



Plan de Salud 2020



ÁREA DE SALUD

Corporación Municipal de San José de Maipo

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	21
PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2020.....	23
LINEAMIENTO ESTRATEGICO.....	25
VALORES CORPORATIVOS	26
COMPETENCIAS TRANSVERSALES.....	27
MISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM	29
VISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM	29
ORGANIGRAMA ÁREA DE SALUD CMSJM	29
MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD.....	31
DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y COMUNAL.....	34
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL.....	35
INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	42
COMPONENTES SOCIOCULTURALES.....	48
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL.....	99
Objetivos	99
Descripción del programa	99
Brechas	104
Desafíos 2020	104
Innovaciones.....	104
Proyección 2020.....	105
MAIS.....	105
PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO	106
Descripción	106
Objetivos	106
Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial	106
Cumplimientos 2019	106
Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	108
Cumplimientos 2019	108
Intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral.....	108
Equipamiento de sala de estimulación, según normativa vigente	110
Cumplimientos 2019	110
Programa de Apoyo FIADI	111
MAIS.....	116
CICLO VITAL ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	117

Objetivos	117
Descripción del programa	117
ESPACIO AMIGABLE	118
Objetivos	118
Diagnóstico local	118
Población bajo control	119
Compromisos.....	121
Brechas	123
Desafíos	124
Innovaciones.....	124
MAIS	124
PROGRAMA DEL ADULTO.....	125
Objetivos	125
Descripción del programa	125
Diagnóstico local	126
Examen de medicina preventiva del adulto	127
Compromisos 2020	129
Cumplimientos.....	130
Metas de cumplimiento colectivo (metas sanitarias, del programa en desarrollo)	130
Índice de Actividades de Atención Primaria (IAAPS, del programa en desarrollo).....	131
Brechas	132
Desafíos	132
Buenas prácticas	133
MAIS	133
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	134
Características del programa.....	134
Objetivos	135
Diagnóstico local	135
Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).....	136
Compromisos 2020	136
Cumplimientos 2019	136
Brechas 2019	137
Desafíos 2020	137
Buenas Prácticas	138
MAIS	138
SALUD MENTAL.....	139

Objetivos:	139
Características del programa.....	140
SALUD MENTAL INTEGRAL	140
Objetivos	140
Características del programa.....	141
Estrategias 2019.....	143
Cumplimientos 2019	143
Brechas 2019	144
Desafíos 2020	144
SALUD MENTAL INTEGRAL: ÁREA MÉDICA	145
Diagnóstico salud mental	145
Cumplimientos 2019	146
Brechas 2019	146
Desafíos 2020	146
ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN SALUD MENTAL	147
Descripción	147
Objetivos	147
Análisis de situación año 2018.....	147
Cumplimientos 2019	149
Brechas 2019	150
Desafíos 2020	150
SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	150
Descripción	150
Objetivos	151
Cumplimientos 2019	151
Brechas 2019	153
Desafíos 2020	153
MAIS.....	153
PROGRAMA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR).....	154
Objetivos	154
Componentes.....	154
Descripción del Programa	154
Cumplimientos 2019	155
Brechas 2019	156
Desafíos 2020	157

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	157
Descripción del programa	157
Objetivos	157
Población objetivo 2019	158
Cumplimientos 2019	159
Brechas 2019	161
Desafíos 2020	161
PROGRAMA SENAME	161
Descripción del programa	161
Objetivos	162
PROGRAMAS DE SALUD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	163
Descripción del Programa	163
Objetivos	163
Compromisos 2019	163
II.- Área de enfermedades no transmisibles y de salud	165
PROGRAMA DE LA MUJER.....	167
Prevención Cáncer cervicouterino.....	168
Prevención Cáncer de mama.....	169
Regulación de fecundidad	170
Brechas	170
Desafíos 2020	170
Innovaciones.....	171
MAIS.....	171
UNIDAD ODONTOLÓGICA	172
SALUD ORAL INFANTIL	172
Programa Población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO).....	172
Objetivos	172
Compromisos 2019	172
Desafíos	173
Diagnóstico Local	173
MAIS.....	173
SALUD ORAL INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS.....	173
Objetivos	174
Compromisos 2019	174
Diagnóstico local.....	174
MAIS.....	175

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA USUARIOS DE 7 – 19 AÑOS.	175
Objetivos	175
Compromisos 2019	175
Diagnóstico local	176
MAIS	176
SALUD ORAL DEL ADOLESCENTE	177
ALTAS ODONTOLÓGICAS INTEGRALES EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	177
Objetivos	177
Diagnóstico local	177
Compromisos 2019	177
Brechas	177
Desafíos	177
MAIS	178
SALUD ORAL DEL ADULTO	178
PROGRAMA GES ODONTOLOGICO	178
Objetivos	178
Urgencia Odontológica Ambulatoria.....	178
Diagnóstico Local	179
SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA	180
Compromisos 2019	180
Diagnóstico Local	180
Salud Oral integral del Adulto de 60 años	180
Compromisos 2019	180
Innovaciones.....	181
MAIS	181
PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO EN APS (PRAPS) ODONTOLÓGICOS	182
Objetivos	182
Diagnóstico local	182
Actualmente la Unidad odontológica cuenta con los siguientes PRAPS.....	182
Odontológico Integral	183
Programa Atención Domiciliaria	183
Mejoramiento del acceso odontológico	184
Compromisos 2019	185
Innovaciones.....	185
BUENAS PRÁCTICAS EN ODONTOLOGÍA	186
PROGRAMA SONRISAS INCLUSIVAS.....	186

Objetivos	186
Diagnóstico local	186
Compromisos 2019	186
ESTRATEGIA DE ATENCION CENTRADO EN LAS PERSONAS CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD CRÓNICA	188
Objetivos	188
Descripción del programa	189
Compromisos 2019	189
Brechas	191
Innovaciones.....	191
Desafíos	191
MAIS	192
GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (GES)	192
Objetivos	192
Descripción	193
Beneficiarios	193
Proyecciones 2019 Unidad GES y Referencia Contrareferencia (R-CR)	193
Brechas	194
Cumplimiento	194
Datos estadísticos comparativos	194
MAIS	195
PROGRAMA DE SALUD ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA .	196
Características del programa	196
Objetivos	196
Compromisos 2019	197
Brechas	198
Desafíos 2020	198
Cumplimientos 2019	201
Estrategias 2020.....	201
MAIS	201
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES.....	202
Descripción	202
Objetivos	202
Cumplimientos 2019	203
Desafíos 2020	203
Cobertura de inmunización en campaña	203

Vacunación escolar proyección 2019.....	204
MAIS	205
PROGRAMA IRA – ERA EN SALA MIXTA DE SAN JOSÉ DE MAIPO	205
Propósito	205
Descripción de los Programas.....	205
Programa IRA.....	205
Objetivos	206
Programa ERA	206
Objetivos	206
Compromisos.....	207
Innovaciones.....	208
Mejoramiento de la infraestructura	209
Brechas	210
MAIS	211
Desafíos 2020	212
UNIDAD DE FARMACIA.....	212
Descripción	212
Objetivos	212
Análisis de demanda	213
Cumplimientos 2019	215
Registros.....	215
Farmacovigilancia	216
Brechas	216
Desafíos 2020	216
MAIS	217
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC).....	217
Descripción del programa	218
Objetivos	218
PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR	219
Objetivo.....	219
Compromisos y cumplimientos	220
Brechas.....	220
Desafíos.....	220
Buenas Prácticas	220
MAIS	221
REHABILITACIÓN INTEGRAL Y REHABILITACIÓN EN BASE COMUNITARIA	221

Descripción del programa	221
Objetivos	222
Población objetivo	222
Compromisos 2019 PSR Marta Ríos Cofré.....	222
Compromiso 2019 PSR Sn Gabriel	223
Brechas 2019	223
Buenas Prácticas	224
Descripción de la experiencia	224
Objetivos	225
Innovaciones.....	225
Desafíos	225
Resumen Rehabilitación en Base Comunitaria	225
MAIS	228
PROGRAMA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL DE LA ATENCION EN SALUD.....	229
Descripción	229
Objetivos	229
Implementación Cultura Calidad en el Equipo de Salud y Buenas Prácticas.....	230
Postulación Plan de Mejoramiento Infraestructura (PMI) en APS.....	231
Brechas 2019	231
Innovaciones 2019	232
Cumplimientos 2019	232
Desafíos 2020	232
EVENTOS ADVERSOS.....	233
Descripción	233
Objetivos	233
INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIONES EN SALUD (IAAS).....	234
Descripción	234
Objetivos	234
Innovaciones Programa IAAS.....	235
MAIS y su relación con calidad y seguridad asistencial.....	235
Características del convenio	235
Objetivos	236
Compromisos 2019	236
Brechas	237
Desafíos 2020	237
Cumplimiento convenio imágenes diagnósticas.....	237

MAIS.....	240
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU).....	241
Objetivos	241
Compromisos 2019	241
Brechas 2019	242
Desafíos 2020	242
Metas alcanzadas según compromiso 2018-2019	242
MAIS.....	243
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: SIDRA	244
Descripción de programa	244
Objetivos	244
Contexto y brechas identificadas.....	244
Cumplimientos y desafíos 2019.....	245
Innovaciones 2019	245
Compromisos 2020	245
Desafíos 2020	246
MAIS.....	246
Buenas prácticas	246
Contextualización.....	246
Objetivos del proyecto	247
Concepto	248
Avances y compromisos 2019	248
PROGRAMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED ASISTENCIAL ..	248
Objetivos	248
Compromisos 2018	249
Cumplimientos.....	249
Brechas.....	249
Desafíos	250
MAIS.....	250
MAIS (Modelo Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria)	250
Objetivos	250
Compromisos 2018	251
Brechas.....	253
Desafíos.....	253
Innovaciones.....	254
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	254

Objetivos	254
Compromisos 2019	255
Brechas	257
Desafíos	257
Buenas Prácticas	258
Diagnóstico local	259
MAIS	259
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	260
Descripción del Programa	260
Desarrollo del programa	260
Diagnóstico local	262
MAIS	263
Compromisos y cumplimientos 2019.....	264
Brechas	264
Desafíos	265
Innovaciones/ Buenas prácticas	265

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad.....	36
Gráfico N°2: Población inscrita validada para 2019, según sexo y edad:	38
Gráfico N°3: Población inscrita validada para 2019, según centro:	40
Gráfico N°4: Evolución población inscrita validada 2015-2019 (corte agosto del mismo periodo)	41
Gráfico N°5: Número de personas por grandes grupos de edad (1990-2017)	42
Gráfico N°6: Número y porcentaje de la población nacida fuera de Chile, 2006-2017.....	43
Gráfico N°7: Distribución de la población nacida fuera de Chile según país o región de nacimiento, 2015-2017	43
Gráfico N°8: Distribución de la población según tramo de edad, por lugar de nacimiento, 2017	44
Gráfico N°9: Índice de dependencia demográfica*(1990-2017)	44
Gráfico N°10: Índice de envejecimiento* por zona (1990-2017)	45
Gráfico N°11: Tasa de natalidad periodo 2013-2016.....	46
Gráfico N°12: Porcentaje de persona en situación de pobreza por ingresos en 2017	49
Gráfico N°13: Porcentaje de persona en situación de pobreza multidimensional en 2017	50
Gráfico N°14: Porcentaje de persona en situación de pobre multidimensional 2015 – 2017	50
Gráfico N°15: Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso y zona urbana y rural, 2017	51
Gráfico N°16: Incidencia de la pobreza por ingresos en la población por lugar de nacimiento, 2006-2017	52
Gráfico N°17: Incidencia de la pobreza multidimensional en la población por lugar de nacimiento, 2015-2017	53
Gráfico N°18: Distribución de los hogares según sexo del jefe/a de hogar* (2017)	53
Gráfico N°19: Porcentaje de hogares con una mujer como jefa de hogar (1990-2017)	54
Gráfico N°20: Distribución de los hogares según sexo de la jefatura de hogar, por zona (2017)	54
Gráfico N°21: Distribución de los hogares según sexo del principal perceptor de ingresos, por zona (2017).....	54
Gráfico N°22: Porcentaje de hogares con una mujer como jefa de hogar*, hogares con una mujer principal perceptora de ingresos** y hogares con una mujer principal sustentadora económica*** (2017)	55
Gráfico N°23: Promedio de ingresos de la ocupación principal según lugar de nacimiento, 2017.	55
Gráfico N°24: Porcentaje de la población que se encuentra fuera de la fuerza de trabajo* por razones de cuidado o quehaceres de hogar** por sexo (2006-2017).....	56
Gráfico N°25: Ingreso promedio de la ocupación principal de las personas de 18 años o más por años de escolaridad y sexo (2017).....	56

Gráfico N°26: Porcentaje de población ocupada que cotiza en un sistema previsional por sexo (2006-2017)	57
Gráfico N°27: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por sexo, 1990-2017.....	58
Gráfico N°28: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por grupo de edad (1990-2017).....	58
Gráfico N°29: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por zona, (1990-2017).....	59
Gráfico N°30: Años promedio de escolaridad de personas de 19 años o más por grupos de edad (1990-2017)	59
Gráfico N°31: Años promedio de escolaridad de la población de 15 años o más por sexo, 1990-2017	60
Gráfico N°32: Años promedio de escolaridad de la población de 15 años o más por zona, 1990-2017	60
Gráfico N°33: Promedio de escolaridad de la población de 18 o más años por lugar de nacimiento, según sexo, 2017.	60
Gráfico N°34: Tasa de asistencia neta de niños y niñas de 0 a 5 años por sexo y grupo de edad (2015-2017)	61
Gráfico N°35: Tasa de asistencia neta de niños y niñas de 6 a 13 años a educación básica por sexo (2006-2017)	61
Gráfico N°36: Tasa de asistencia neta de adolescentes de 14 a 17 años a educación media por sexo (2006-2017)	62
Gráfico N°37: Tasa de asistencia neta de jóvenes de 18 a 24 años a educación superior por sexo (2006-2017)	62
Gráfico N°38: Porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años que no asiste a establecimiento educacional y se encuentra laboralmente inactivo* por sexo (2006-2017)	63
Gráfico N°39: Tasa de Ocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional, 2017	63
Gráfico N°40: Tasa de Ocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional por sexo, 2017	64
Gráfico N°41: Tasa de Desocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional, 2017	64
Gráfico N°42: Tasa de Desocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional por sexo, 2017	65
Gráfico N°43: Distribución de los hogares según situación de tenencia del sitio (2017)	66
Gráfico N°44: Distribución de los hogares según situación de tenencia del sitio (2009-2017) ..	66
Gráfico N°45: Distribución de hogares según índice de tipo de la vivienda (2017)	67
Gráfico N°46: Distribución de hogares según índice de tipo de la vivienda por zona (2006-2017)	67
Gráfico N°47: Distribución de hogares según índice de acceso a servicios básicos de la vivienda (2017)	68

Gráfico N°48: Distribución de hogares según índice de acceso a servicios básicos de la vivienda por zona (2006-2017).....	68
Gráfico N°49: Distribución de hogares según la fuente de obtención de agua (2017)	69
Gráfico N°50: Distribución de hogares según índice de hacinamiento de la vivienda (2017)	69
Gráfico N°51: Porcentaje de hogares con hacinamiento según categorías de índice de hacinamiento, por zona (2006-2017).....	69
Gráfico N°52: Razones para compartir vivienda entre hogares según si el hogar es el ocupante principal de la vivienda (2017).....	71
Gráfico N°53: Disposición a buscar vivienda entre hogares que comparten vivienda según si el hogar es el ocupante principal de la vivienda (2017)	71
Gráfico N°54: Evolución del déficit habitacional cuantitativo* (1996-2017).....	72
Gráfico N°55: Distribución de hogares propietarios que adquirieron vivienda entre los años 2012 y 2017 según fuente de financiamiento, (2017)	72
Gráfico N°56: Porcentaje de hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno* de la vivienda (2015-2017).....	73
Gráfico N°57: Porcentaje de hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno* de la vivienda, por zona (2017)	74
Gráfico N°58: Tasa de participación laboral por sexo, 1990-2017	75
Gráfico N°59: Tasa de participación laboral por grupo de edad, 2015-2017.....	76
Gráfico N°60 Tasa de participación laboral por zona urbana y rural, 2015-2017	76
Gráfico N°61 Tasa de participación laboral por zona urbana y rural y sexo, 2017	76
Gráfico N°62: Tasa de ocupación por lugar de nacimiento, 2015-2017.	77
Gráfico N°63: Tasa de desocupación por zona urbana y rural, 2015-2017.....	77
Gráfico N°64: Tasa de desocupación por sexo (1990-2017)	78
Gráfico N°65: Tasa de desocupación por lugar de nacimiento, 2015-2017.....	78
Gráfico N°66: Tasa de participación laboral de la población en edad de jubilar por sexo (2006-2017)	78
Gráfico N°67: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por sexo, 2015-2017	79
Gráfico N°68: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por grupo de edad y sexo, 2017	79
Gráfico N°69: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por zona urbana y rural y sexo, 2017	80
Gráfico N°70: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por nivel educacional y sexo, 2017	80
Gráfico N°71: Porcentaje de asalariados dependientes* que participan en sindicatos por sexo, 2015-2017.	81
Gráfico N°72: Porcentaje de asalariados dependientes* que participan en sindicatos por zona urbana y rural y sexo, 2017	81

Gráfico N°73: Porcentaje de ocupados que participa en organizaciones relacionadas con su trabajo por tipo de organización y zona urbana y rural, 2017	82
Gráfico N°74: Tasa de Afiliación al Sistema de Pensiones* por Sexo (2009-2017)	82
Gráfico N°75: Porcentaje de personas en edad de jubilar que recibe jubilación o pensión contributiva de vejez* por sexo (2009-2017).....	83
Gráfico N°76: Porcentaje de personas mayores de 64 años que reciben Pensión Asistencial (Pasis) o Pensión Básica Solidaria (PBS) de vejez* por sexo (2006-2017)	83
Gráfico N°77: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud (1990-2017)	84
Gráfico N°78: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por zona (2017).....	84
Gráfico N°79: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por país de nacimiento (2017).....	85
Gráfico N°80: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses, según tipo de enfermedad o accidente (2011-2017)	85
Gráfico N°81: Tasa de atención médica ante problema de salud en los últimos 3 meses por zona (2011-2017)	86
Gráfico N°82: Tasa de atención médica ante problema de salud en los últimos 3 meses por país de nacimiento (2011-2017)	86
Gráfico N°83: Razones de no atención médica ante enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (2011-2017)	87
Gráfico N°84: Distribución de la población que tuvo un problema de salud en los últimos tres meses y recibió atención médica, según reporte de problemas en el acceso (2015-2017)	87
Gráfico N°85: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, según tipo de problema (2015-2017).....	87
Gráfico N°86: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por sistema previsional de salud (2015-2017).....	88
Gráfico N°87: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por zona (2015-2017)	88
Gráfico N°88: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por país de nacimiento (2015-2017)	88
Gráfico N°89: Porcentaje de personas que recibió prestaciones de salud en los últimos 3 meses** según tipo de prestación, por zona (2017)	89
Gráfico N°90: Distribución de la población que ha estado en tratamiento médico en los últimos 12 meses por condiciones garantizadas por el sistema AUGE-GES (2013-2017)	90
Gráfico N°91: Distribución de la población** que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que NO fue cubierta por el sistema AUGE-GES según razón de no cobertura (2017).....	90
Gráfico N°92: Distribución de mujeres de 15 años o más según realización del examen Papanicolau en los últimos tres años (2000-2017).....	91

Gráfico N°93: Porcentaje de mujeres de 15 años o más que se realizaron un examen Papanicolau en los últimos tres años según tiempo transcurrido desde el último examen, por zona (2017)	91
Gráfico N°94: Distribución de mujeres de 15 años o más que NO se realizaron examen Papanicolau en los últimos tres años según razón de no realización (2015 -2017)	92
Gráfico N°95: Distribución de mujeres de 35 años o más según realización de Mamografía en los últimos tres años (2011-2017)	92
Gráfico N°96: Porcentaje de mujeres de 35 años o más que se realizaron una Mamografía en los últimos tres años según tiempo transcurrido desde el último examen, por zona (2017)	93
Gráfico N°97: Distribución de mujeres de 35 años o más que NO se realizaron una Mamografía en los últimos tres años según razón de no realización (2015 - 2017)	93
Gráfico N°98: Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años que se realizaron el control del niño sano en los últimos 3 meses, por tramo de edad (2015-2017)	94
Gráfico N°99: Distribución de la población de 0 a 6 años según estado nutricional reportado** (2009-2017)	94
Gráfico N°100: Porcentaje de la población de 0 a 9*** años en situación de malnutrición según estado nutricional reportado** por zona (2017)	95
Gráfico N°101: Distribución de la población de 15 años y más según percepción del estado de salud** (2009-2017)	95
Gráfico N°102: Distribución de la población de 15 años y más según percepción del estado de salud* (2017)	96
Gráfico N°103: Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por zona (2011-2017)	96
Gráfico N°104: Participación en organizaciones o grupos organizados por sexo (2015-2017) ..	97
Gráfico N°105: Participación en organizaciones o grupos organizados por sexo y tipo de organización (2017)	97
Gráfico N°106: Distribución de la población de 12 y más años según situación de participación en organizaciones o grupos organizados por tramo de edad (2017)	98
Gráfico N°107: Controles de salud infantil.....	101
Gráfico N°108: Estado nutricional PBC, por centro	102
Gráfico N°109: Lactancia materna exclusiva a los 6 meses, según centro de salud	103
Gráfico N°110: Cumplimiento meta sanitaria N°6	103
Gráfico N°111: Gestantes bajo control con riesgo psicosocial.....	107
Gráfico N°112: Cumplimiento de visitas domiciliarias.....	107
Gráfico N°113: Ingresos a Sala de Estimulación periodo 2018-2019	109
Gráfico N°114: Total de niños (as) ingresados a sala de estimulación por causa:	109
Gráfico N°115: Motivo de Ingreso a sala de estimulación.....	110
Gráfico N°116: Atenciones fonoaudióloga, por edad.....	111
Gráfico N°117: Fichas CLAP aplicadas en periodo enero-junio 2019	119

Gráfico N°118: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-19 años en CJS: .	120
Gráfico N°119: Compromisos Espacio Amigable 2018 versus Cumplimiento al 31 de junio 2019	121
Gráfico N°120: Embarazo adolescente periodo 2016-2019.....	123
Gráfico N°121: Población inscrita validada	126
Gráfico N°122: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR MRC.....	126
Gráfico N°122: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR San Gabriel	127
Gráfico N°123: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR El Volcán	127
Gráfico N°125: Concentración de controles de salud mental SSMSO	144
Gráfico N°126: Resultado de intervenciones farmacéuticas en tratamientos perpetuos o relacionados a conductas adictivas	148
Gráfico N°127: Variación porcentual de consumo de medicamentos en pacientes asociados a la estrategia de rescate e intervención farmacéutica.	148
Gráfico N°128: Porcentaje de cobertura efectiva del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes de salud mental	149
Gráfico N°129: Usuarios con SFT, versus efectividad de la atención (2018-2019).....	150
Gráfico N°130: Intervenciones grupales en contexto de Salud mental comunitaria, 2019.....	152
Gráfico N°131: Resultados tamizajes 2019	156
Gráfico N°132: Cumplimiento de intervenciones por riesgo	156
Gráfico N°133: Población bajo control periodo 2018-2019.....	159
Gráfico N°134: Total de acciones realizadas año 2018.....	160
Gráfico N°135: Total de acciones realizadas año 2018.....	161
Gráfico N°136: Total de atenciones realizadas 2019.....	162
Gráfico N°137: Cuadro comparativo del número de casos nuevos GES Postas Rurales de la CMSJM.....	195
Gráfico N°138: Población Bajo Control Dependencia Severa	199
Gráfico N°139: PBC Sala Mixta distinguiendo IRA-ERA, periodo 2018-2019	207
Gráfico N°140: PBC Sala Mixta 2019 segmentado por rango etario	208
Gráfico N°141: Variación porcentual de recetas despachadas respecto al año anterior (2018)	213
Gráfico N°142: Variación histórica de recetas y prescripciones en PSR Marta Ríos Cofré	214
Gráfico N°143: Comparativa de mayores flujos de salida de medicamentos a nivel comunal .	214
Gráfico N°144: Ingresos 2017-2019 PSR MRC.....	226
Gráfico N°145: Comparación en cantidad de ingresos realizados éntrelos años 2018-2019 con corte junio de cada año en PSR MRC	226

Gráfico N°146: Número de ingresos 2019, según sexo	227
Gráfico N°147: Ingresos por condición física San Gabriel.....	227
Gráfico N°148: Distribución de reportes de eventos adversos en plataforma según centro y estado.....	234
Gráfico N°149: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017-2019 PSRMRC	251
Gráfico N°150: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR SG	252
Gráfico N°151: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR Volcán.....	252
Gráfico N°152: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR	253
Gráfico N°153: Cumplimiento de Plan de Participación Social 2016-2018.....	255
Gráfico N°154: Cumplimiento de acciones totales realizadas según el Plan de Participación 2019-2021	256
Gráfico N°155: Cumplimiento de acciones Generales y específicas realizadas según Planificación Plan de Participación Social 2019-2021	256
Gráfico N°156: Población bajo control en la estrategia.....	261
Gráfico N°157: Causales de ingreso población de 6 meses a 19 años.....	261
Gráfico N°158: Causales de ingreso población de 20 a 64 años	262

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nº 1: Red Local Sanitaria.....	23
Figura Nº2: Representación gráfica concepto “biopsicosocial e integral”. Fuente: <i>Elaboración propia, 2019.</i>	23
Figura Nº3: Resumen lineamiento estratégico, valores corporativos, competencias transversales.....	28
Figura Nº4: Organigrama de Área de Salud CMSJM	29
Figura Nº5: Distribución de Unidades según responsable por organigrama	30
Figura Nº6: Ejes de reforzamiento de MAIS.....	31
Figura Nº7: Principios orientadores del modelo.	32
Figura Nº8: Principios básicos e irrenunciables del MAIS	33
Figura Nº9: Definición ejes MAIS.....	33
Figura Nº10: Componente socioculturales	48
Figura Nº11: Medida ampliada de pobreza multidimensional, con Entorno y Redes	49
Figura Nº12: Personas en situación de pobreza por ingresos y multidimensional (2015-2017).51	
Figura Nº13: Cumplimiento de EMPAM 2019	136
Figura Nº 14: Lineamientos Programa de Acompañamiento Psicosocial	158
Figura Nº15: Variables comunes grupo control hipertensos con descompensación	189
Figura Nº16: Flujograma inicial MACEP	189
Figura Nº17: Estratificación de riesgo de la población del SSMSO según ACG 2017.....	190
Figura Nº18: Flujograma de atención de la estrategia	191
Figura Nº19: Ejes de cuidados a dependientes severos.....	198
Figura Nº20: Componente Nº1.....	238
Figura Nº21: Componente Nº2, Nº3 y Nº4	239
Figura Nº22: Prestaciones y cumplimientos, 2019	239

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad	35
Tabla N°2: Población inscrita validada para 2019, según sexo y edad:	37
Tabla N°3: Población inscrita validada para 2019, según centro:	39
Tabla N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2019, según centro:.....	40
Tabla N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2019 (corte agosto del mismo periodo)	40
Tabla N°6: Población.....	42
Tabla N°7: Tasa Global de fecundidad (TGF) periodo 2013-2017.....	46
Tabla N°8: Mortalidad general	47
Tabla N°9: índice de Swaroop.....	47
Tabla N°10: Tasa Años Potencialmente Perdidos.....	47
Tabla N°11: Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso y zona urbana y rural, 2006-2017	52
Tabla N° 12: Población inscrita validada por centro.....	100
Tabla N°13: Población bajo control por centro	100
Tabla N°14: Diagnóstico nutricional población <6 años, por centro	101
Tabla N° 15: Diagnóstico desarrollo psicomotor, población 8 meses, 12-23 meses y 3 años por centro, con rezago o riesgo	102
Tabla N°16: Lactancia materna exclusiva a los 6 meses, según centro de salud	102
Tabla N°17: Población inscrita validada:.....	118
Tabla N°18: Controles de salud integral del adolescente realizados en el periodo enero – agosto 2019, según sexo y grupo etario	119
Tabla N°19: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-19 años CJS:	119
Tabla N°20: Compromisos Espacio Amigable 2018	121
Tabla N°21: Estado Nutricional: Mujeres de 20 a 64 años según EMP realizados 2019	127
Tabla N°22: Estado Nutricional: Hombres de 20 a 64 años según EMP realizados 2019:	128
Tabla N°23: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Femenino 20 a 64 Años por centro:	128
Tabla N°24: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Masculino 20 a 64 Años por centro	128
Tabla N°25: Población cardiovascular por centro	129
Tabla N°26: Población inscrita validada	135
Tabla N°27: Población Adultos mayores Bajo control y con Examen de Medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) 2019, por centro y sexo.....	136
Tabla N°28: Ingreso de embarazadas por edad y centro de salud	167
Tabla N°29: Características embarazadas según edad gestacional y centro de salud	167
Tabla N°30: Ingresos de embarazadas según edad gestacional y centro de salud	167
Tabla N°31: Estado Nutricional de Gestantes al ingreso	168

Tabla N°32: Ingresos de diadas según edad y centro de salud	168
Tabla N°33: Población con Papanicolau (PAP)	168
Tabla N°34: PAP alterados enero-agosto 2019:	169
Tabla N°35: Comparación PAP tomados 2018-2019	169
Tabla N°36: Programa cáncer de mama, N° de mujeres con EFM (vigente)	169
Tabla N°37: Casos notificados 2019, Probable Patología Maligna	170
Tabla N°38: Población Bajo Control por centro:	170
Tabla N°39: Matriz Horaria de Urgencias Odontológicas Ambulatorias por Odontólogo.	179
Tabla N°40: Resumen cumplimiento PRAPS Odontológicos, corte junio.....	185
Tabla N°41: Dependencia severa según grupo etario y centro de salud	197
Tabla N°42: Usuarios con dependencia severa y estipendio	197
Tabla N°43: Resumen campaña de influenza.....	203
Tabla N°44: Vacuna Tres vírica (Sarampión, Rubeola y Paperas) + Dtp (Difteria, Tétano y Tos convulsiva).....	204
Tabla N°45: Vacuna Difteria tétano y tos convulsiva (Dtp).....	204
Tabla N°46: Vacuna Virus Papiloma Humano	204
Tabla N°47: Población crónica respiratoria en control sala mixta IRA/ERA, según grupo etario	208
Tabla N° 48: Distribución de productos en kilos por Centro de Salud (enero a Julio 2019)	219
Tabla N° 49: Total de Kilos Distribuidos en los últimos 4 años: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).....	219
Tabla N°50: Distribución productos PACAM periodo 2015-2019	220
Tabla N°51: Resumen procedimiento RBC, según centro.....	225
Tabla N°52: Control de ingreso.....	262
Tabla N°53: Metas de cumplimiento colectivo.....	263
Tabla N°54: Cumplimiento estrategia población 6 meses a 19 años, agosto 2019	264
Tabla N°55: Cumplimiento estrategia población de 20 a 64 años, agosto 2019.	264

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley chilena N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, anualmente se actualiza el Plan de Salud Comunal, instrumento que permite operacionalizar, las políticas de salud nacional, para posteriormente adecuarlas a partir de planes de mejora continua a la realidad asistencial local y de cada uno de los centros de salud. Esta labor se logra realizar a través de una planificación estratégica y otra de tipo operativa, que define acciones de promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud, propias de cada Programa de Salud de competencia de la Atención Primaria. El Plan de Salud Comunal, se construye con el trabajo de Dirección, Coordinadores Técnicos y los equipos de salud de cada establecimiento, basados en El Modelo de Salud Familiar (MSF), en el enfoque de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) y en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con el fin de establecer una estrategia local que dé cuenta de las necesidades del territorio en concordancia con la Política Pública general. Además, considera la intervención de problemas de salud que han sido priorizados basándose en la actualización del diagnóstico epidemiológico, el diagnóstico participativo y en los objetivos sanitarios, materializados en la “Estrategia Nacional de Salud” para el periodo 2011-2020, los Objetivos Sanitarios del país son:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias (1)

Esperando que en el 2020 se establezcan nuevas directrices para la década entrante, bajo un nuevo plan nacional de salud, es que la sociedad espera que, en el ámbito de la Salud Pública, el Estado tenga como rol ser garante del derecho fundamental a la salud. Para poder garantizar este derecho, el Estado, a través de sus diferentes instituciones y niveles, actúa en los ámbitos de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud.

El Ministerio de Salud pone a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones técnicas que, en consistencia con las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación. De esta forma, logramos optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial.

Para cumplir a cabalidad estas funciones, cada instancia tanto de las redes asistenciales como de la autoridad sanitaria, debe desarrollar procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

El desafío para la Corporación Municipal de San José de Maipo y para el equipo de Salud del Área, sigue siendo el proceso de mejora continua iniciado en el año 2014, comprendiendo este como conjunto de acciones cíclicas (reflexivas, de gestión, ejecución y supervisión) orientadas a obtener la mayor calidad posible en la entrega de prestaciones, servicios y procesos de una institución (Ciclo de Deming, 1950). El resultado de aplicar procesos de mejora continua, ha implicado la mejora integral del servicio, haciéndolo más competitivo y entregando mejor

respuesta a las necesidades de la comunidad usuaria. Para ello se han implementado diversas estrategias para avanzar hacia una atención personalizada, humanizada, con calidad y seguridad asistencial, con énfasis en equidad en salud donde hoy se acentúa la necesidad de trabajar por la equidad de género, con la población migrante y nuestros pueblos originarios con pertinencia cultural

Cumplido este objetivo nuestro nuevo desafío a mediano plazo es promover la mayor eficacia y eficiencia posible en la Atención Primaria de Salud Comunal, es este modelo híbrido y fraccionado, levantando quizás la crítica de cuan funcional resulta hoy en día este mecanismo de trabajo y plantear la posibilidad de establecer una APS bajo una única administración y fortalecer el actual Complejo Hospitalario San José de Maipo en su nivel de atención secundaria. Para ello ha sido necesario recorrer un largo camino, donde como equipo de salud hemos relevado la importancia del desarrollo rural, dada la agudización que cobran los determinantes sociales en este contexto, todo desde la vereda de la salud, comprendiendo ésta como eje fundamental del individuo como ser integral con sus dimensiones biopsicosociales, inserto en un contexto que influye y el cual lo influye. Para ello se ha realizado un trabajo de sensibilización por y hacia el equipo de salud, autoridades comunales, autoridades del Servicio de Salud e inclusive autoridades de Gobierno, dado que hay cambios que corresponden realizarse en otros niveles, los cuales no dependen de este equipo, los cuales conllevan profundas transformaciones para cumplir las ambiciosas metas propuestas, se requiere de convicción y voluntad de los equipos de salud, de la comunidad y por sobre todo de las autoridades tomadoras de decisiones.

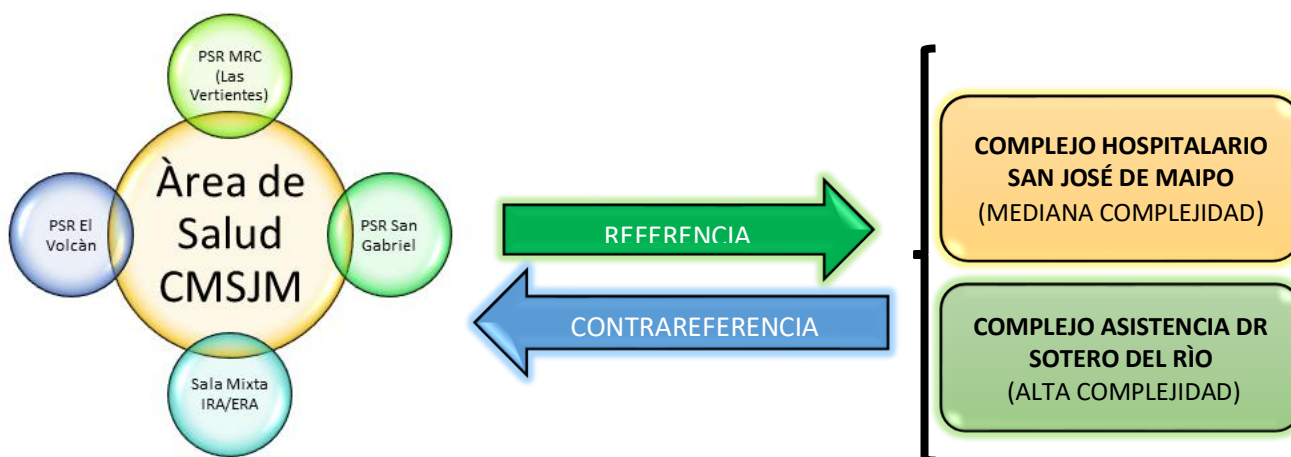
Todo este trabajo se ha dejado de manifiesto en nuestros planes de salud, ejercicios de programación, inclusive se cuenta con una publicación de como se ha desarrollado un modelo de gestión local en Salud Rural en la Comuna de San José de Maipo, fortaleciendo el trabajo de integración de redes, propiciando una atención continua e integral vinculada y coordinada con los diferentes niveles de atención.

Los desafíos que tenemos por delante son grandes. No obstante, sabemos que, con el trabajo de todos, podremos enfrentar de buena manera y así poder mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros usuarios, teniendo como énfasis que el enfoque de los modelos de atención y gestión debe poner al usuario al centro de nuestro quehacer.

PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2020

Consecuente con el proceso de la Reforma de Salud, la Atención Primaria de la comuna de San José de Maipo, ha adoptado el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, con énfasis en la promoción y prevención de la salud, orientado a lograr una mejor calidad de vida para los individuos, sus familias y la comunidad de San José de Maipo. La Atención Primaria de Salud de la Comuna se ve representada en Las Postas de Salud Rural Marta Ríos Cofré (Ex Las Vertientes), Posta San Gabriel y Posta Volcán, no contando con un CESFAM de dependencia (siendo MRC la Posta que centraliza los procesos) y con la coexistencia de una Atención Prima de Salud de administración de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Además, de estas tres Postas Rurales la CMSJM administra la sala mixta IRA/ERA comunal.

Figura Nº 1: Red Local Sanitaria



Fuente: Elaboración propia, 2019

En la figura Nº 1 podemos observar los dispositivos conforman la Red Local Sanitaria, teniendo como primera referencia el CHSJM (mediana complejidad), con persistentes dificultades para coordinaciones efectivas y/o en su defecto según el CASR (alta complejidad) según sea el caso. Dada la complejidad del diseño de la red local, con diversidad de administradores, ejecutores y derivaciones, los equipos se encuentran constantemente desafiados, en una labor que desde su naturaleza rural, desde su inicio no es sencilla.

En el contexto de comprender la salud pública como una fuente de capital social y un bien común es que la Atención Primaria de Salud se centra en los individuos, teniendo en consideración su integralidad física, mental y espiritual (concepción biopsicosocial); además de encontrarse inserto en un ambiente físico, social y cultural, con el cual se produce una relación bidireccional, vale decir, personas que influyen su ambiente y que a su vez se ven influenciadas por este. La Atención en salud debe ser integral, oportuna, de calidad, segura, eficaz y eficiente. Los desafíos 2019 a mencionar son:

AMBIENTE

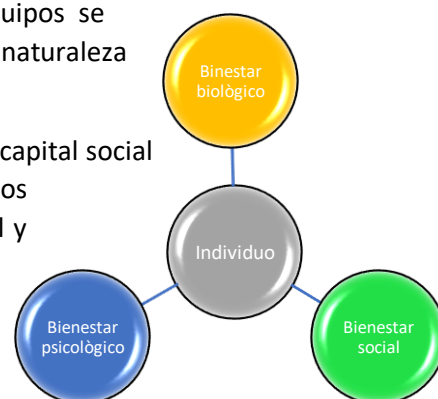


Figura Nº2: Representación gráfica concepto "biopsicosocial e integral".
Fuente: Elaboración propia, 2019.

- Integración del Modelo de Salud Integral Familiar y comunitario centrado en la persona con énfasis en la multimorbilidad crónica, que se detallará más adelante.
- Continuar con los procesos de demostración sanitaria de los dispositivos de salud y obtención a autorización sanita de clínica odontológica móvil.
- Programar las actividades de la Relación Asistencial Docente, identificando a los centros formadores en convenio por cada establecimiento de la comuna y teniendo un referente a nivel comunal, que coordine las actividades. elaboración de planes de trabajo que procuren establecer un uso eficiente de la capacidad formadora.

La salud, es de acuerdo al enfoque de las Determinantes Sociales de Salud, el resultado de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, entre otras características (3). La Corporación Municipal de Educación y Salud como garante, tiene un rol preponderante en contribuir a mejorar las determinantes sociales, al generar y desarrollar políticas locales que favorezcan la calidad de vida, tendientes a lograr mayores grados de bienestar y felicidad, de los habitantes de la comuna.

La Atención Primaria de Salud, representa el primer contacto de la comunidad con el Sistema de Salud, siendo el cimiento de la Red Asistencial, por lo que constantemente debe generar estrategias de fortalecimiento de vínculos con los demás establecimientos asistenciales y los diferentes niveles de complejidad, tanto del ámbito público como privado, con el objetivo de satisfacer las necesidades ilimitadas de salud de las personas y procurar una gestión eficiente y eficaz de los recursos. Los centros de salud en sí no logran resolver todas las necesidades de la población, para esto se generan las políticas públicas nacionales y locales como la ya mencionada “Estrategia Nacional de Salud” para el periodo 2011-2020, con sus Objetivos Sanitarios respectivos. A su vez, los usuarios tienen un rol protagónico en el cuidado de su salud y corresponsabilidad en el abordaje de los problemas de salud potenciales y/o presentes. Es en este aspecto que cobra relevancia el fortalecer la participación social, comunitaria e intersectorial y el trabajo del equipo de salud con ellas.

La Directora de Salud, Doña Francisca Rosales Acuña define como lineamiento estratégico o política de la atención en salud, el “sentido del quehacer” o “el hacer sentido”, tanto para las personas que brindan atenciones como para quienes hacen uso de ellas (usuarios internos y externos, respectivamente). Es que trabajar con sentido no es algo fácil de conseguir y por tanto es uno de los mayores desafíos a los cuales se ven enfrentadas las organizaciones hoy en día, ya que implica generar un valor compartido y un sentido que pueda movilizar a sus colaboradores, para así continuar avanzando en la integración de los Servicios: Estrategia RISS con centro en la Atención Primaria de Salud.

A su vez el Alcalde, Don Luis Pezoa Alvarez máxima autoridad comunal ha mandatado la mejora sostenida de la salud en la comuna , tales cómo, mejorar la calidad de vida integral, fortalecer el trabajo intersectorial, mejorar condiciones laborales de los colaboradores del Área de Salud, por nombrar algunos ejemplos. Todo en concordancia plena con las disposiciones del

Durante el 2018 el equipo de salud redefine los valores corporativos y competencias transversales, los cuales se harán operativos a través de los objetivos estratégicos, planes de trabajo, programas de salud y diversos instrumentos de gestión, tales como perfiles de cargos, inducción de personal, planes de capacitación, etc. A continuación, la definición del lineamiento estratégico, los valores corporativos y competencias transversales:

LINEAMIENTO ESTRATEGICO

1

"SENTIDO DEL QUEHACER" O "HACER SENTIDO"

Actualmente, no solo los recursos físicos, financieros, tecnológicos o materiales representan los valores de una organización, por el contrario, elementos como la información, la comunicación y la gente deben hacer parte de las fortalezas de cualquier organización.

El Área de Salud de la CMSJM se ha destacado por tener un equipo donde se busquen, se desarrollen y se perfeccionen tanto las habilidades técnicas como las habilidades blandas, entendiendo estas últimas no como un valor agregado, sino como una característica intrínseca que se debiese considerar en el perfil de un funcionario público, que constituya un beneficio diferencial, para poder obtener margen de distinción con relación al resto de los centros de salud de la Red.

En muchas ocasiones la ventaja comparativa está personificada por los colaboradores y, ante todo, por el grado de compromiso, profesionalismo y pertenencia que tengan hacia la institución y sus objetivos.

Darle sentido a una organización sólo es posible en un sistema de círculos integrados que van desde:

- La persona: sentido en lo que se es
- El rol: sentido en lo que se hace
- El equipo: como facilitador de sentido
- La organización: da cohesión al sentido

Las ventajas de trabajar desde el sentido son:

- Genera compromiso con la organización
- Aumenta la motivación
- Hace patentes las actitudes con que encaramos el trabajo
- Ayuda a asumir responsabilidades y a reconocer la propia aportación al desarrollo de la organización
- Se elimina la escisión vida personal / vida laboral

En definitiva, el sentido es una comprensión individual y organizacional sobre lo que nos conecta con nuestros valores centrales y nos moviliza hacia una finalidad, evitando así el “presentismo” laboral llevando implícito un abandono emocional y una desconexión física y mental durante el tiempo que dedican a trabajar.

VALORES CORPORATIVOS

1

TRATO DIGNO

El concepto de “trato digno” hace alusión a la dignidad, que se refiere al mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima, la validación y la posibilidad de tomar decisiones propias. Poder vivir con dignidad emana del respeto de los Derechos Humanos. La dignidad es un principio y valor fundamental sobre el que se sustentan los derechos de toda persona. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y como están dotados de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”

2

ATENCIÓN HUMANIZADA

Implica brindar a las personas calidez, seguridad, comunicación asertiva e información veraz, de manera que el usuario sienta calor humano genuino, creando empatía, generando una actitud diligente y optimista, proporcionando un ambiente cálido y agradable. Buscando hacer sentir bien al usuario, haciéndolo partícipe del servicio de salud que está recibiendo. Significa promover programas y servicios realmente centrados en la persona, que se piensen, se gestionen y se realicen respetándola de manera holística, considerándola siempre como un fin y nunca como un medio. Significa en el fondo, donde exista una persona que sufre, exista otra que se preocupe de ella por el sólo hecho de ser vulnerable, reconociendo su dignidad, y que lo haga con vocación de servicio.

3

RESPONSABILIDAD

Dedicación al cumplimiento de las tareas y compromisos asumidos, con el fin de poder otorgar una atención de calidad a los usuarios. Consiste en cumplir las metas inherentes a la definición de cada profesión o puesto de trabajo, como elemento fundamental, para la contribución del servicio que se entrega. La responsabilidad, es el cumplimiento de las obligaciones o cuidado al hacer o decidir algo, o bien una forma de responder que implica el claro conocimiento de que los resultados de cumplir o no las obligaciones, recaen sobre uno mismo. La responsabilidad se puede ver como la consciencia acerca de las consecuencias que tiene todo lo que hacemos o dejamos de hacer sobre nosotros mismos o sobre los demás. El que es responsable lleva a cabo sus tareas con diligencia, seriedad y prudencia porque sabe que las cosas deben hacerse bien desde el principio hasta el final y que el cumplimiento de los compromisos adquiridos, genera confianza y tranquilidad entre las personas. Es así, que el área de Salud de la CMSJM, requiere que todos los responsables en brindar atenciones a la población (directivas, administrativas, auxiliares de servicios, etc.), se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos.

COMPETENCIAS TRANSVERSALES

1

ÉTICA

Sentir y obrar en todo momento consecuentemente con los valores morales, las buenas costumbres y prácticas profesionales, respetando las políticas institucionales. Implica el deber de otorgar una atención de salud, basada en principios de salud pública, dedicando esfuerzos y conocimientos al mejoramiento de la salud individual y colectiva, en prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud. La ética es una parte esencial de las profesiones sanitarias. No se puede ser un profesional excelente sin cultivar e integrar lo humano y lo científico-técnico. Implica actuar de manera correcta, tanto en la vida profesional y laboral, como en la vida privada, aún en forma contraria a supuestos intereses propios o del sector/institución al que pertenece, ya que las buenas costumbres y los valores morales están por encima de su accionar, y la organización así lo desea y lo comprende.

2

ADAPTABILIDAD AL CAMBIO

Es la capacidad para adaptarse y amoldarse a los cambios. Hace referencia a la capacidad de modificar la propia conducta para alcanzar determinados objetivos cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el medio. Se asocia con la versatilidad del comportamiento para adaptarse a distintos contextos, situaciones, medios y personas rápida y adecuadamente. Implica conducir a su grupo en función de la correcta comprensión de los escenarios cambiantes dentro de las políticas de la organización. Se espera de los funcionarios, que se adapten a los cambios que son propios de la institución, a distintos contextos, situaciones, medios y personas, modificando los objetivos o proyectos de acuerdo con las nuevas necesidades. De los directivos, se espera que promuevan la adaptabilidad al cambio entre sus colaboradores y les brinden acompañamiento y entrenamiento (coaching) para que a su vez la desarrollen en sus equipos de trabajo.

3

ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS

Es la capacidad de encaminar los actos al logro de lo esperado, actuando con velocidad y sentido de urgencia ante decisiones importantes, necesarias para satisfacer las necesidades del usuario, superar a los competidores o mejorar la organización. Es la capacidad de administrar los procesos establecidos para que no interfieran en la consecución de los resultados esperados. Se espera de los funcionarios que su accionar responda al cumplimiento de los objetivos y metas de gestión de la organización, que sea capaz de llevar a cabalidad procesos y diseñar y/o utilizar indicadores de gestión para medir y comparar los resultados obtenidos.

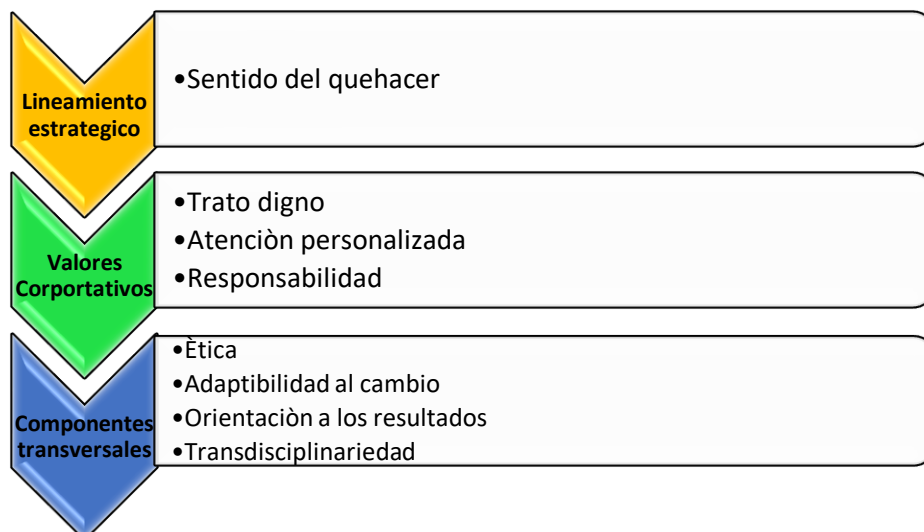


TRABAJO TRANSDISCIPLINAR

Implica la capacidad de colaborar y cooperar con los demás, de formar parte de un grupo y de trabajar juntos; lo opuesto a hacerlo individual y competitivamente. Para que esta competencia sea efectiva, la actitud debe ser genuina. Es conveniente que el ocupante del puesto sea miembro de un grupo que funcione en equipo. Equipo en su definición más amplia, es un grupo de personas que trabaja en procesos, tareas u objetivos compartidos. , espera la conformación de equipos de alto rendimiento, especialmente para desarrollar el modelo de salud familiar, que requiere de equipos de cabecera, altamente comprometidos y que se apoyen mutuamente. Un equipo de alto rendimiento, es aquel equipo que ha alcanzado los objetivos propuestos de una manera excelente en términos de eficacia y eficiencia. Se caracteriza por tener un objetivo claro y retador, estar estructurados en función de los resultados que se esperan, contar con miembros competentes, tener un compromiso común, operar dentro de un clima de cooperación, contar con parámetros para la medición de su desempeño, recibir apoyo y reconocimiento externo, a la vez que tienen un liderazgo basado en los principios y valores de la organización a la que pertenecen.

El presente Plan de salud se orienta a replantearnos el “*sentido del quehacer*”. El sentido de pertenencia fortalece el sentimiento de que todos somos uno, que es como decir que todos nos pertenecemos mutuamente y por tanto debemos socorrernos mutuamente. Ser colaborador del servicio público debe ser un honor y una aspiración para el resto. Para ello no tan solo debemos fortalecer el área clínico asistencial, entendida esta como la asistencia sanitaria propiamente tal, es impensable visualizar en equidad en salud rural sin potenciar el desarrollo de la gestión administrativa, pues promover las prestaciones requiere de reflexión, de levantamiento de procesos, de toma de decisiones, situaciones que no deben ocurrir dentro de los box de atención junto a nuestros usuarios, aquí la importancia de los equipos de gestión quienes velarán por el desarrollo de herramientas de medición y monitoreo.

Figura N°3: Resumen lineamiento estratégico, valores corporativos, competencias transversales



MISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM

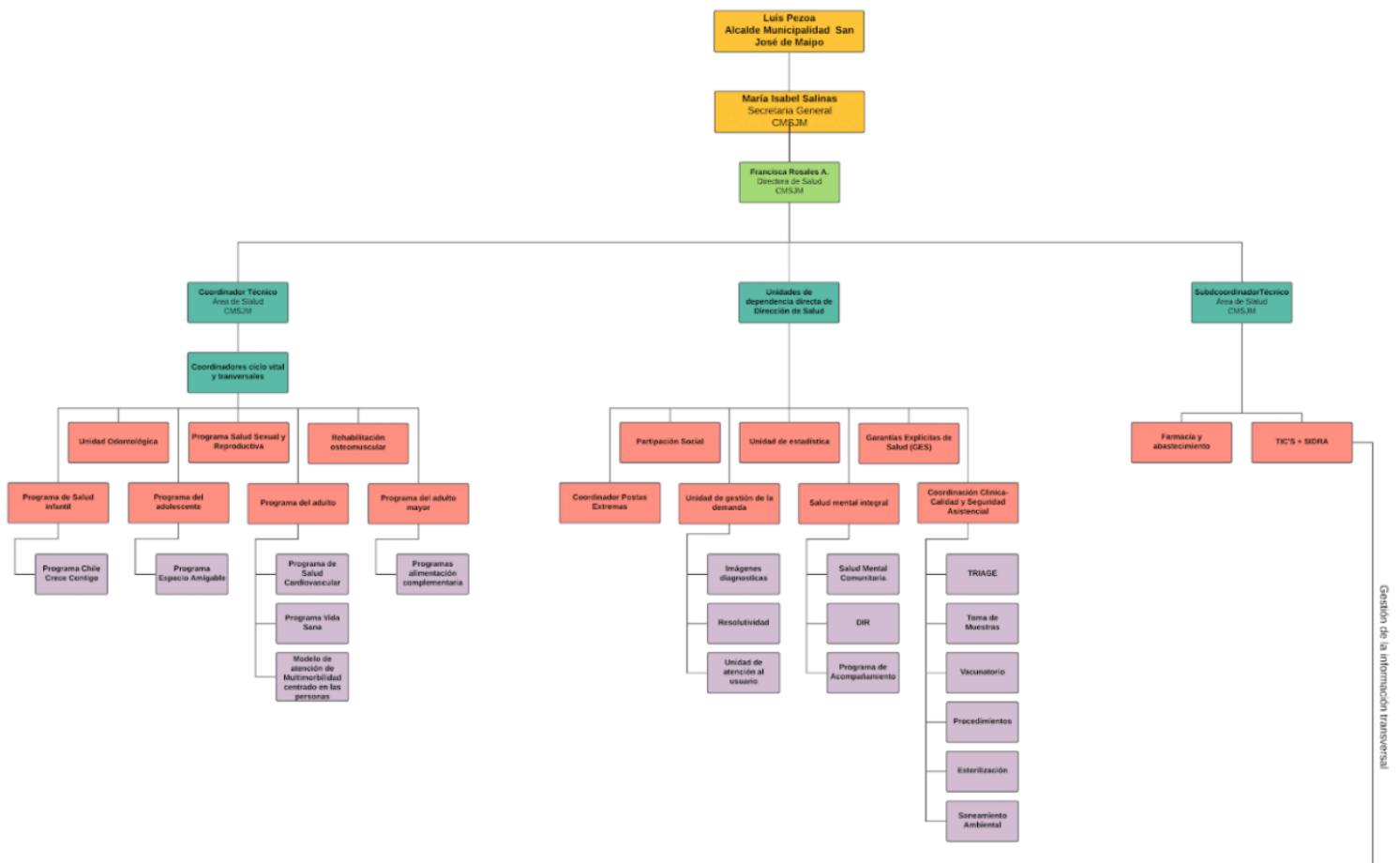
“Somos establecimientos de salud que buscan mejorar en forma continua la gestión interna y la calidad de los servicios otorgados en el Área de Salud de la CMSJM, de forma equitativa e igualitaria, garantizando la accesibilidad, centrada en el modelo de salud familiar”.

VISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM

“Ser Establecimientos de Salud de Atención Primaria centrados en el buen y oportuno servicio a los usuarios internos y externos del sistema, desarrollando la gestión a favor del desarrollo de una salud humanizada basada en los lineamientos de la salud familiar y la gestión participativa, considerando las necesidades de la población y la idea fundamental de la promoción y la prevención”.

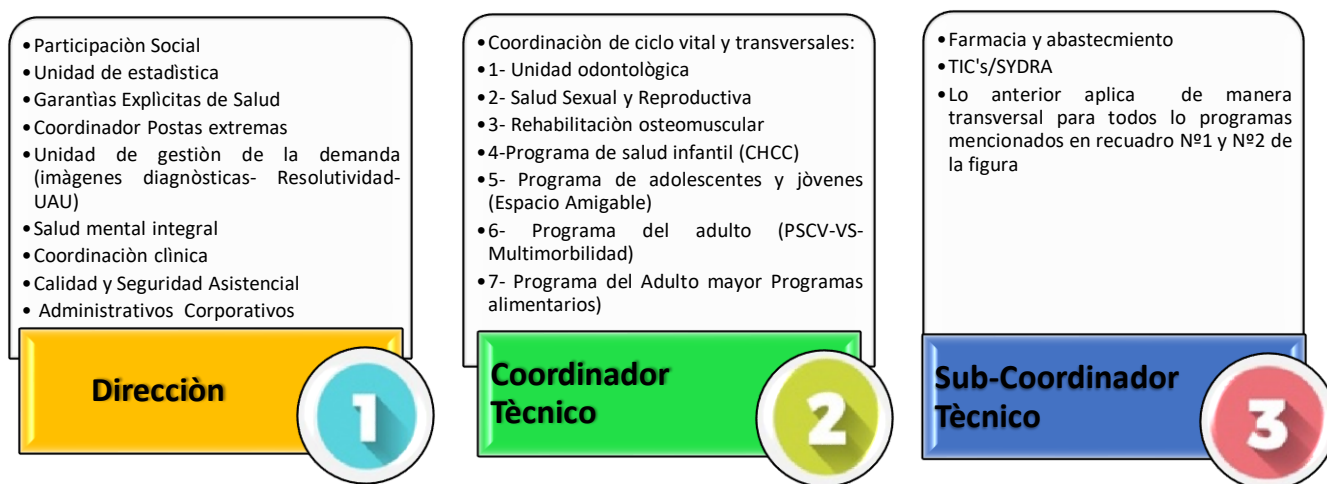
ORGANIGRAMA ÁREA DE SALUD CMSJM

Figura N°4: Organigrama de Área de Salud CMSJM



A la cabeza del organigrama se encuentran el Alcalde Don Luis Pezoa Álvarez, seguido por la Secretaria General Señora María Isabel Salinas Flores (ambos graficados en amarillos); a continuación se encuentra la Directora del Área de Salud Señora Francisca Rosales Acuña; seguida por su Coordinador Técnico y Subcoordinador Técnico. A su vez esta última triada (Dirección, Coordinador Técnico y Sub-Coordinador Técnico) se encargan del funcionamiento de Unidades de trabajo específicas, como muestra la Figura N°4. Cabe además agregar, que en la Administración Central se desempeñan dos colaboradores administrativos de dependencia directa de Dirección de Salud.

Figura N°5: Distribución de Unidades según responsable por organigrama:



Fuente: Elaboración Propia, 2019

MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

Los cambios en el perfil sociocultural, epidemiológico y demográfico de nuestro país, que conlleva una mayor expectativa de vida y envejecimiento de la población, la urbanización, la inmigración como fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos, generando por una parte, una serie de beneficios para la sociedad chilena, y por otra un conjunto de efectos desfavorables como son el incremento de enfermedades crónicas en la población, nos desafían como país a un fortalecimiento efectivo de la atención primaria como el pilar del modelo de salud chileno, basando en ella los cuidados, el uso eficiente de recursos, los resultados sanitarios, el desarrollo de estrategias locales para la consecución de la salud de sus comunidades y, precisamente, la incorporación de la comunidad en los cuidados de salud y la anticipación a la enfermedad.

Teniendo como antecedentes la Declaración de Alma Ata (1978) que explicita el impacto de la atención primaria en el desarrollo local de las comunidades; las sucesivas Conferencias de Promoción en la Salud (Carta de Ottawa, 1986 en adelante) que pone énfasis en los recursos para promoción de salud y con ello mejorar y ejercer un control efectivo sobre la salud; el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (década de los '80) que resalta el rol de los gobiernos y de los Estados en los resultados de salud de sus pueblos, como efecto de la distribución del dinero, el poder y los recursos y; el Modelo Biopsicosocial (George Engel, 1977), se instalaron las primeras reformas tendientes a reforzar cuatro ejes como muestra la Figura N°6:

Figura N°6: Ejes de reforzamiento de MAIS



Fuente: MINSAL, Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria 2017, 2017.

Con la Reforma de Salud de la década del 2000, se refrenda el Modelo de Atención Integral en Salud como enfoque de atención para la salud primaria, entendido como “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la

comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

Transcurridos todos estos años de instalación y posterior implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y, teniendo en cuenta el avance en las estrategias de desarrollo de la APS, entendidas como mayor resolutive, desarrollo del trabajo de participación social en un marco de mayor institucionalización, nuevas complejidades en la gestión en los ámbitos administrativo y financiero, desarrollo de innovaciones locales en las acciones preventivas y promocionales, entre otras, se hizo necesario remirar los mecanismos vigentes de evaluación de la implementación de dicho Modelo en los establecimientos de atención primaria y volver a formular para adecuarlos a los nuevos escenarios y desafíos que enfrenta la salud pública en nuestro país.

En resumen los principios orientadores del Modelo apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria de Salud e incorporando a esta como área y pilar relevante en el proceso de cambio este nuevo modelo de atención.

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

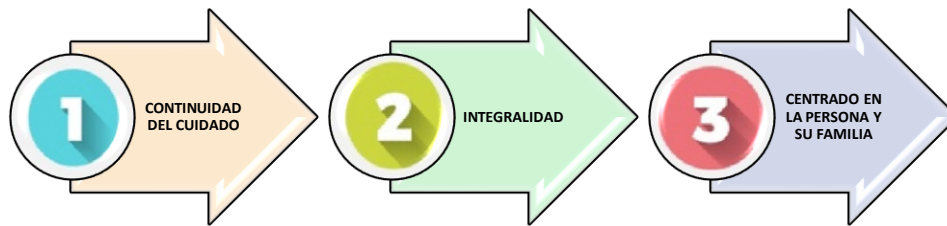
Figura N°7: Principios orientadores del modelo.



Fuente: MINSAL, Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria 2017, 2017.

El Modelo considera tres principios básicos e irrenunciables (Figura N°8) en un sistema de salud basado en Atención Primaria, estos constituyen los ejes centrales para su desarrollo y aplicabilidad, con el fin de contribuir a la mejora continua y, a su vez, a la efectividad, la eficiencia, modernización, pertinencia y equidad de la atención primaria de salud, como base de nuestro sistema de salud.

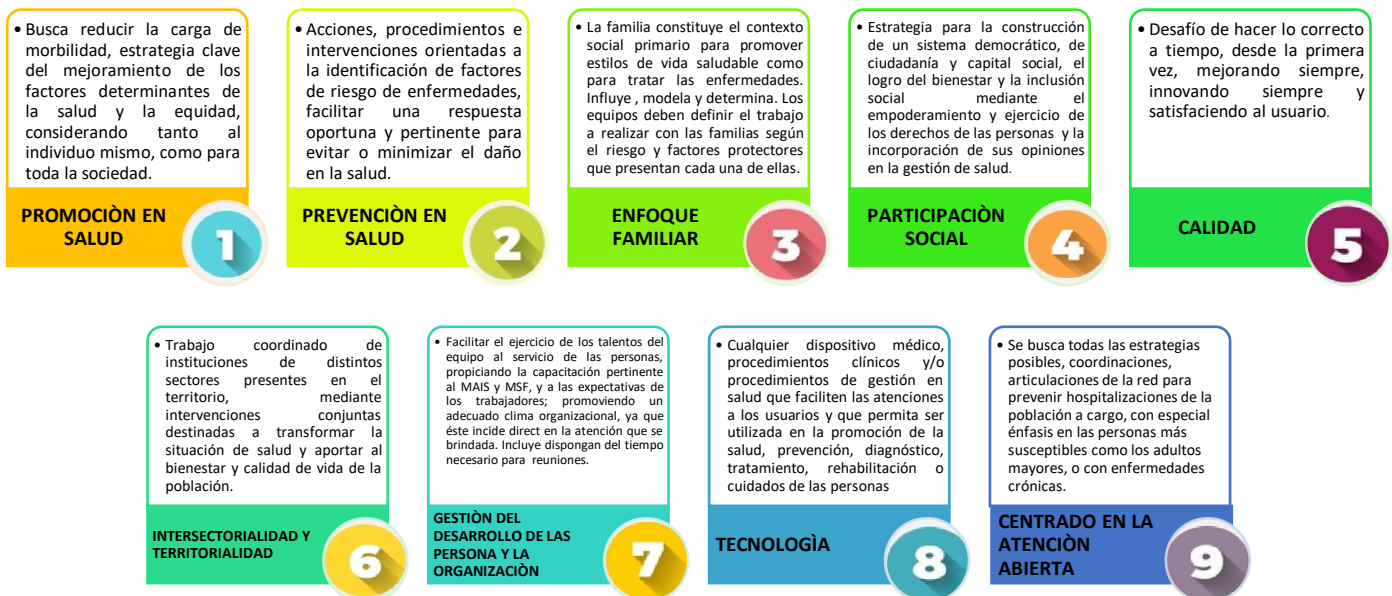
Figura N°8: Principios básicos e irrenunciables del MAIS.



Fuente: MINSAL, Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria 2017.

Este año 2019 se efectuó evaluación de implementación del modelo en nuestros tres centros de salud obteniendo como resultado general un 63% de aprobación, donde los nodos críticos detectado se encontraron en los ejes enfoque familiar, centrado en la atención y calidad. Desde aquí es que dentro del plan de mejora a proponer se enfocara en subir el porcentaje de cumplimiento de todos los ejes y por sobretodo en estos que se encuentran más al debe. Para ello nos hemos propuesto incorporarlo de manera más explícita en nuestro plan de salud, por lo cual a lo largo del texto encontraran apartados distintivos en los diversos programas haciendo alusión al trabajo con MAIS, destacando fortalezas, brechas, planes de mejora y compromisos. Cada eje del modelo se verá representado por un color y un vector específico como se presenta a continuación e la figura N°9:

Figura N°9: Definición ejes MAIS

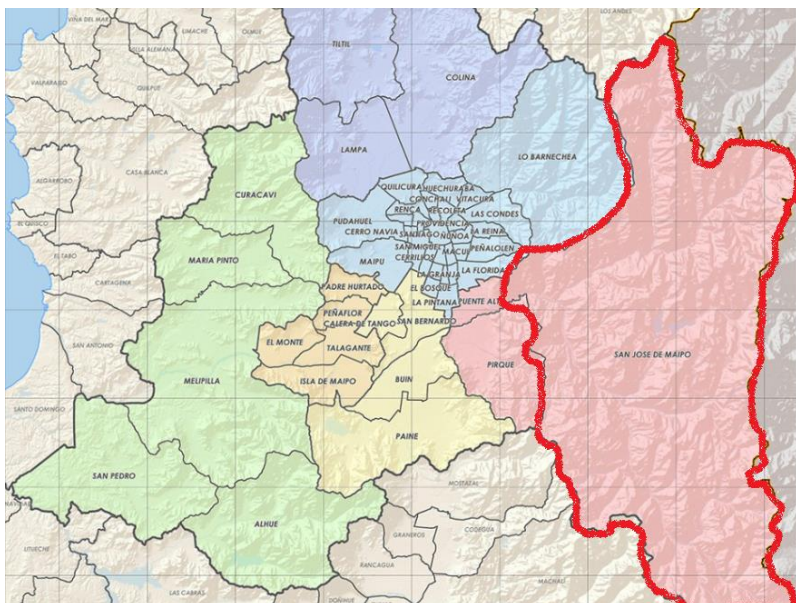


DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y COMUNAL

La comuna de San José de Maipo, se ubica en la Región Metropolitana de Santiago, Provincia Cordillera, en el sector Sur Oriente de la Región. Su ubicación absoluta es en los 70° 20' de longitud oeste y los 33° 39' de latitud sur.

Para acceder a la comuna, se puede utilizar la ruta G-25, que es la continuación de Avenida Camilo Henríquez; la Ruta G –345 que conecta hacia los Maitenes Alfalfal a través de Río Colorado, Ruta G –355 que conecta hacia Lagunillas; Ruta G –421 arteria que conecta hacia El Toyo y Pirque. La comuna se encuentra a unos 48 Km de Santiago, 25 Km de Puente Alto, 100 km de Rancagua y 375 km de Mendoza (Argentina). Sus límites son bastante amplios, ya que comparte un sector fronterizo con Argentina, además de los límites internos:

- Norte: Región de Valparaíso.
- Oeste: Comunas de Puente Alto, Pirque, La Florida, Peñalolén, Las Condes y Lo Barnechea.
- Este: República de Argentina.
- Sur: Región del Libertador Bernardo O'Higgins.



Mapa R. Metropolitana, destacando la comuna de San José de Maipo

En su identidad cordillerana, se conecta al territorio regional y nacional a través de un único acceso desde la comuna de Puente Alto, de la que depende no sólo desde el punto de vista de su conectividad sino también como centro de servicios y comercio, por cuanto éstos muestran un estado de desarrollo precario al interior de la comuna, principalmente relacionado con la gran extensión territorial y la escasa población que implica la inexistencia de umbrales de demanda que justifiquen servicios de mayor complejidad. Las características naturales existentes, principal condicionante comunal, se transforman así tanto en un problema como en una ventaja comparativa respecto del área metropolitana de Santiago, pues su aislamiento la transforma en una zona altamente requerida como asentamiento turístico, con todas las externalidades que esta condición acarrea a nivel de su desarrollo urbano, social y económico.

La comuna se divide en 23 localidades que concentran su capital comunal en el pueblo de San José de Maipo, estas localidades son: La Obra, Las Vertientes, El Canelo, El Manzano, Guayacán, San José de Maipo, Lagunillas, El Toyo, El Melocotón, San Alfonso, El Ingenio, Bollenar, San Gabriel, El Romeral, Embalse El Yeso, Los Queltehues, Las Melosas, El Volcán, Baños Morales, El Morado, Lo Valdés y Baños Colina.

DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

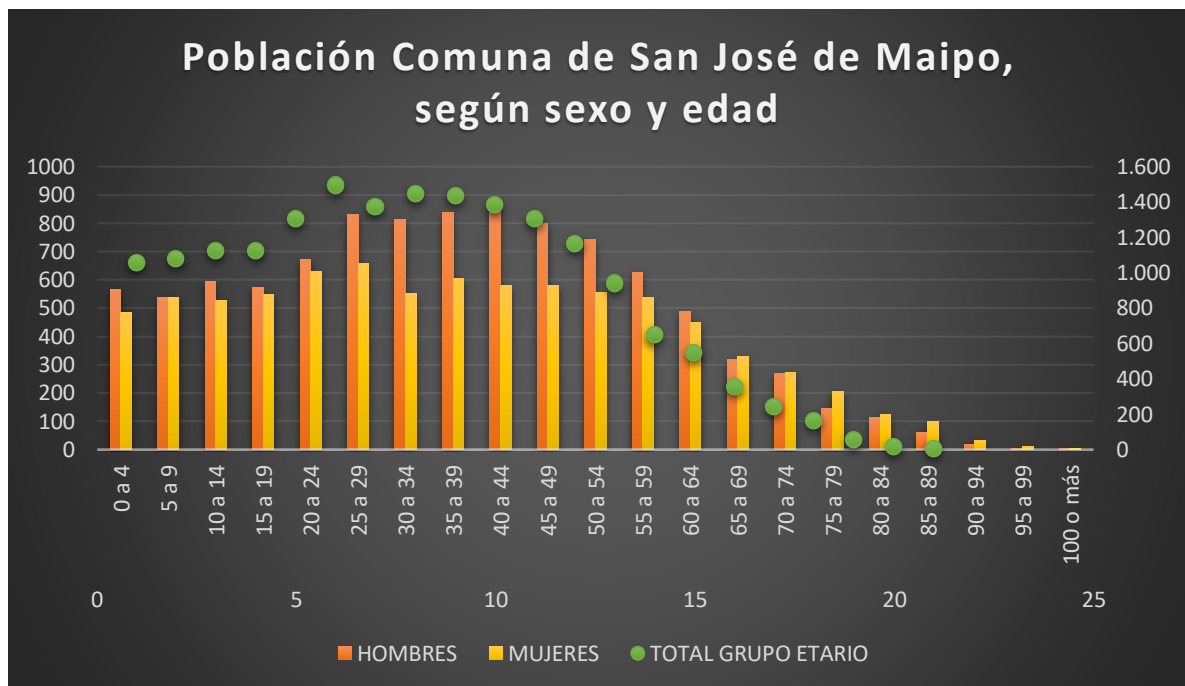
La población total de la comuna de San José de Maipo, es de 18.198 habitantes que representa el 0.26% del total regional (Censo de Población y Vivienda de 2017). La composición por sexo es de 9861 hombres y 8328 mujeres, que representa un 54.2% y 45.8% respectivamente. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4	566	486	1.052
5 a 9	538	537	1.075
10 a 14	596	526	1.122
15 a 19	573	548	1.121
20 a 24	672	630	1.302
25 a 29	832	659	1.491
30 a 34	814	553	1.367
35 a 39	837	606	1.443
40 a 44	854	581	1.435
45 a 49	799	581	1.380
50 a 54	744	554	1.298
55 a 59	627	536	1.163
60 a 64	487	450	937
65 a 69	317	328	645
70 a 74	269	274	543
75 a 79	145	205	350
80 a 84	112	125	237
85 a 89	59	100	159
90 a 94	18	33	51
95 a 99	1	12	13
100 o más	1	4	5
Total Comunal	9.861	8.328	18.189

Fuente: CENSO, 2017

Gráfico N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad



Fuente: CENSO, 2017.

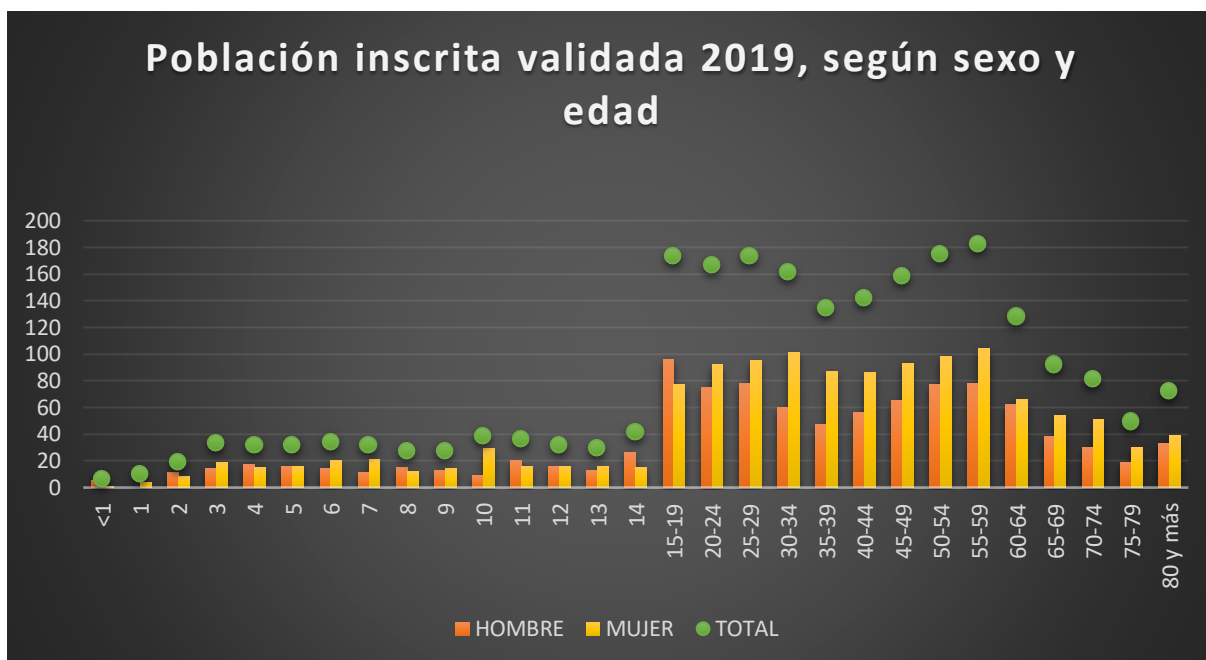
El análisis poblacional nos muestra que estamos frente a una población mayoritariamente de adultos 65% (11.816), representando los adolescentes 12.3% (2.243), la población infantil con un 11.7% (2.127), y el adulto mayor 11% (2003) del total de habitantes comunales. (Tabla N°1 y Gráfico N°1).

Tabla N°2: Población inscrita validada para 2019, según sexo y edad:

GRUPOS ETÁRIOS	NÚMERO DE INSCRITOS POR SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
<1	5	1	6
1	0	4	10
2	11	8	19
3	14	19	33
4	17	15	32
5	16	16	32
6	14	20	34
7	11	21	32
8	15	12	27
9	13	14	27
10	9	29	38
11	20	16	36
12	16	16	32
13	13	16	29
14	26	15	41
15-19	96	77	173
20-24	75	92	167
25-29	78	95	173
30-34	60	101	161
35-39	47	87	134
40-44	56	86	142
45-49	65	93	158
50-54	77	98	175
55-59	78	104	182
60-64	62	66	128
65-69	38	54	92
70-74	30	51	81
75-79	19	30	49
80 y más	33	39	72
TOTAL	1020	1295	2315

Fuente: FONASA, febrero 2019

Gráfico N°2: Población inscrita validada para 2019, según sexo y edad:



Fuente: FONASA, febrero 2019

El análisis poblacional nos muestra que estamos frente a una población mayoritariamente de adultos 61.3% (1.420), representando los adolescentes 15.1% (349), la adulta mayor con un 12.7% (294), y la población infantil 10.9% (252) del total de inscritos validados para el 2018. (Tabla N°2 y Gráfico N°2).

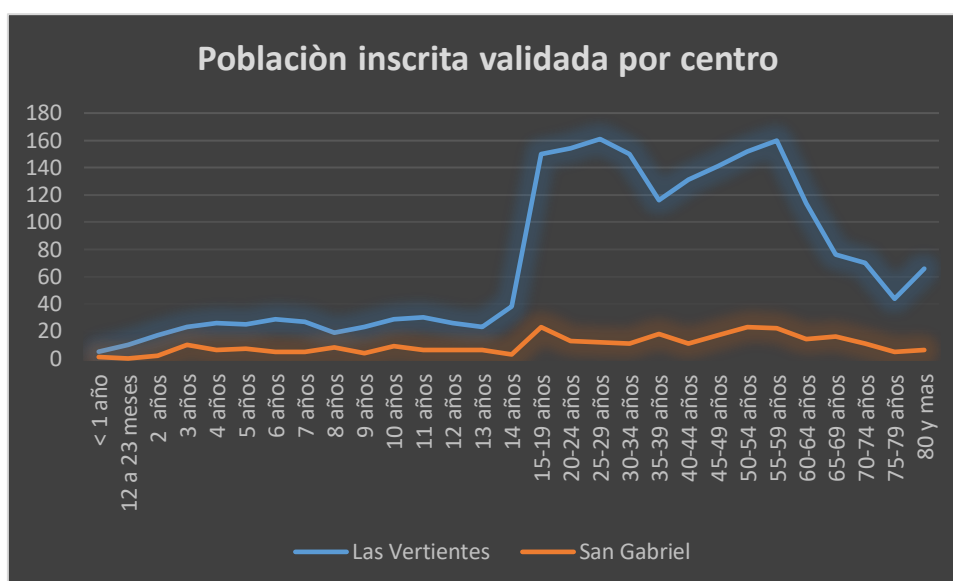
Considerar que la población adulta es a su vez también la que se ve representada por el rango etario más amplio (25-64 años), pero su proporción no deja de ser ampliamente mayoritaria frente a los otros grupos etarios. Este grupo corresponde por lo general a la población activa económicamente y por ende en muchas ocasiones la que tiene menor acceso a los centros de salud por incompatibilidad horaria. Entre las estrategias implementadas desde 2014 en adelante se han reforzado las extensiones horarias (atenciones en horario vespertino) en PSR MRC de lunes a viernes entre 17:00 y 20:00 horas, sábados de 09:00-13:00 PSR San Gabriel.

Tabla N°3: Población inscrita validada para 2019, según centro:

Grupo Etario	Las Vertientes	San Gabriel
< 1 año	5	1
12 a 23 meses	10	0
2 años	17	2
3 años	23	10
4 años	26	6
5 años	25	7
6 años	29	5
7 años	27	5
8 años	19	8
9 años	23	4
10 años	29	9
11 años	30	6
12 años	26	6
13 años	23	6
14 años	38	3
15-19 años	150	23
20-24 años	154	13
25-29 años	161	12
30-34 años	150	11
35-39 años	116	18
40-44 años	131	11
45-49 años	141	17
50-54 años	152	23
55-59 años	160	22
60-64 años	114	14
65-69 años	76	16
70-74 años	70	11
75-79 años	44	5
80 y mas	66	6
TOTAL	2035	280

Fuente: FONASA, febrero 2019

Gráfico N°3: Población inscrita validada para 2019, según centro:



Fuente: FONASA, febrero 2019

Cabe destacar que como muestra la Tabla N°3 y Gráfico N°3 para el año nuestra población de concentra principalmente, en PSR Marta Ríos Cofré representando esta el 87,9% mientras que PSR San Gabriel constituye el 12.1% restante.

En el año 2018 se presenta como brecha que no contamos con el dato de la población de Posta de Salud Rural de Volcán, como este centro de salud sigue no informatizado, lo que se realizó para regularizar la situación de los usuarios de PSR El Volcán fueron inscritos en PSR San Gabriel, por lo cual el dato de PSR San Gabriel contiene ambas poblaciones.

Tabla N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2019, según centro:

CENTROS CMSJM	TOTAL AUTORIZADOS
3	2414

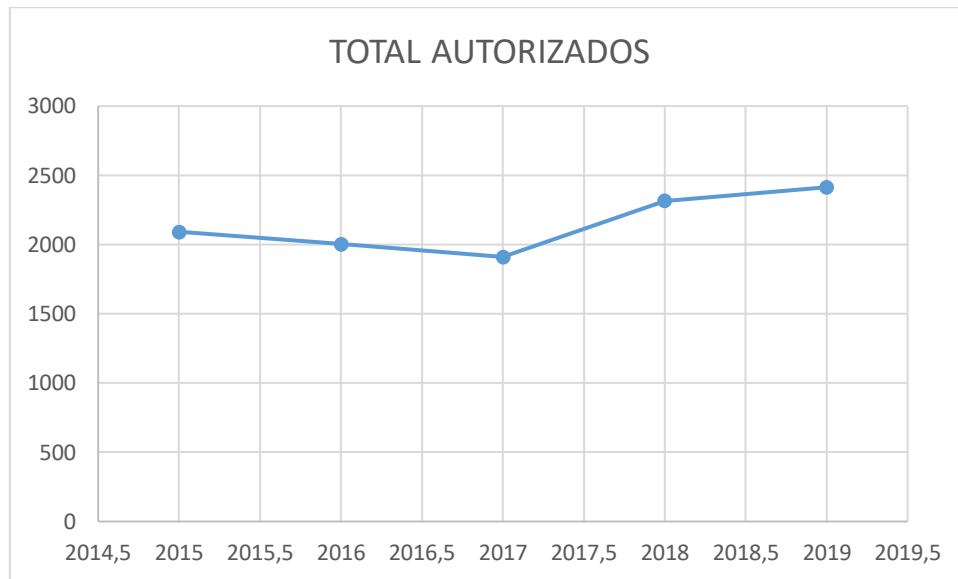
Fuente: FONASA, 31 de agosto de 2019

Tabla N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2019 (corte agosto del mismo periodo)

	TOTAL AUTORIZADOS
2015	2091
2016	2003
2017	1911
2018	2316
2019	2414

Fuente: FONASA, 31 de agosto años respectivos, 2019

Gráfico N°4: Evolución población inscrita validada 2015-2019 (corte agosto del mismo periodo)



Fuente: FONASA, 31 de agosto años respectivos, 2019

La población 2019 aumento un 4.2%, según TablaN° 4 y Gráfico N°5.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Tabla N°6: Población

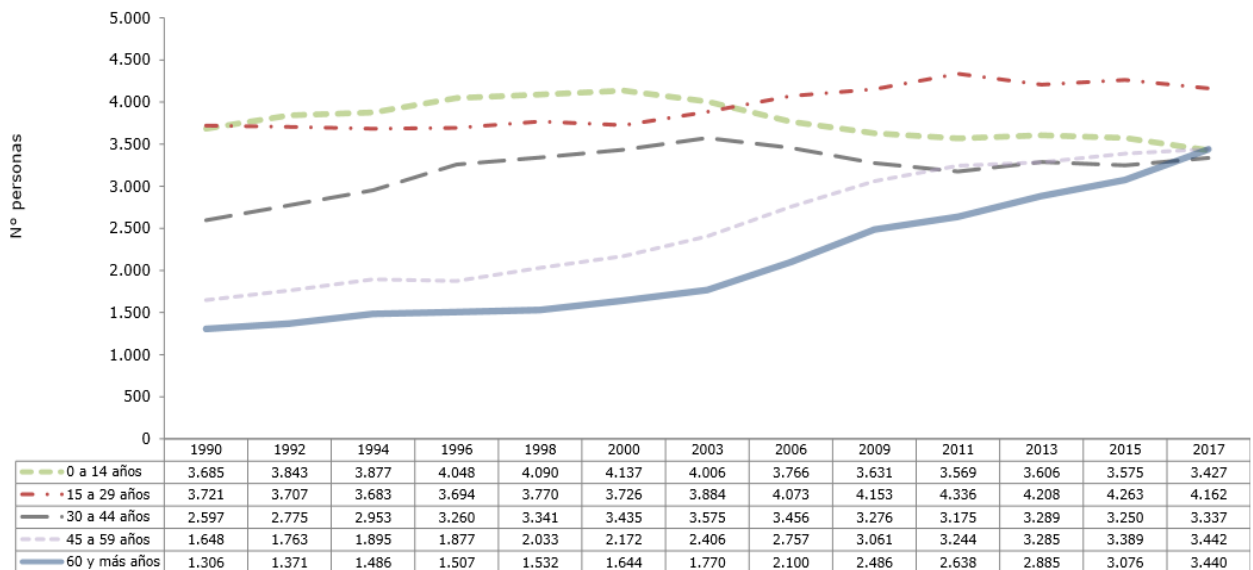
	2013	2014	2015	2016
San José de Maipo	14.840	14.922	15003	15.083
Región Metropolitana	7.142.893	7.228.581	7.314.176	7.399.042
Chile	17.631.579	17.819.054	18006.407	18.191.884

Fuente: Estadísticas vitales, INE, DEIS años respectivos.

La población de San José de Maipo ha ido aumentando con los años, llegando a representar un 0.2% de la población total de la Región Metropolitana y un 0.08% de la población total chilena. (Tabla N°6)

Gráfico N°5: Número de personas por grandes grupos de edad (1990-2017)

(Número en miles, personas por grupo respectivo)

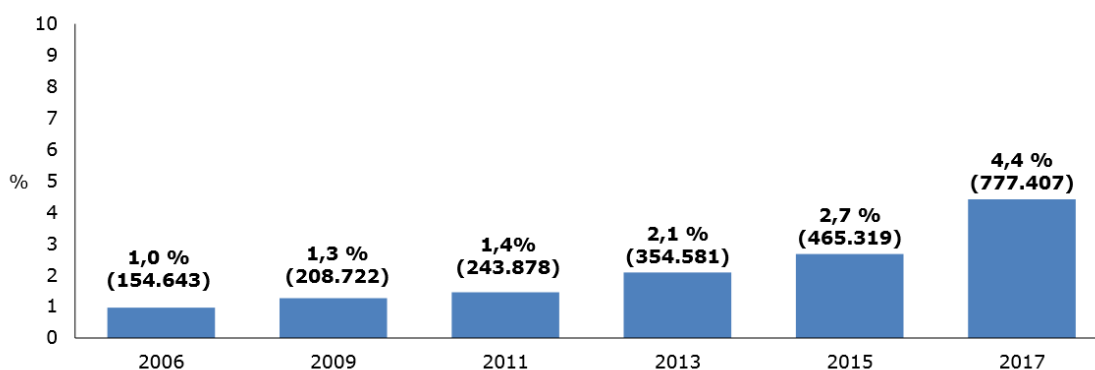


Fuente Ministerio de Desarrollo Social, CASEN años respectivos.

La tendencia poblacional que nos muestra el Gráfico N° 5 hace referencia a un fenómeno global de disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, lo que lleva a un envejecimiento de la población. En la gráfica se puede apreciar como 2017 inclusive hay un cruce entre la población infantil y la adulta mayor, lo que se traduce que habría más población mayor de 65 años que menores de 14 años.

Gráfico N°6: Número y porcentaje de la población nacida fuera de Chile, 2006-2017.

(Número y Porcentaje, población total)

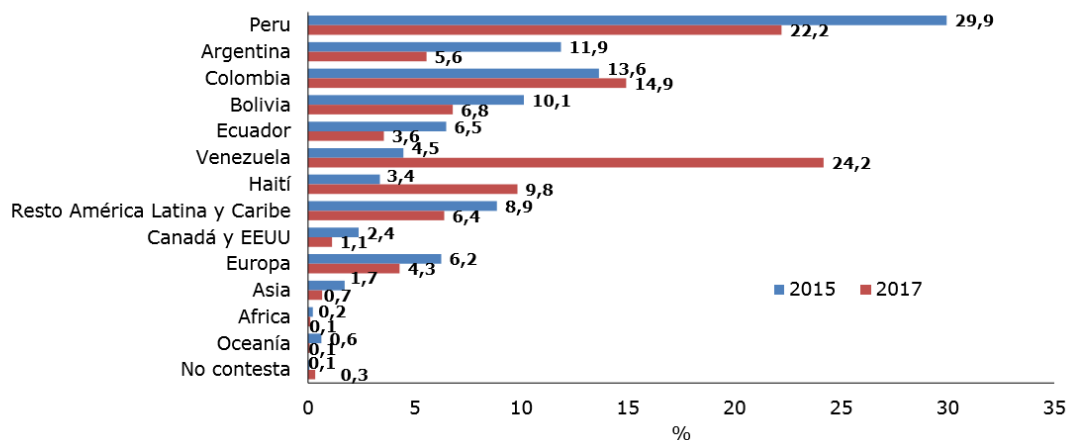


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Según el Gráfico N°6 la migración es un fenómeno del cual nuestro país no se ha visto exento, en la década observada la población aumento de manera sostenida, hasta alcanzar casi el millón de habitantes extranjeros, principalmente de Venezuela, Perú y Colombia (Gráfico N°7). Las edades de esta población se concentran entre los 15 y 29 años, como muestra el Gráfico N°8.

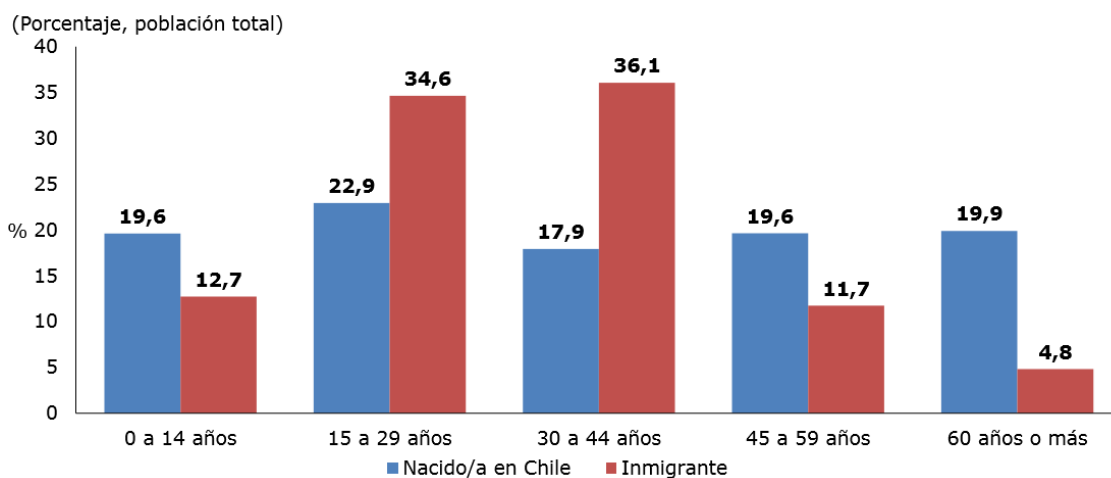
Gráfico N°7: Distribución de la población nacida fuera de Chile según país o región de nacimiento, 2015-2017.

(Porcentaje, población nacida fuera de Chile)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

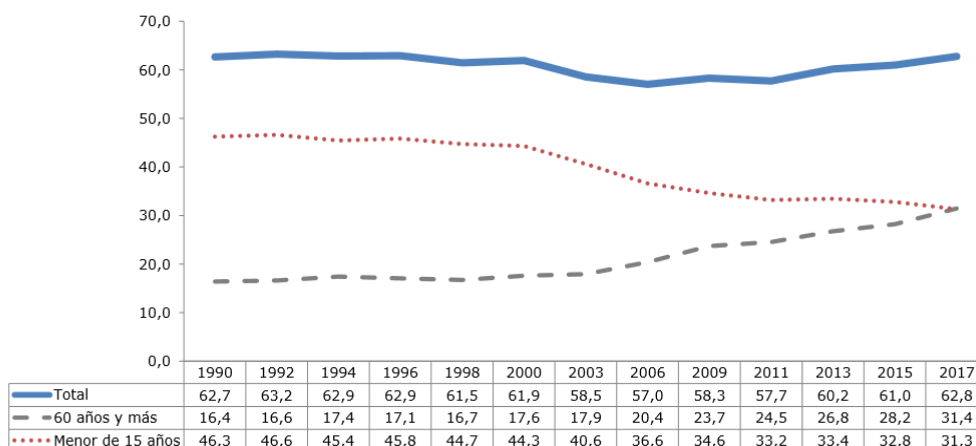
Gráfico N°8: Distribución de la población según tramo de edad, por lugar de nacimiento, 2017.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°9: Índice de dependencia demográfica*(1990-2017)

(Población respectiva, tasa por cada 100 personas de 15 a 59 años)

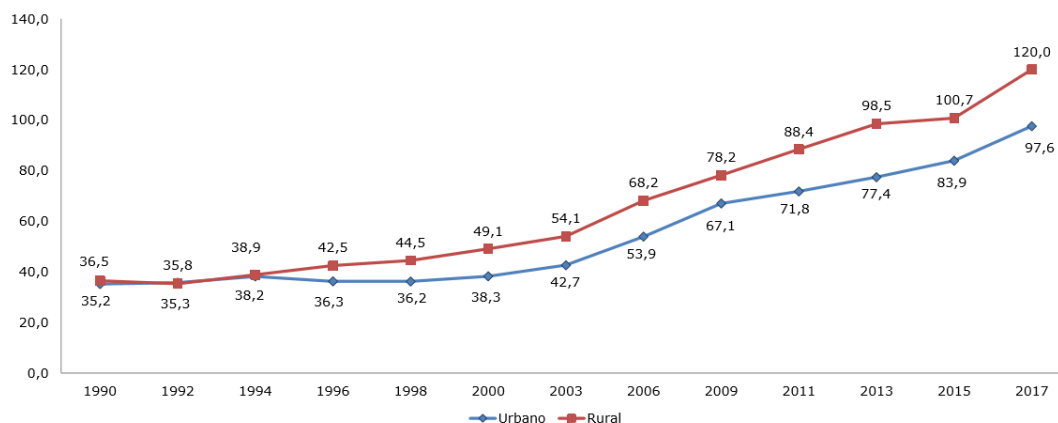


Fuente Ministerio de Desarrollo Social, CASEN años respectivos

El índice de dependencia demográfica expresa el número de personas en edades “dependientes” por cada cien personas en edades económicamente activas. Las variaciones en este índice muestran la proporción entre las personas productivas y sus “cargas” económicas, lo cual es un importante factor económico. En relación a este indicador es que se habla del Bono demográfico, el cual expresa el incremento que se observa en la población en edades laborales y la disminución de las personas dependientes. Hoy existe más población en edad productiva que “dependiente” –aquella menor de 14 años o mayor de 60–, lo que constituye el llamado “bono demográfico”. La importancia de esta cifra radica en que permite contextualizar las políticas de previsión y protección social, tanto en el momento actual como en las proyecciones que se estiman. (*Estadísticas vitales, INE, años respectivos*) (Gráfico N°9).

Gráfico N°10: Índice de envejecimiento* por zona (1990-2017)

(Población por sexo, tasa de personas de 60 y más años por cada 100 personas menores de 15 años)

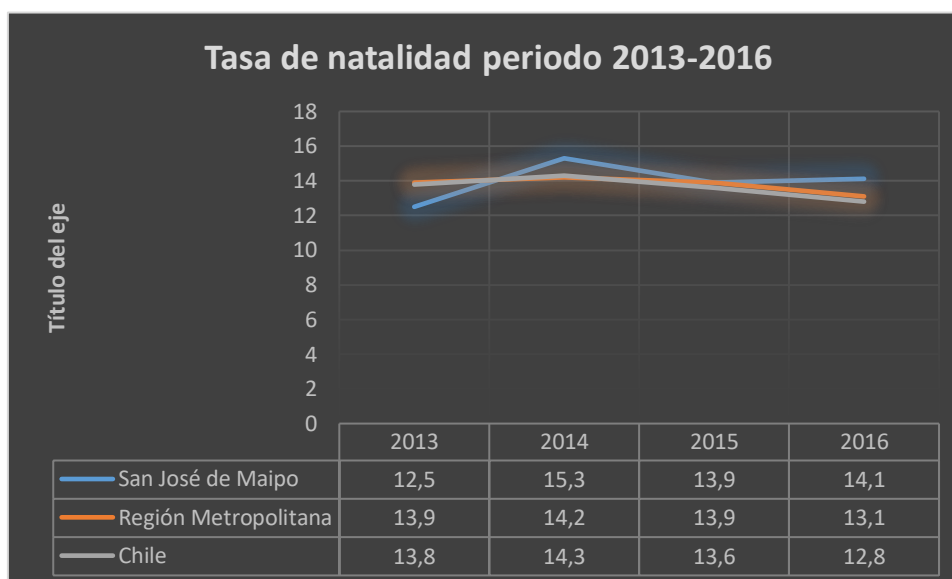


Fuente Ministerio de Desarrollo Social, CASEN años respectivos.

La razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Así, un aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), como que están teniendo menos hijos, o ambas, EN EL CASO de Chile la realidad se ve originada por ambos fenómenos. (INE 2015)

El Gráfico N°10 es muestra clara de cómo con más de tres millones de personas que tienen sobre 65 años, Chile tiene el desafío de prepararse para enfrentar las consecuencias de una población envejecida. Si bien por una parte, el envejecimiento es el resultado de exitosas políticas públicas en salud, que permiten exhibir el perfil demográfico que tiene hoy nuestro país. Por otra parte, es una realidad que se encuentra asociada a un incremento de enfermedades crónicas, una alta frecuencia de consultas médicas, un mayor número de atenciones de urgencia, hospitalizaciones, necesidades de medicamentos y acceso a mejor tecnología para diagnosticar y tratar oportunamente a las personas mayores. Todo ello, generando una presión asistencial que no se había experimentado con anterioridad.

Gráfico N°11: Tasa de natalidad periodo 2013-2016



Fuente: INE, DEIS años respectivos.

Las figuras anteriores (Gráfico N°11) dan cuenta de cómo la tasa de natalidad nacional y regional son muy similares, mientras que la natalidad en la comuna en 2013 es significativamente baja respecto a la estadística nacional y R.M, luego en 2014 muestra un alza sostenida, para en 2015 manifestar una tendencia a la baja alcanzado el nivel de la RM, que se encuentra a su vez por sobre el nivel nacional y ya en 2016 la cifra supera ampliamente ambas.

Si bien estas cifras son relativamente normales como tendencia internacional, al menos en países desarrollados, traerán consecuencias en el largo plazo. Esto es algo que ha pasado y ha preocupado a otros países, ya que afecta una serie de indicadores y políticas públicas. Si hay menos gente naciendo, va a haber menos gente adulta, lo que significará entre otras cosas una menor recaudación de impuestos. Una de las estrategias utilizadas por los países desarrollados es flexibilizar las políticas migratorias, lo que hace que lleguen personas en edad de trabajar a los países para poder suplir la baja natalidad.

Tabla N°7: Tasa Global de fecundidad (TGF) periodo 2013-2017

	2013	2014	2015	2017
REGIÓN METROPOLITANA	1,8	1,8	1,8	1,7
CHILE	1,8	1,8	1,8	1,7

Fuente: INE, DEIS 2017

Como se aprecia en la Tabla N°7 la tasa de fecundidad de la Región Metropolitana coincide con la tasa de fecundidad nacional, durante el periodo 2013-2017. Esta cifra por debajo de la tasa de reemplazo (2,1 hijos promedio por mujer), que es el valor que permite asegurar el recambio generacional. Esto arca la tendencia que las familias chilenas están postergando la paternidad y además están decidiendo tener menos hijos.

Tabla N°8: Mortalidad general

	TOTAL GENERAL DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD GENERAL
CHILE	104026	5.7
REGIÓN METROPOLITANA	39283	5.3
SAN JOSÉ DE MAIPO	102	6.8

Fuente: INE, DEIS 2017

A partir de la Tabla N°8 podemos concluir que el número de defunciones de la Comuna de San José de Maipo representa un 0.1% del total nacional y un 0.26% del total regional. No obstante, San José de Maipo presenta una tasa de mortalidad general significativamente más alta que la nacional y la regional.

Tabla N°9: índice de Swaroop

CHILE	77.4%
REGIÓN METROPOLITANA	77.9%
SAN JOSÉ DE MAIPO	86.7%

Fuente: INE, DEIS 2012

En cuanto al índice de Swaroop como muestra la Tabla N°9 nuestra comuna presenta una mejor situación sanitaria, respecto a los resultados a nivel regional y nacional.

Tabla N°10: Tasa Años Potencialmente Perdidos

	2014	2015	2016
CHILE	71.2	70.7	68.9
REGIÓN METROPOLITANA	66.0	65.1	63.3
SAN JOSÉ DE MAIPO	97.1	97.4	77.2

Fuentes: DEIS, INE, años respectivos

Las observaciones que se puede realizar de la Tabla N°10 cabe destacar que la tasa de Años Potencialmente Perdidos de la comuna es significativamente más alta que la de nivel nacional y regional.

El indicador de AVPP ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador es ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud. Su análisis de distribución, estratos socioeconómicos y evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

COMPONENTES SOCIOCULTURALES

En el siguiente apartado daremos cuenta de las diferencias existentes entre la realidad urbana y la realidad rural, en diversos aspectos de gran relevancia. Estas diferencias permiten dar cuenta de la importancia de la problematización y abandonar la normalización de esta realidad, dado que por lo general los sectores rurales, son visualizados como lugares de baja densidad demográfica, por lo cual por lo general son menores los recursos invertidos, sin considerar sus determinantes sociales y la agudización de las brechas de estos sectores, como por ejemplo dada la gran dispersión geográfica presente en la Comuna de San José de Maipo, la realización de visitas domiciliarias integrales, que por lo general tiene rendimiento de 1 hora cronológica, en nuestra realidad local muchas veces una hora solo toma el traslado a la vivienda de la familia visitada. Otro ejemplo es el tiempo de traslado del equipo de cabecera a rondas rurales, los que aproximadamente equivalen a 1 y 1.5 horas cronológicas a San Gabriel y Volcán respectivamente.

Los componentes socioculturales estudiados serán:

Figura Nº10: Componente socioculturales



Fuente: Elaboración propia, 2019

1 POBREZA

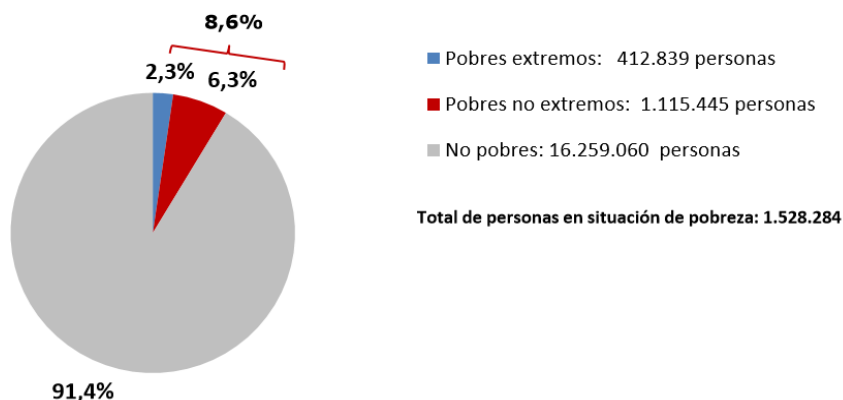
Para dar cuenta de este apartado utilizaremos datos extraídos de la encuesta CASEN 2017. Es importante recordar que este instrumento desde el 2015 utiliza el concepto de la medición de pobreza multidimensional, considerando 5 dimensiones del bienestar: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, Redes y Cohesión Social (Figura N°11). Por su parte, incorporar la mirada multidimensional en la medición de pobreza significa reconocer que, además de la falta de ingresos, la pobreza también se expresa en un conjunto de carencias en dimensiones fundamentales del bienestar. Profundizaremos principalmente en los datos que dan cuenta de la realidad rural, incorporando este años dos temática muy sensible de la cual no queremos quedar ajenos: Equidad de género y Migrantes, entendiendo que la salud siempre se ha preocupado de ello, pero se quiere relevar en esta nueva versión de plan de salud.

Figura N°11: Medida ampliada de pobreza multidimensional, con Entorno y Redes



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, CASEN 2017

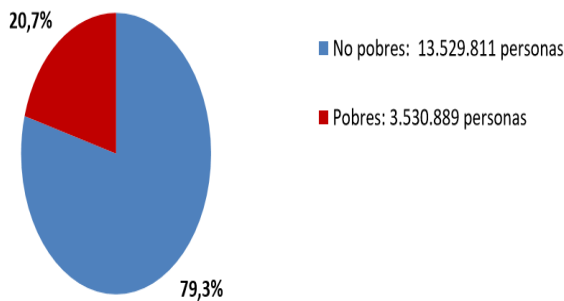
Gráfico N°12: Porcentaje de persona en situación de pobreza por ingresos en 2017



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Al analizar los Gráficos N°12 y Gráficos N°13 podemos observar la significativa diferencia que se produce al comparar el N° de habitantes chilenos considerados pobres por ingreso 8.6% versus la consideración de pobreza multidimensional 20.7%. La diferencia es de un 12.1% lo que equivale a 2.002.605 habitantes, considerados no pobres con la dimensión neta de ingresos o en su defecto considerada pobre bajo la mirada multidimensional, lo cual nuestra perspectiva es una evaluación mucho más integral de las reales condiciones bajo la cual vive nuestra población .

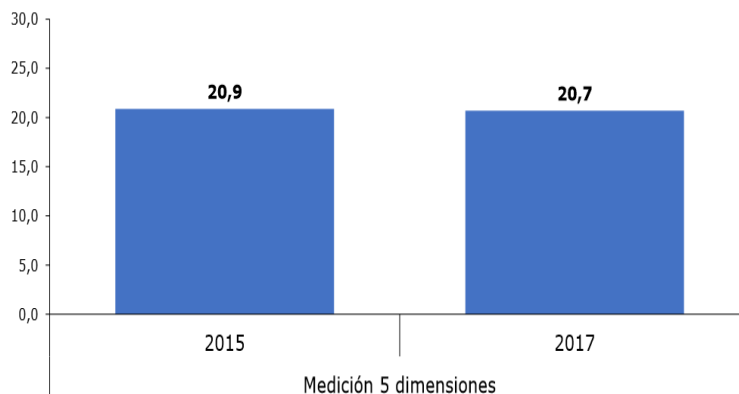
Gráfico N°13: Porcentaje de persona en situación de pobreza multidimensional en 2017



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto al Gráfico N°14 podemos extraer que en un periodo de dos años la disminución de la pobreza multidimensional ha alcanzado un 0.2%.

Gráfico N°14: Porcentaje de persona en situación de pobre multidimensional 2015 – 2017



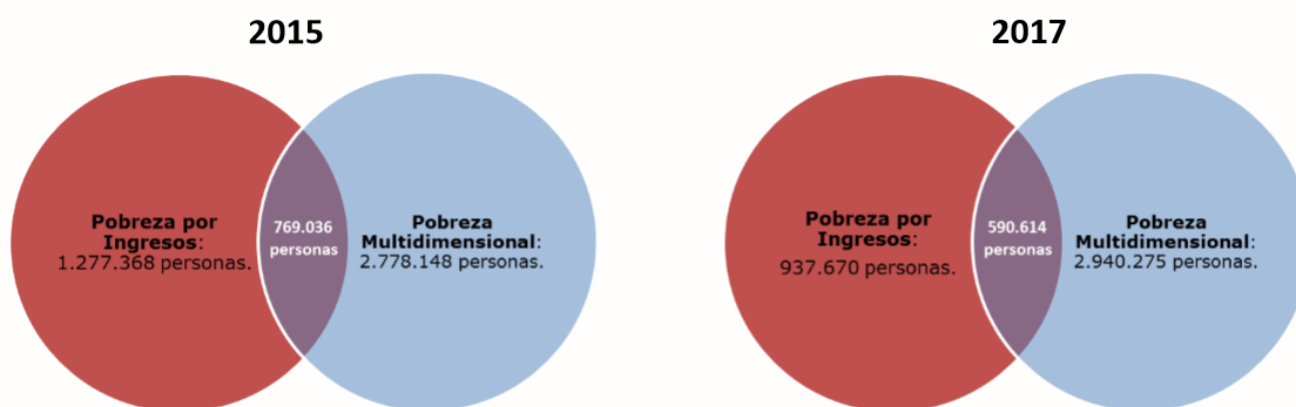
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos.



Pobreza multidimensional

La significativa diferencia que se produce al comparar el N° de habitantes chilenos considerados pobres por ingreso 8.6% versus la consideración de pobreza multidimensional 20.7%. La diferencia es de un 12.1% lo que equivale a 2.002.605 habitantes, considerados no pobres con la dimensión neta de ingresos o en su defecto considerada pobre bajo la mirada multidimensional, lo cual desde nuestra perspectiva es una evaluación mucho más integral de las reales condiciones bajo la cual vive nuestra población .

Figura N°12: Personas en situación de pobreza por ingresos y multidimensional (2015-2017)

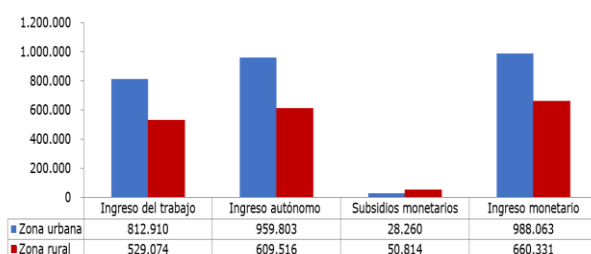


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

La Figura N°12 nos muestra que si bien el número total de personas pobres disminuyó un 26.6% en la actual medición, el número de los mismo bajo la perspectiva multidimensional aumento un 5.5%.

Gráfico N°15: Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso y zona urbana y rural, 2017

(\$ noviembre 2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Según lo observado en el Gráfico N°15 en tres de los cuatro tipos de ingresos estudiados los habitantes de zonas rurales reciben sueldos significativamente menores que los habitantes de zonas urbanas, exceptuando subsidios monetarios, que a su vez es el ingreso de menor valor aportado. No obstante, según lo reflejado en Tabla N°11 los ingresos en ambas zonas han aumentado de manera progresiva en la última década.

Ingresos de los hogares en zonas rurales

En tres de los cuatro tipos de ingresos estudiados los habitantes de zonas rurales reciben sueldos significativamente menores que los habitantes de zonas urbanas, exceptuando subsidios monetarios, que a su vez es el ingreso de menor valor aportado. No obstante, los ingresos en ambas zonas han aumentado de manera progresiva en la última década.



Tabla N°11: Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso y zona urbana y rural, 2006-2017

(\$ noviembre 2017)

	2006	2009	2011	2013	2015	2017
Ingreso del trabajo						
urbano	665.417	655.685	660.611	768.765	781.061	812.910
rural	362.460	350.136	391.487	431.695	458.924	529.074
Ingreso autónomo						
urbano	769.923	771.812	777.347	897.588	923.319	959.803
rural	417.588	405.237	452.205	505.553	535.700	609.516
Subsidios monetarios						
urbano	8.840	21.356	18.423	23.077	25.770	28.260
rural	22.804	42.598	37.342	44.029	44.671	50.814
Ingreso monetario						
urbano	778.763	793.168	795.770	920.664	949.089	988.063
rural	440.391	447.836	489.547	549.582	580.371	660.331

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

A su vez los datos históricos respecto de la incidencia de la pobreza según lugar de nacimiento (chileno/extranjero) muestran que la población chilena siempre ha calificado como más pobres que la población extranjera residente en nuestro país, esto en cuanto a pobreza por ingresos. (Gráfico N°16). No obstante, en la encuesta más recientes, estos datos se invierten situando a la población extranjera como más vulnerable y lamentablemente con un porcentaje de pobreza que aumento respecto del año 2015. En cuanto a pobreza multidimensional se mantiene más alta en la población extranjera y aumentó un 1.6% respecto del 2015. (Gráfico N°17).

Gráfico N°16: Incidencia de la pobreza por ingresos en la población por lugar de nacimiento, 2006-2017

(Porcentaje, personas)

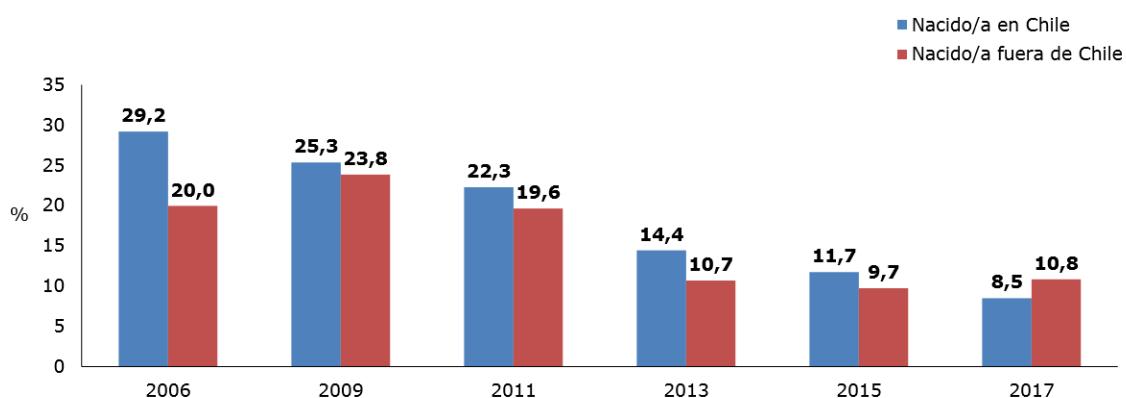


Gráfico N°17: Incidencia de la pobreza multidimensional en la población por lugar de nacimiento, 2015-2017

(Porcentaje, personas)

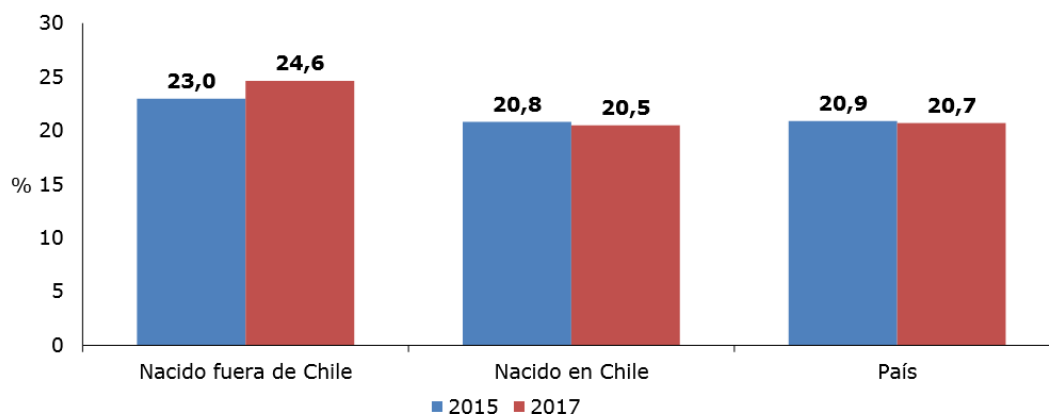
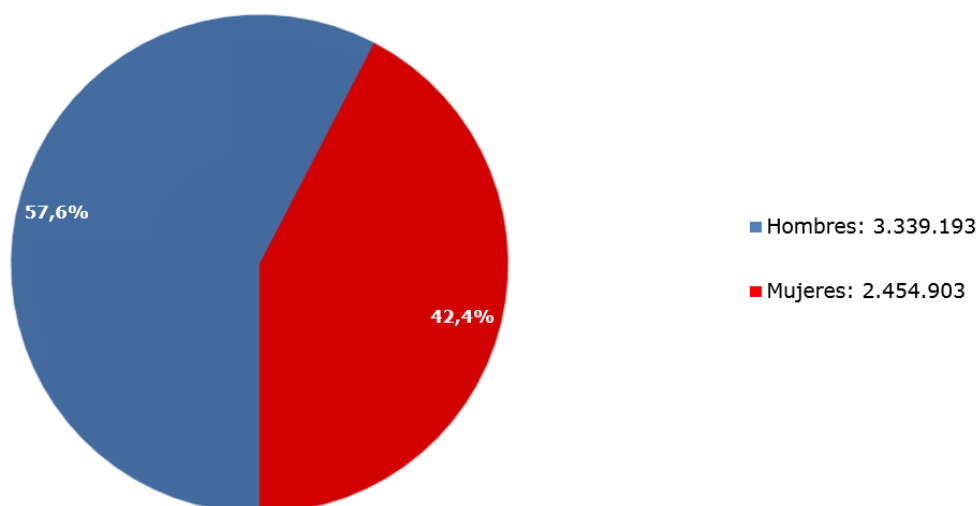


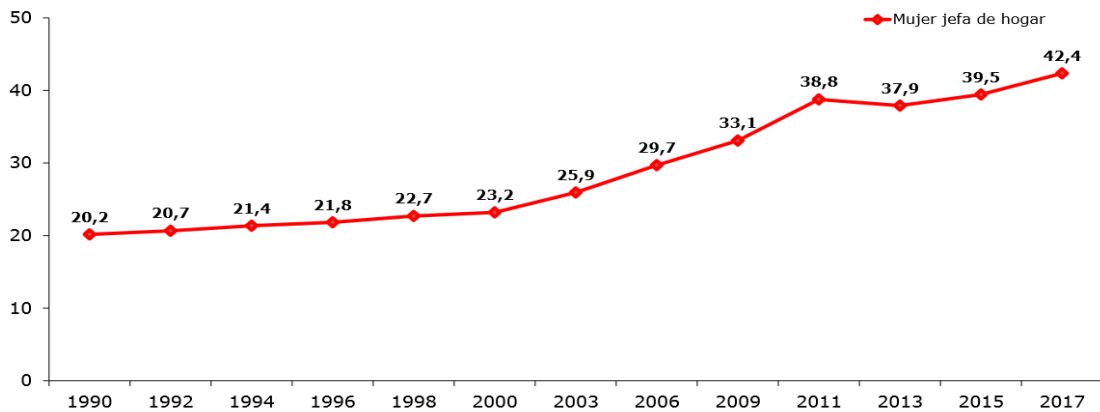
Gráfico N°18: Distribución de los hogares según sexo del jefe/a de hogar* (2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

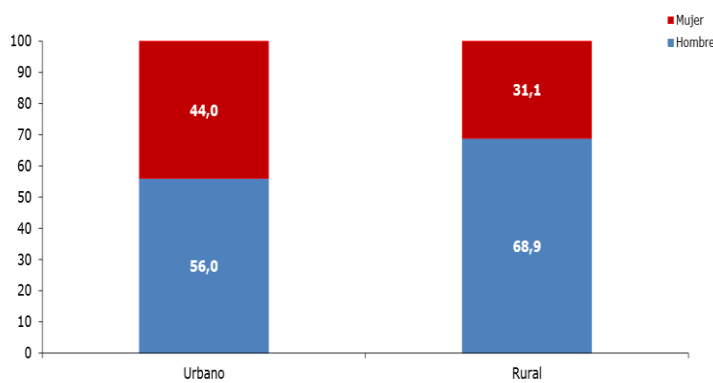
A partir del Gráfico N°18 muestra como la distribución de los hogares según sexo de jefe de hogar la diferencia es de 15,2, superando los hombres a las mujeres. Si bien es un dato significativo la brecha va disminuyéndose a lo largo de los años. Especialmente, como muestra el Gráfico N°19 donde en casi dos décadas el porcentaje de mujeres que se reconocen como jefas de hogar ha aumentado en un 22%. No obstante, en el área rural como muestra el Gráfico N°20 el número de mujeres que se reconocen como jefas de hogar es un 12,9% menos que en zonas urbanas.

Gráfico N°19: Porcentaje de hogares con una mujer como jefa de hogar (1990-2017)



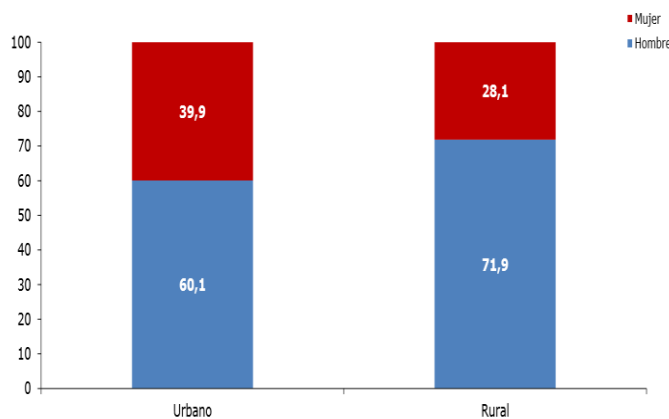
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°20: Distribución de los hogares según sexo de la jefatura de hogar, por zona (2017)

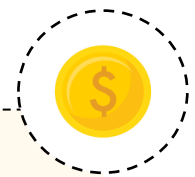


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°21: Distribución de los hogares según sexo del principal perceptor de ingresos, por zona (2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017



Jefaturas de hogar y principal perceptor de ingresos en zonas rurales

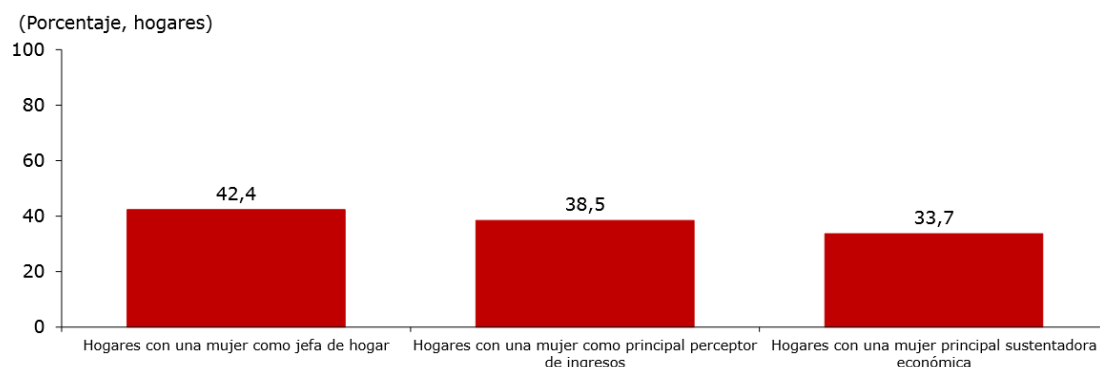
En el área rural el número de mujeres que se reconocen como jefas de hogar es un 12.9% menos que en zonas urbanas.

Tanto en zonas rurales como urbanas los hombres son los principales perceptores de ingresos con un 32% de diferencia promedio, siendo más significativo en ruralidad.

En cuanto al principal receptor de ingreso según sexo, como muestra el Gráfico N°21 la diferencia es sustancial y levemente más alta en las zonas rurales versus las urbanas.

Si lo evaluamos desde la perspectiva de que el 100% de las mujeres que se declaran como jefas de hogar el 90.8% a su vez es la principal receptora de ingresos de su hogar y al mismo tiempo un 79.4% son el principal sustento económico de sus familias. (Gráfico N°22).

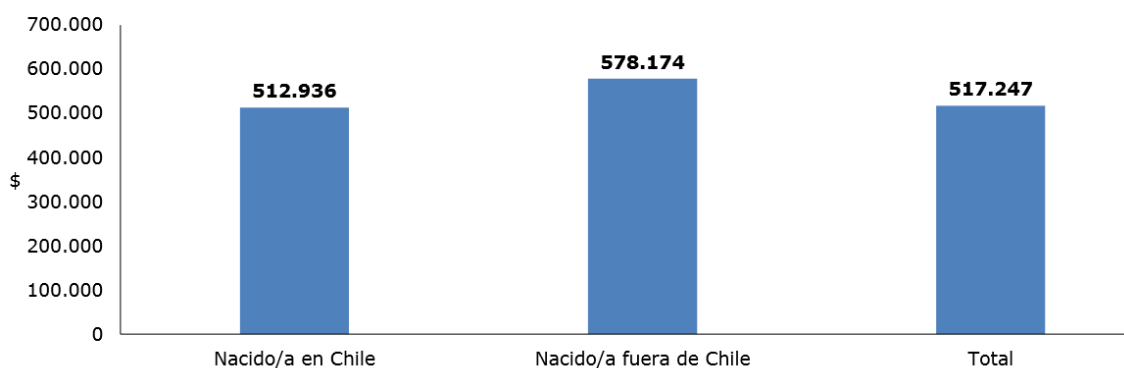
Gráfico N°22: Porcentaje de hogares con una mujer como jefa de hogar*, hogares con una mujer principal receptora de ingresos y hogares con una mujer principal sustentadora económica*** (2017)**



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°23: Promedio de ingresos de la ocupación principal según lugar de nacimiento, 2017.

(Pesos noviembre 2017, población de 15 años o más ocupada)

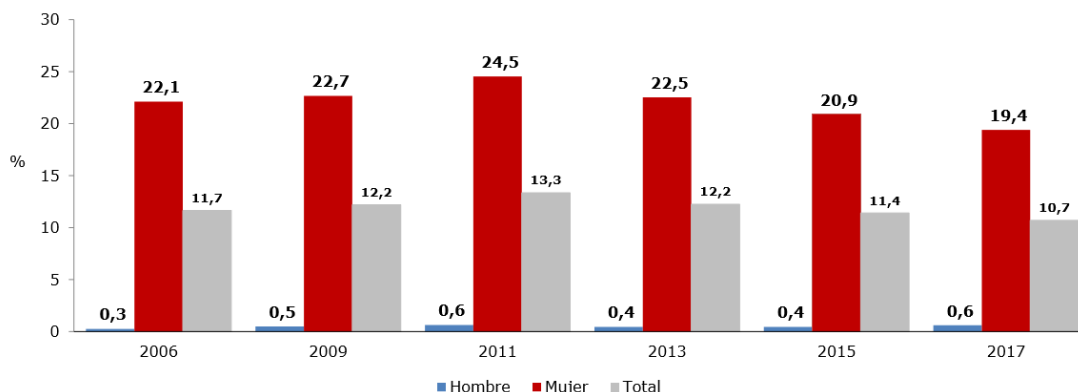


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto al promedio de ingresos percibido según lugar de nacimiento, vemos que los últimos registros muestran que en la actualidad los extranjeros reciben un sueldo mayor en \$ 65.238 respecto a sueldo chileno (Gráfico N°23).

Gráfico N°24: Porcentaje de la población que se encuentra fuera de la fuerza de trabajo* por razones de cuidado o quehaceres de hogar por sexo (2006-2017)**

(Porcentaje, personas de 15 años y más por sexo)

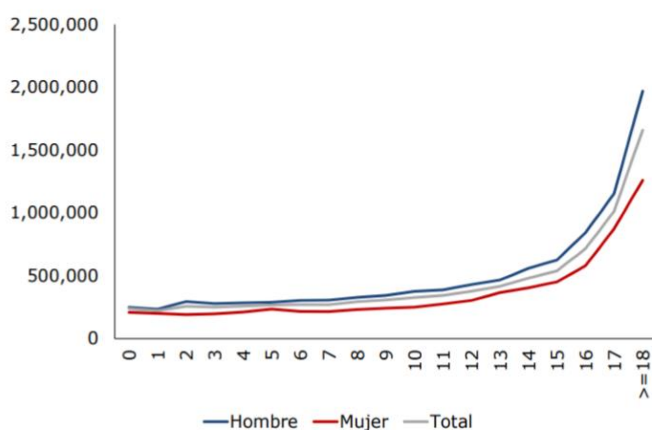


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

De acuerdo al Gráfico N°24 el porcentaje de la población que se encuentra fuera de la fuerza de trabajo por razones de cuidado o quehaceres de hogar la brecha entre hombres y mujeres es abismante. Esta situación se agudiza aún más cuando evaluamos las mujeres que si tienen acceso a trabajo y comparamos los ingresos percibidos según sexo y años de escolaridad, se perpetua la violencia de género, con una diferencia de ingreso promedio de \$133.323, la cual aumentando a mayor años de escolaridad; en otras palabras mientras más estudia una mujer más es la brecha salarial a la que se ve enfrentada. Gráfico N°25

Gráfico N°25: Ingreso promedio de la ocupación principal de las personas de 18 años o más por años de escolaridad y sexo (2017)

(Pesos noviembre 2017, población de 18 años o más por sexo)

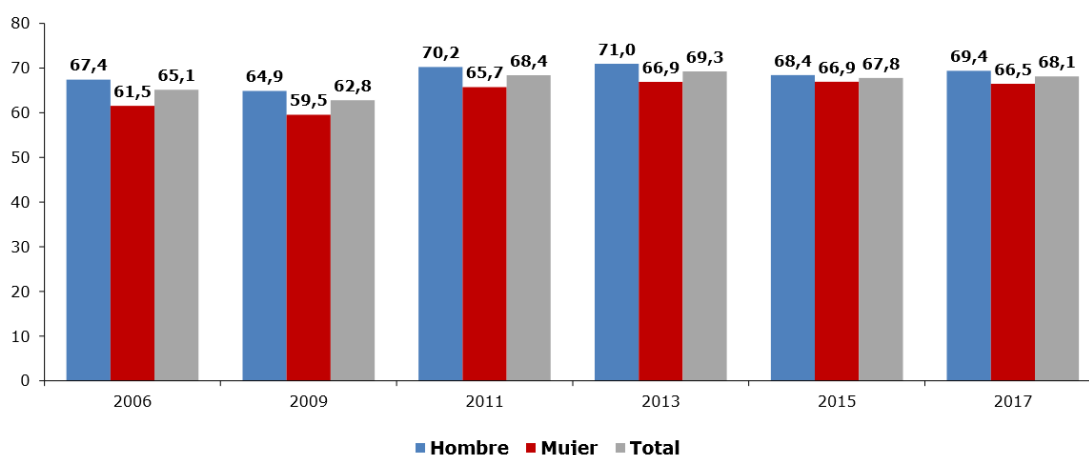


Escolaridad	Hombre	Mujer	Total
0	248.111	207.854	236.901
1	232.271	199.542	221.293
2	295.111	190.796	256.039
3	278.269	196.228	249.034
4	284.623	209.906	256.768
5	288.772	233.768	267.104
6	303.362	215.101	270.429
7	306.008	213.820	268.455
8	328.062	230.035	292.842
9	343.995	240.909	306.947
10	374.850	248.771	327.317
11	386.761	274.334	343.713
12	428.708	303.941	375.741
13	466.589	365.499	415.290
14	558.296	402.928	481.012
15	625.564	450.908	538.121
16	843.358	579.652	716.233
17	1.151.382	873.015	1.011.566
>=18	1.969.137	1.259.195	1.658.980
Total	574.880	441.557	517.071

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°26: Porcentaje de población ocupada que cotiza en un sistema previsional por sexo (2006-2017)

(Porcentaje, población ocupada de 15 y más años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

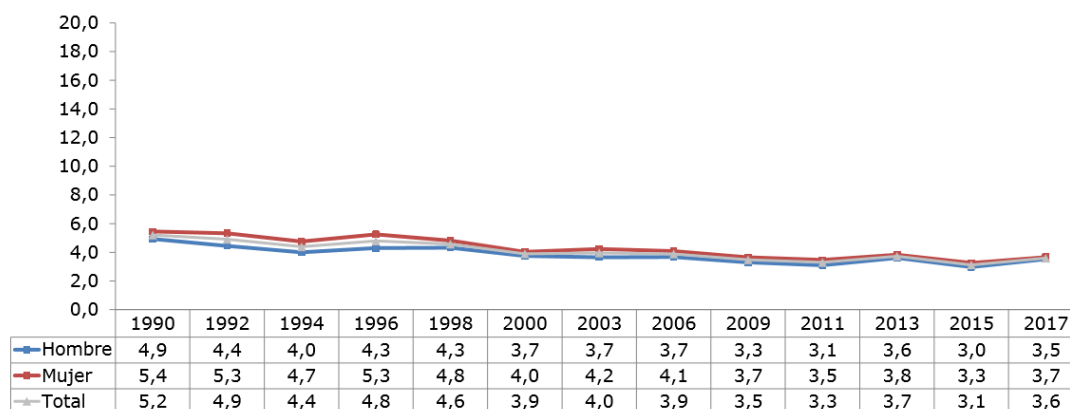
En cuanto al porcentaje de población ocupada que cotiza en un sistema previsional por sexo, en la última década en ambos sexos ha ido aumentando, sin embargo una vez más hay una brecha que perjudica a mujeres (Gráfico N°26). Si por otra parte analizamos el porcentaje de personas en edad de jubilar que recibe jubilación o pensión contributiva de vejez, por sexo se ha mantenido más o menos estable en el tiempo, con una brecha importante equivalente aproximadamente al 50% entre hombres y mujeres.

Los únicos registros con los cuales se cuenta donde las mujeres se ven más beneficiadas respecto a los hombres es en la cobertura de pensión básica solidaria de vejez y distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud.

2 EDUCACIÓN

Gráfico N°27: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por sexo, 1990-2017

(Porcentaje, población de 15 años o más)

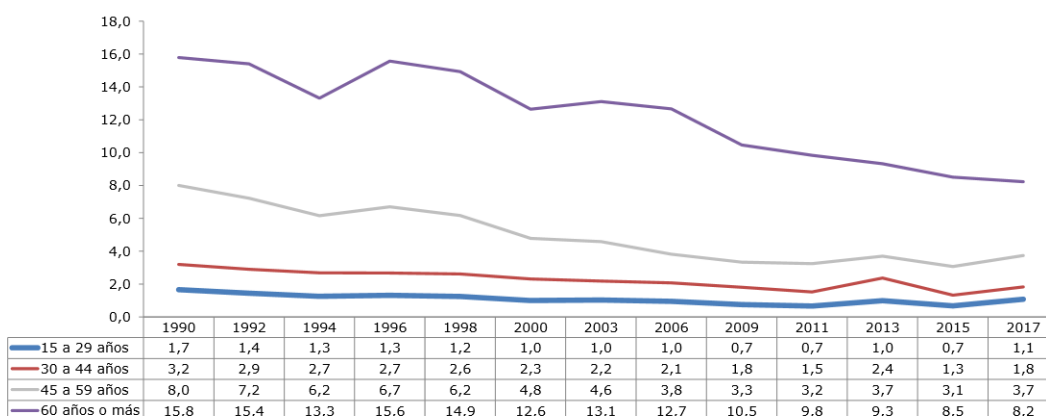


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Según el Gráfico N°27 el analfabetismo ha ido disminuyendo de manera más o menos paulatina en las últimas tres décadas en ambos sexo, presentándose una brecha entre hombres y mujeres, donde están últimas presentan más casos, aunque cada vez se acorta más. En cuanto a los grupos de edades analfabetos (Gráfico N°28) la gran mayoría de los casos se concentran en la población adulta mayor. Se puede concluir que a menor edad menor analfabetismo. En cuanto a la zona geográfica donde se ubica esta población, se concentra en las zonas rurales ampliamente, aunque la brecha se ha ido acortando de manera paulatina y progresiva. (Gráfico N°29)

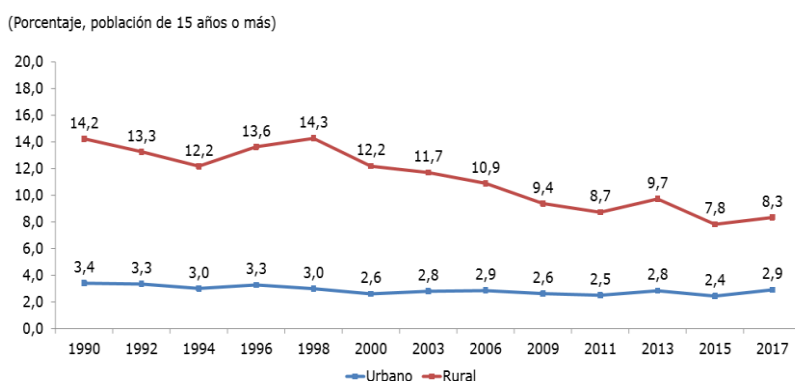
Gráfico N°28: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por grupo de edad (1990-2017)

(Porcentaje, población de 15 años o más por grupo respectivo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

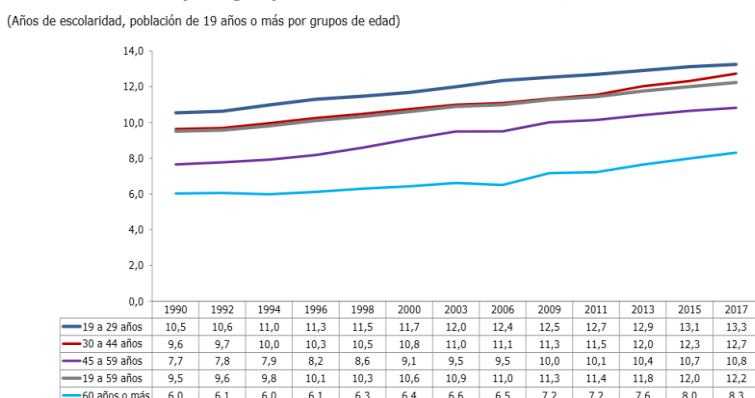
Gráfico N°29: Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir por zona, (1990-2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Del Gráfico N°30 podemos observar que los años promedio de escolaridad en la población, han ido aumentando de manera sostenida en todos los grupos etarios en las últimas tres décadas.

Gráfico N°30: Años promedio de escolaridad de personas de 19 años o más por grupos de edad (1990-2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

En cuanto al promedio de años de escolaridad, según sexo las mujeres se ven levemente en desmedro en comparación a los hombres. Sin embargo, el número promedio de años de escolaridad en ambos sexo ha ido aumentando lenta pero progresivamente. Gráfico N°31 En cuanto a la zona de localización, la población de zonas rurales tiene aproximadamente 2.5 años de escolaridad menos que las zonas urbanas, brecha que ha ido disminuyendo en las últimas tres décadas. Gráfico N°32. Si de inmigrantes hablamos según el Gráfico N°33 la población extranjera supera aproximadamente en dos años el promedio de años de escolaridad en relación a la población chilena.

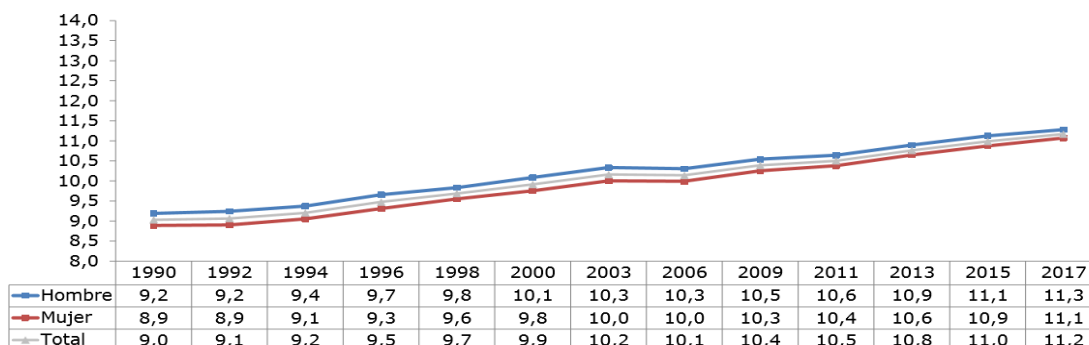
Población de 15 o más años analfabeta en zonas rurales

En el área rural el porcentaje de personas analfabetas en el último estudio alcanzó una diferencia de 5.4%, respecto de la urbe. Brecha que ha ido disminuyendo paulatina y progresivamente en las últimas tres décadas.



Gráfico N°31: Años promedio de escolaridad de la población de 15 años o más por sexo, 1990-2017

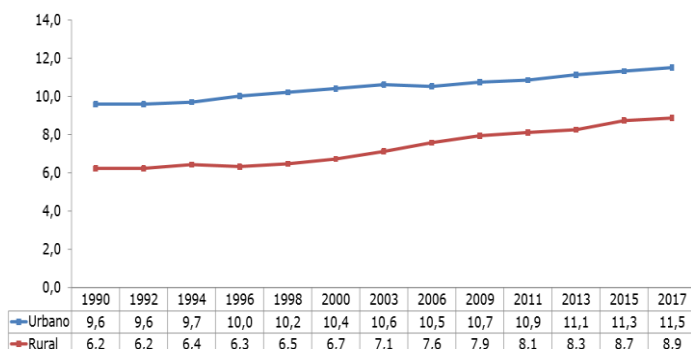
(Años de estudio, población de 15 años o más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°32: Años promedio de escolaridad de la población de 15 años o más por zona, 1990-2017

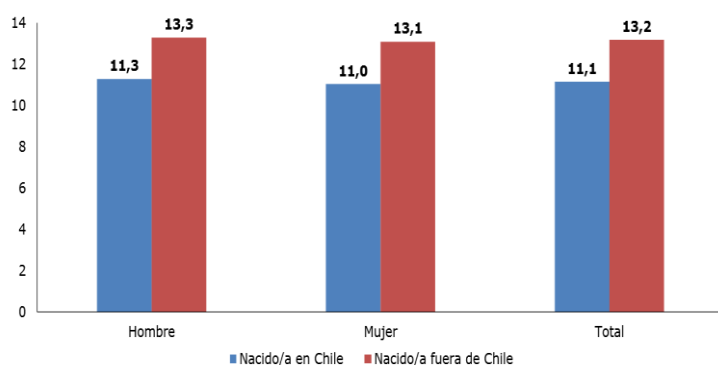
(Años de estudio, población de 15 años o más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°33: Promedio de escolaridad de la población de 18 o más años por lugar de nacimiento, según sexo, 2017.

(Promedio, población de 18 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Años promedios de escolaridad en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales tienen en promedio 2.6 años de escolaridad menos, que aquellos se zonas urbanas. Brecha que ha ido disminuyendo paulatina y progresivamente en las últimas tres décadas.

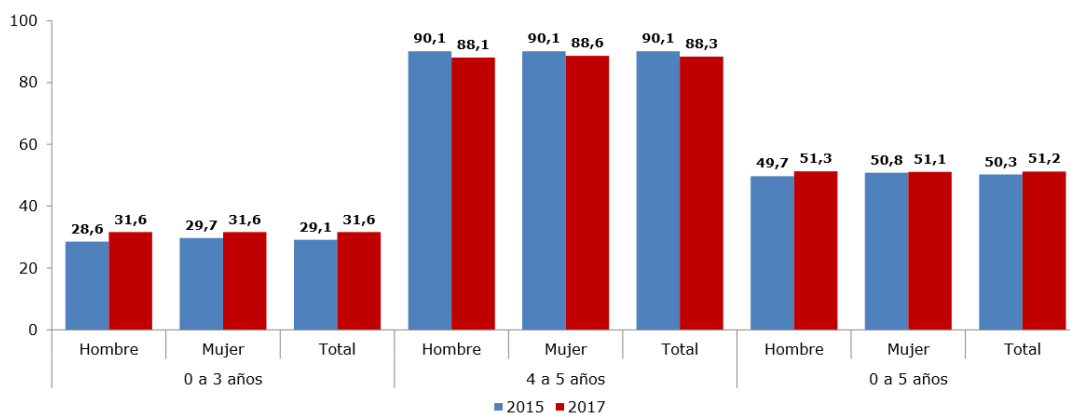


En cuanto a la tasa de asistencia escolar podemos decir que:

- Los niños y niñas de 0-3 años no alcanzan el tercio de asistencia de este grupo etario, se muestra un leve aumento en el tiempo.
- Los niños y niñas de 4-5 años su porcentaje de asistencia es alrededor del 90%.
- La asistencia a enseñanza básica supera el 90%.
- La asistencia en enseñanza media disminuye drásticamente ubicándose alrededor del 70-75%, siendo levemente mayor en mujeres que en hombres.
- En cuanto a la educación superior los números caen aún más sin superar el 40%, teniendo más asistencia mujeres que hombre e identificándose un aumento progresivo a lo largo del tiempo. (Gráfico N°37- Gráfico N°38- Gráfico N°39- Gráfico N°40).

Gráfico N°34: Tasa de asistencia neta de niños y niñas de 0 a 5 años por sexo y grupo de edad (2015-2017)

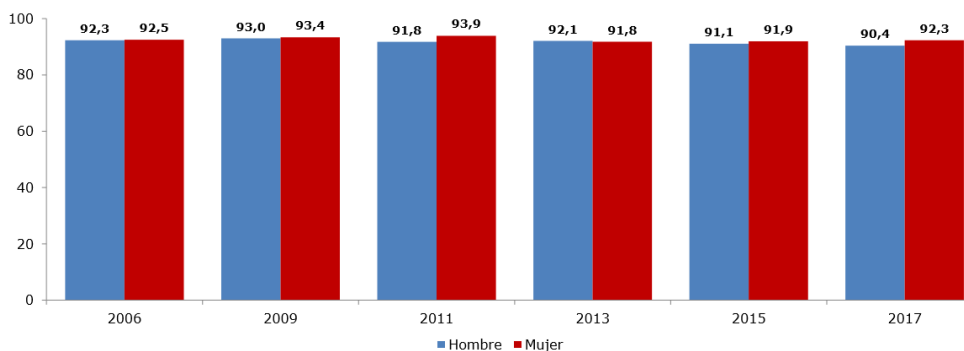
(Tasa, población de 0 a 5 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°35: Tasa de asistencia neta de niños y niñas de 6 a 13 años a educación básica por sexo (2006-2017)

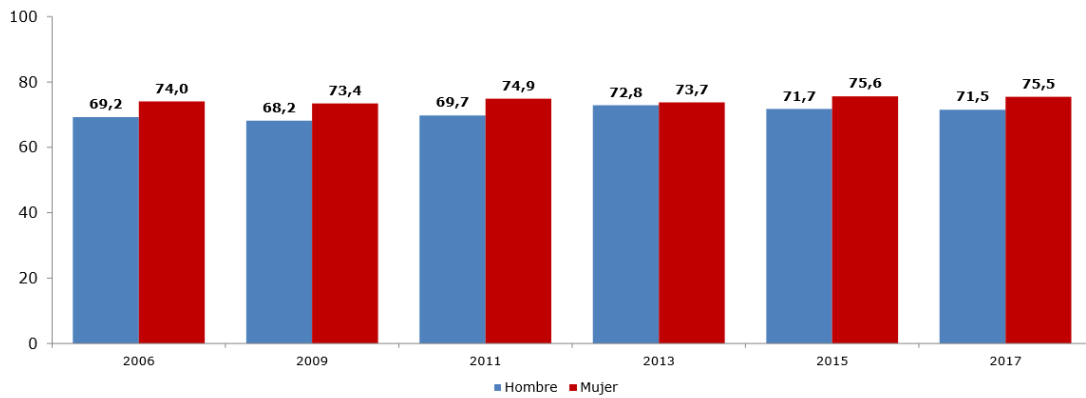
(Tasa, población de 6 a 13 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°36: Tasa de asistencia neta de adolescentes de 14 a 17 años a educación media por sexo (2006-2017)

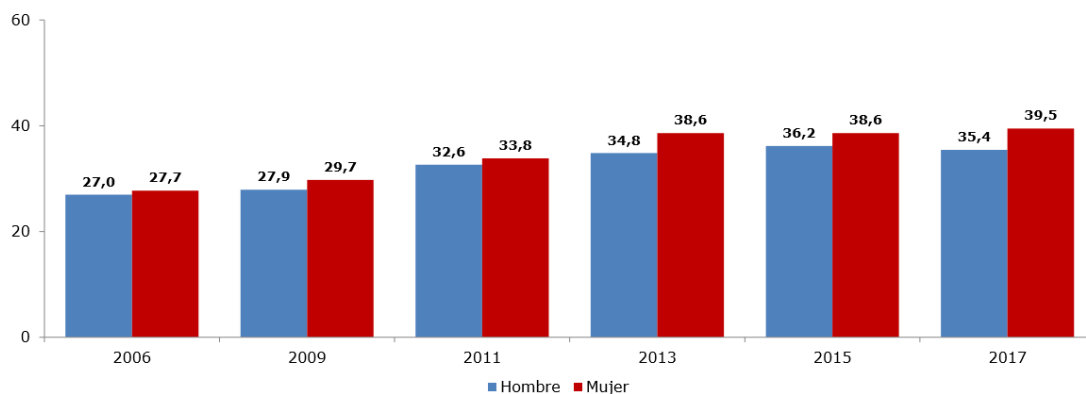
(Tasa, población de 14 a 17 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°37: Tasa de asistencia neta de jóvenes de 18 a 24 años a educación superior por sexo (2006-2017)

(Tasa, población de 18 a 24 años por sexo)

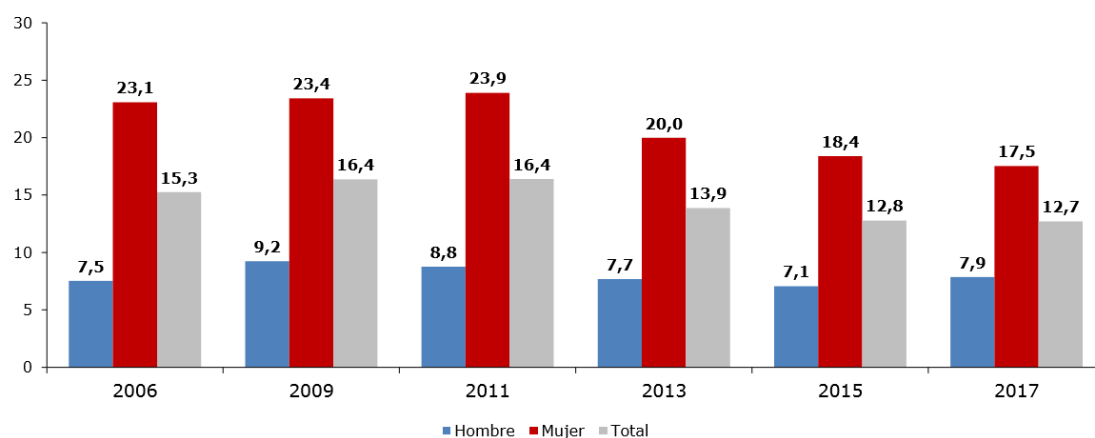


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Un dato interesante se obtiene a partir del Gráfico N°38 donde se estudia el porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años que no asiste a establecimiento educacional y se encuentra laboralmente inactivo, donde las mujeres superan ampliamente al número de varones, aunque afortunadamente han ido disminuyendo con el paso del tiempo, a diferencia de los hombres donde las cifras se muestran más o menos estables.

Gráfico N°38: Porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años que no asiste a establecimiento educacional y se encuentra laboralmente inactivo* por sexo (2006-2017)

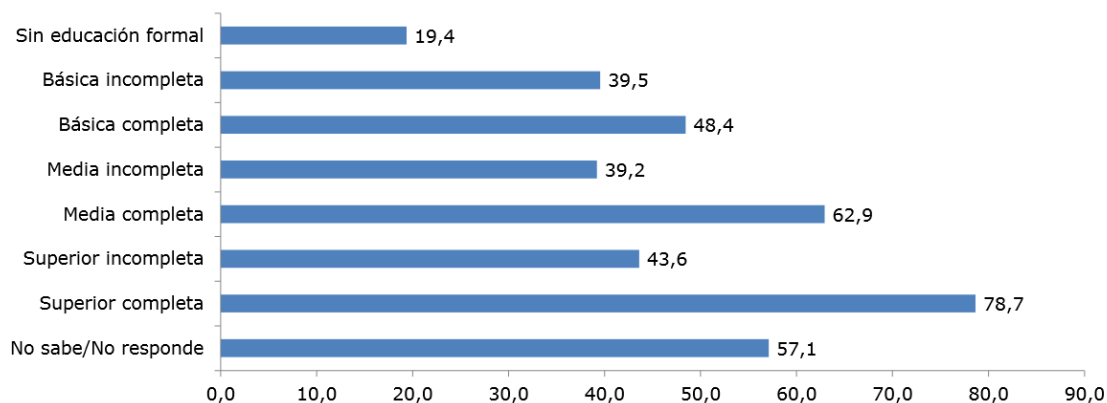
(Porcentaje, jóvenes de 15 a 29 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°39: Tasa de Ocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional, 2017

(Porcentaje, población de 15 años o más)

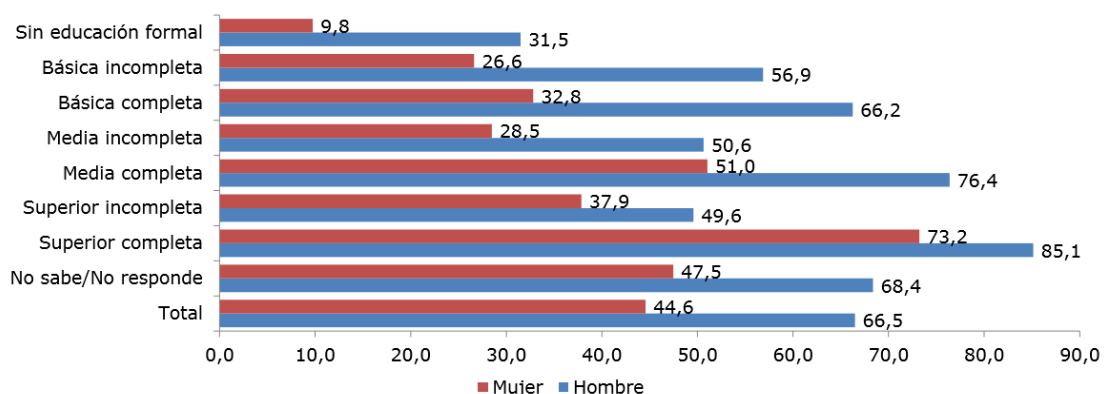


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

A partir del Gráfico N°39 podemos observar como a mayor nivel educacional se aprecia mayor tasa de ocupación, la cual alcanza casi un 60% en aquellas persona que han accedido a la educación superior y se han titulado de esta; en desmedro de aquellos sin educación formal donde su tasa de ocupación alcanza solo casi un 20%. Lamentablemente, las oportunidades independientes del nivel educacional siguen siendo mayores para hombres que para mujeres (Gráfico N°40).

Gráfico N°40: Tasa de Ocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional por sexo, 2017

(Porcentaje, población de 15 años o más)

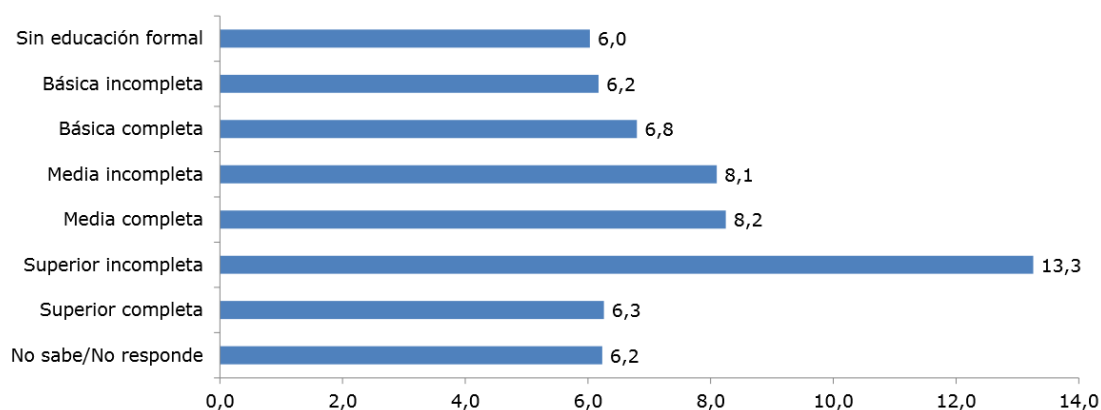


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto a la tasa de desocupación esta se mantiene más o menos similar independiente del nivel educacional, excepto en aquellos con estudios superiores incompletos donde se dispara con casi un 15% de desocupación, afectando en mayor proporción a las mujeres en todos los niveles educacionales (Gráfico N°41 y Gráfico N°42, respectivamente).

Gráfico N°41: Tasa de Desocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional, 2017

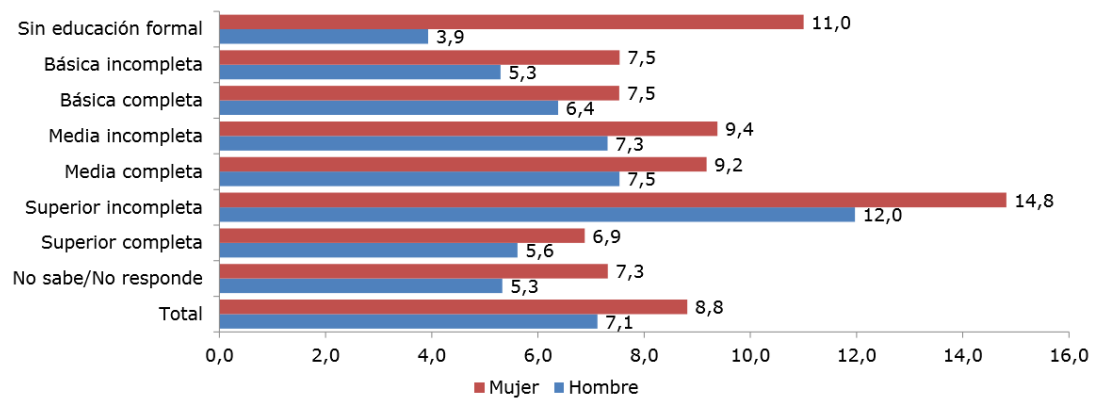
(Porcentaje, población de 15 años o más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°42: Tasa de Desocupación de la población de 15 años o más según nivel educacional por sexo, 2017

(Porcentaje, población de 15 años o más)

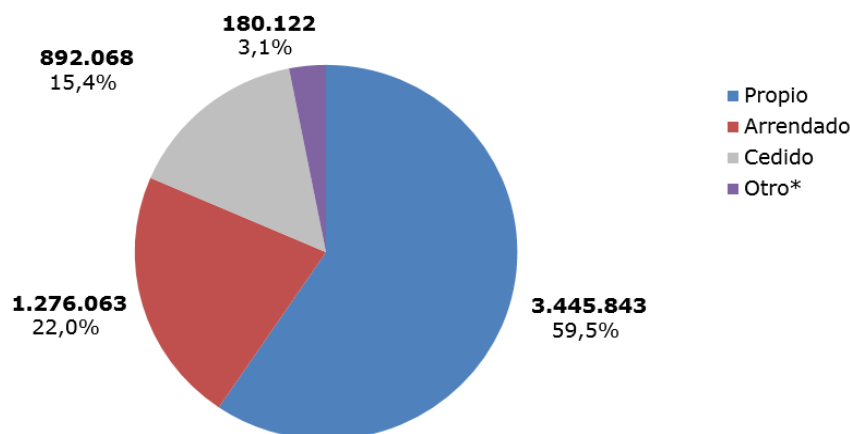


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

3 VIVIENDA Y ENTORNO

Gráfico N°43: Distribución de los hogares según situación de tenencia del sitio (2017)

(Número y porcentaje, hogares)

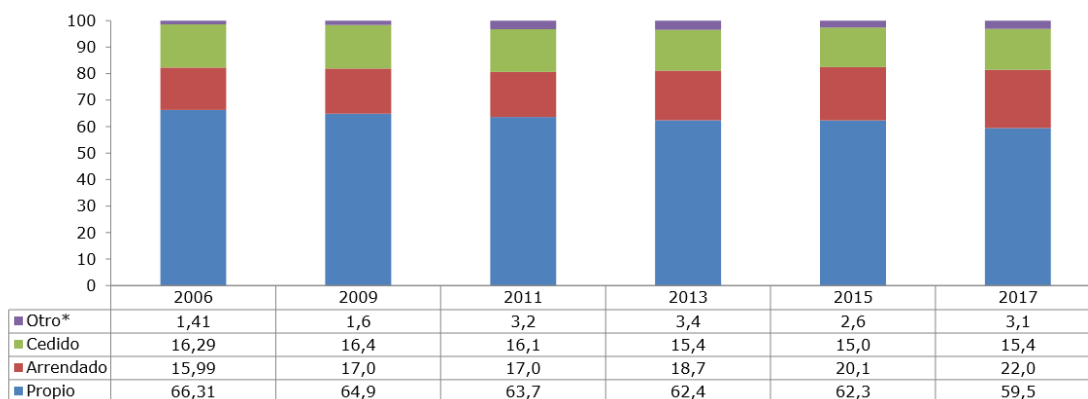


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

A partir del Gráfico N°43 podemos visualizar que alrededor del 60% de la familias cuentan con una vivienda propia, en el extremo contrario un 3.1% los cual corresponde a casi 200.000 familias caen en la categoría de otros que incluyen situaciones de vulnerabilidad como “vivir de allegado” u ocupación ilegal de terrenos, usualmente conocidas como “tomás”. Si analizamos la misma situación en los últimos años podemos referir en los extremos que los hogares con tenencia propia de terreno han ido disminuyendo, mientras que la categoría “otros” ha aumentado. (Gráfico N°44) A su vez del total de los hogares un 0.7% (42.711 familias) se encuentra en situación de irrecuperabilidad, concentrándose esta irrecuperabilidad significativamente en el área rural. (Gráfico N°45 y Gráfico N°46)

Gráfico N°44: Distribución de los hogares según situación de tenencia del sitio (2009-2017)

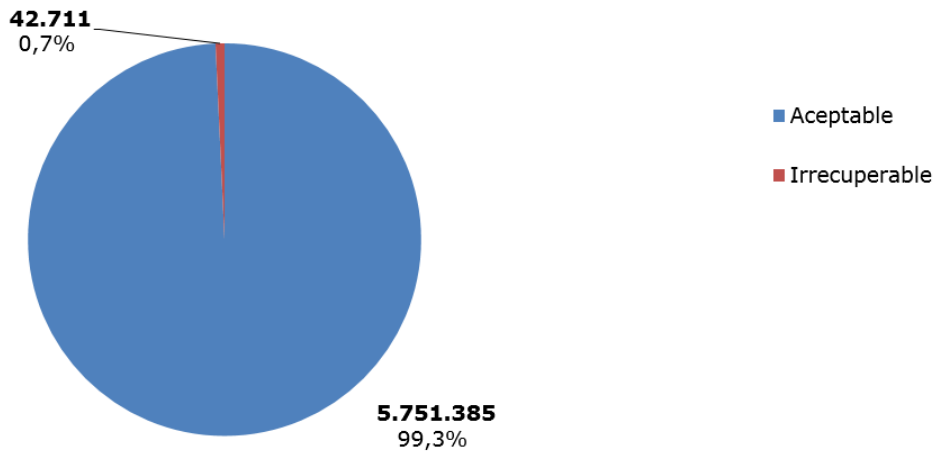
(Porcentaje, Hogares por año)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°45: Distribución de hogares según índice de tipo de la vivienda (2017)

(Número y porcentaje, hogares)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

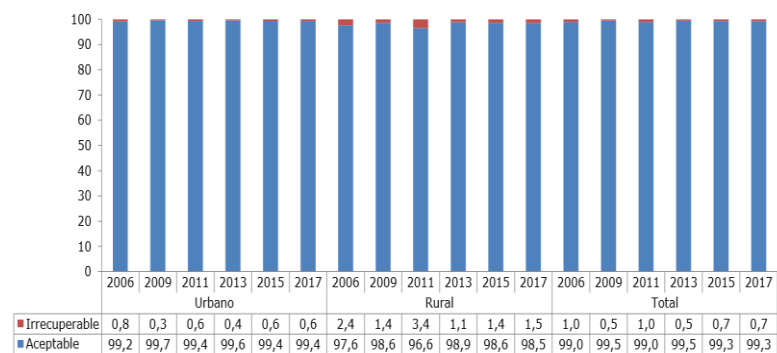


Distribución de hogares según índice de tipo de vivienda en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales tienen el mayor porcentaje de viviendas en calidad de irrecuperables

Gráfico N°46: Distribución de hogares según índice de tipo de la vivienda por zona (2006-2017)

(Porcentaje, hogares por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

En cuanto acceso a servicios básicos se establece que 382.590 hogares tienen calidad de deficitario, siendo marcadamente mayor en zonas rurales (Gráfico N°47 y Gráfico N°48).

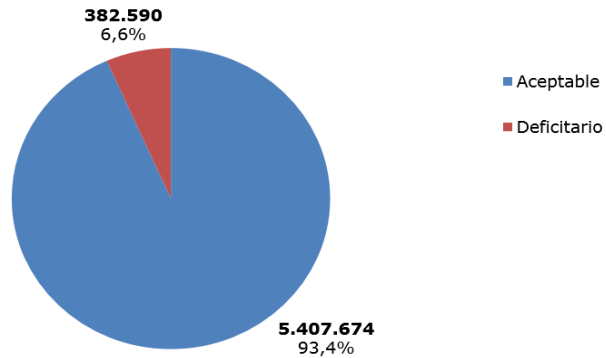
Gráfico N°47: Distribución de hogares según índice de acceso a servicios básicos de la vivienda (2017)

(Número y porcentaje, hogares)



Distribución de hogares según índice de acceso a servicios básicos en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales tienen un acceso a servicios básicos un 27.8% menos, respecto a zonas urbanas.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°48: Distribución de hogares según índice de acceso a servicios básicos de la vivienda por zona (2006-2017)

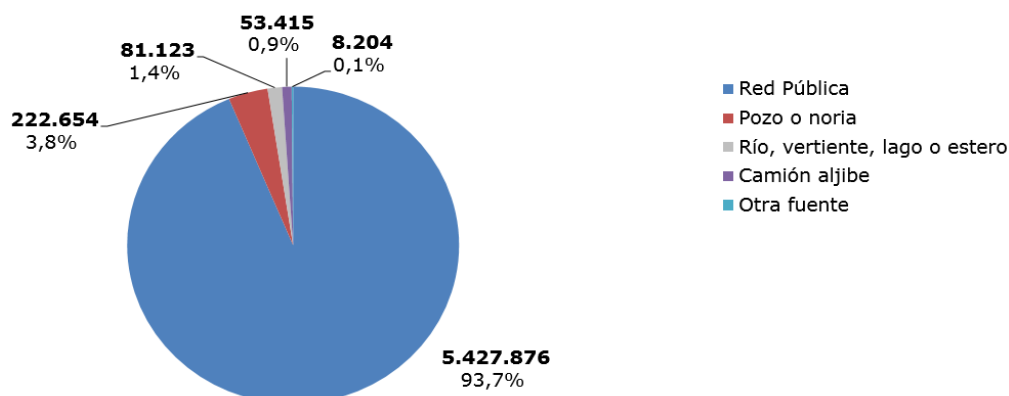
(Porcentaje, hogares por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°49: Distribución de hogares según la fuente de obtención de agua (2017)

(Número y porcentaje, hogares)

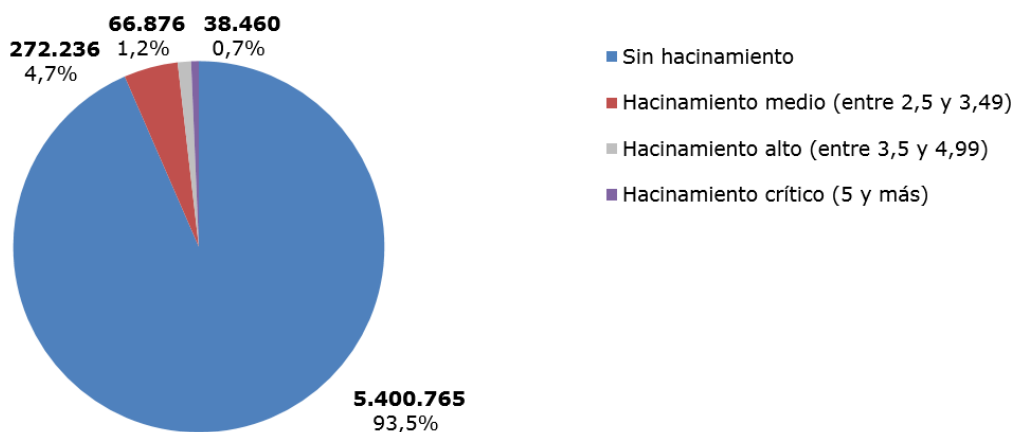


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto a la fuente de obtención de agua destaca que un 6.3% de los hogares obtiene suministro de agua por vía no pública y por tanto sin tratamiento (no potable) (Gráfico N° 49).

Gráfico N°50: Distribución de hogares según índice de hacinamiento de la vivienda (2017)

(Número y porcentaje, hogares)

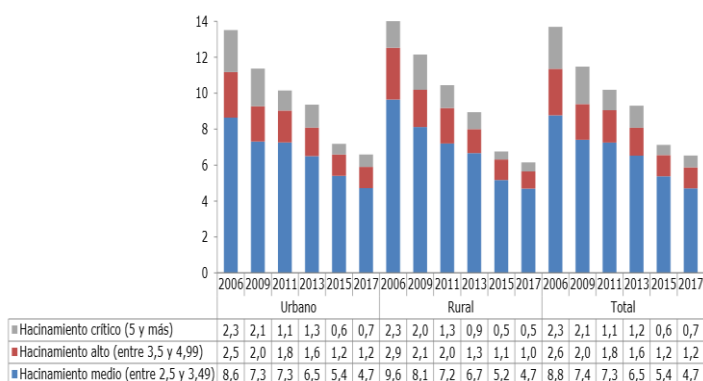


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Si se trata de hacinamiento, según Gráfico N°50 muestra que un 6.5% de los hogares se encuentran bajo esta situación, siendo menor a mayor cantidad de personas que ocupan la vivienda, contemplaron un total de 377.572 hogares (Gráfico N°50).

Gráfico N°51: Porcentaje de hogares con hacinamiento según categorías de índice de hacinamiento, por zona (2006-2017)

(Porcentaje, hogares por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

A partir del Gráfico N°51 se puede establecer que el hacinamiento por zona es algo mayor en las zonas urbanas respecto a las rurales y que este ha ido disminuyendo paulatina y sostenidamente a lo largo del tiempo.

En cuanto a las principales razones para compartir vivienda que las familias manifiestan, encontramos tanto en el hogar principal como en el no principal: (Gráfico N°52)

- ✓ Ingresos
- ✓ Ahorro
- ✓ Costumbre o tradición familiar

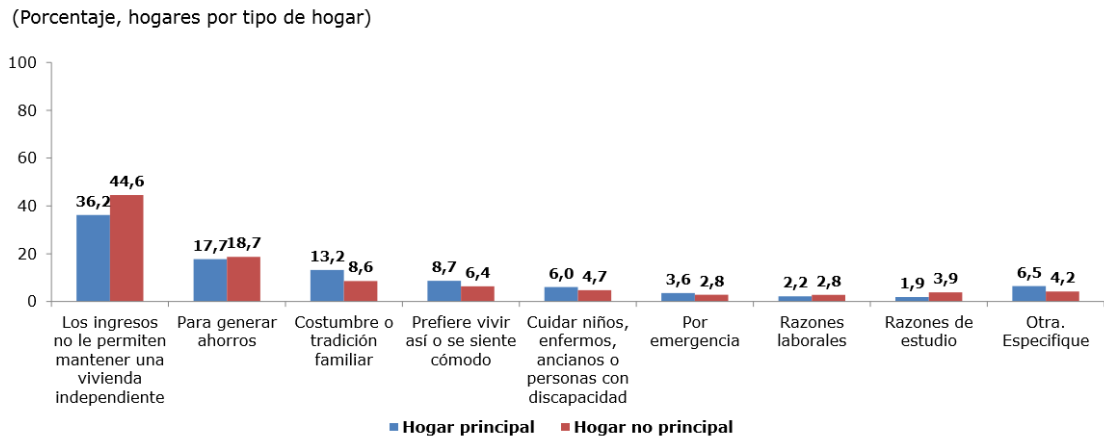
Además de las información del gráfico N°53 podemos establecer que en el caso de los hogares principales un 75% de ellos no está haciendo nada para buscar vivienda y en caso del hogar no principal este número alcanza un 66%.



Hogares con hacinamiento en zonas rurales

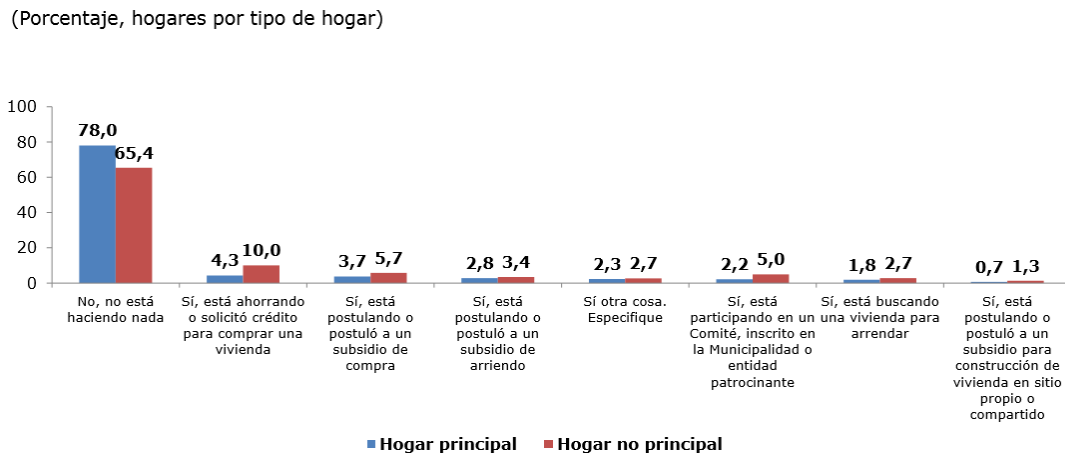
El hacinamiento por zona es algo mayor en las zonas urbanas respecto a las rurales y que este ha ido disminuyendo paulatina y sostenidamente a lo largo del tiempo en ambos lugares.

Gráfico N°52: Razones para compartir vivienda entre hogares según si el hogar es el ocupante principal de la vivienda (2017)



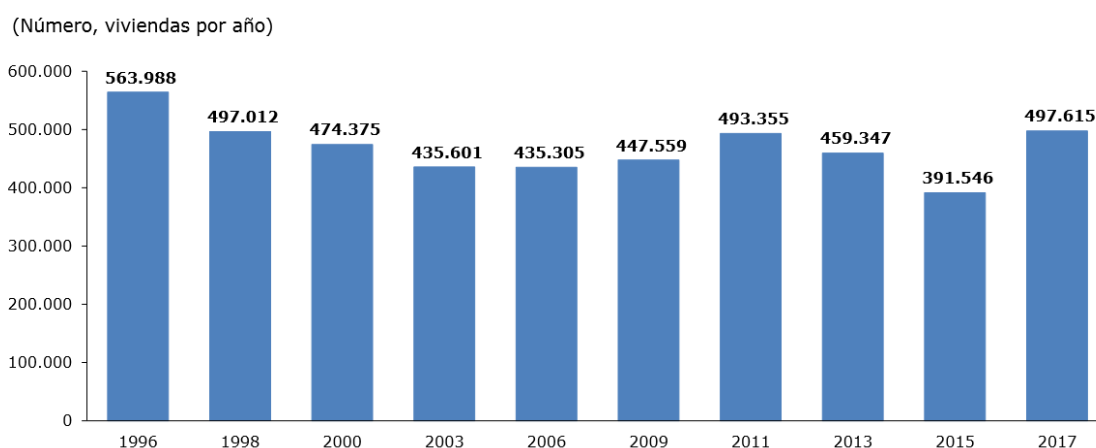
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°53: Disposición a buscar vivienda entre hogares que comparten vivienda según si el hogar es el ocupante principal de la vivienda (2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°54: Evolución del déficit habitacional cuantitativo* (1996-2017)

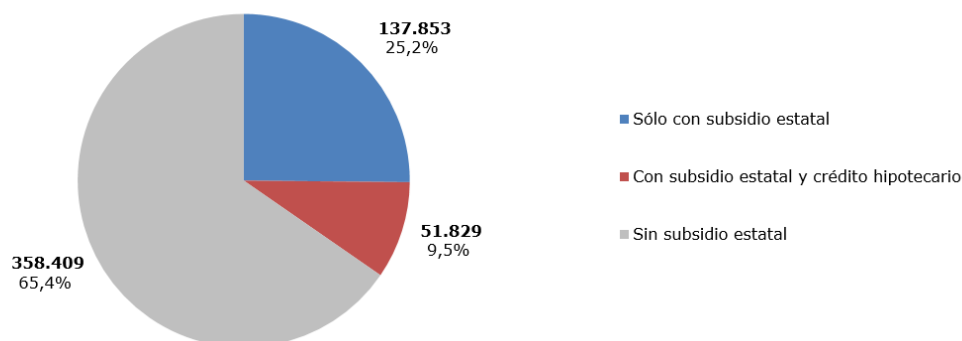


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Si nos referimos al déficit habitacional cuantitativo, según el Gráfico N°54, este tuvo un alza explosiva en la última medición, superando cifras que no se visualizaban desde 1998.

Gráfico N°55: Distribución de hogares propietarios que adquirieron vivienda entre los años 2012 y 2017 según fuente de financiamiento, (2017)

(Número y porcentaje, hogares)

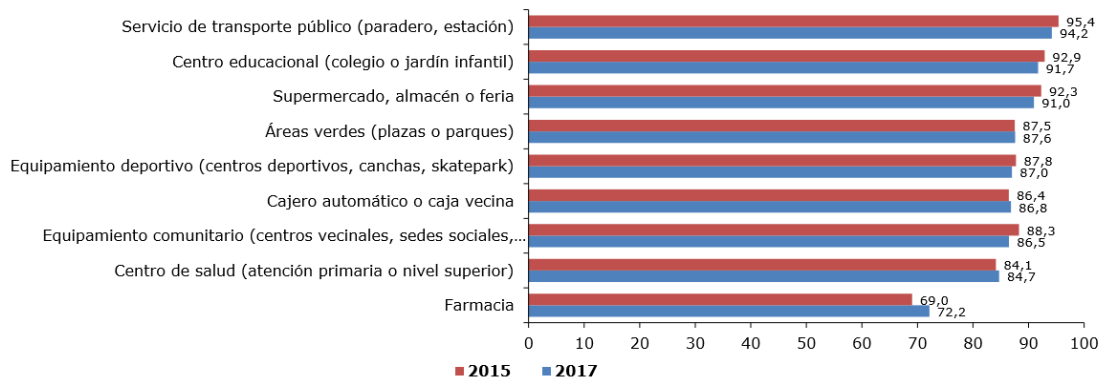


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Entre los años 2012 y 2017 casi 550.000 familiar adquirieron una vivienda, la principal vía de financiamiento fue sin subsidio (65.4%), seguido por subsidio (25.2%) y finalmente financiamiento compartido entre subsidio más crédito hipotecario. (Gráfico N°55)

Gráfico N°56: Porcentaje de hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno* de la vivienda (2015-2017)

(Porcentaje, hogares)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

En lo referente al equipamiento de los hogares entre la medición 2015 y la 2017 se presentan algunas diferencias, tales, como: (Gráfico N°56)

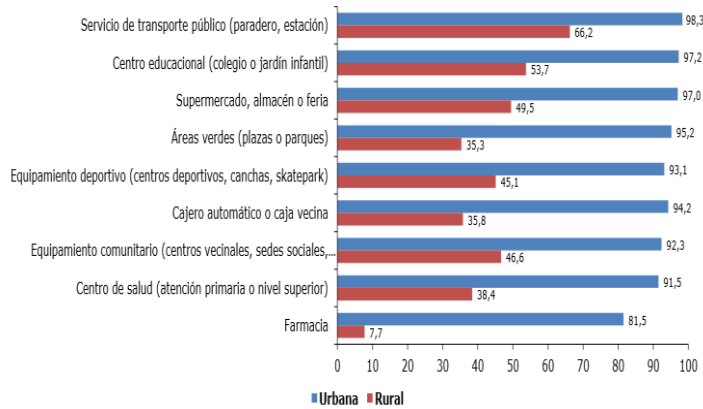
- ✓ Disminución:
 - Servicio de transporte público
 - Centro educacional
 - Supermercado, almacén, feria
 - Equipamiento deportivo
 - Equipamiento comunitario

- ✓ Aumento:
 - Áreas verdes
 - Cajero automático o caja vecina
 - Centros de salud
 - Farmacia

Si el equipamiento lo miramos por zona la disparidad es abismante, el acceso promedio en zonas rurales es de un 42%, mientras que en zonas urbanas este número alcanza un 93.4%. (Gráfico N°57).

Gráfico N°57: Porcentaje de hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno* de la vivienda, por zona (2017)

(Porcentaje, hogares por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Equipamiento de los hogares en zonas rurales

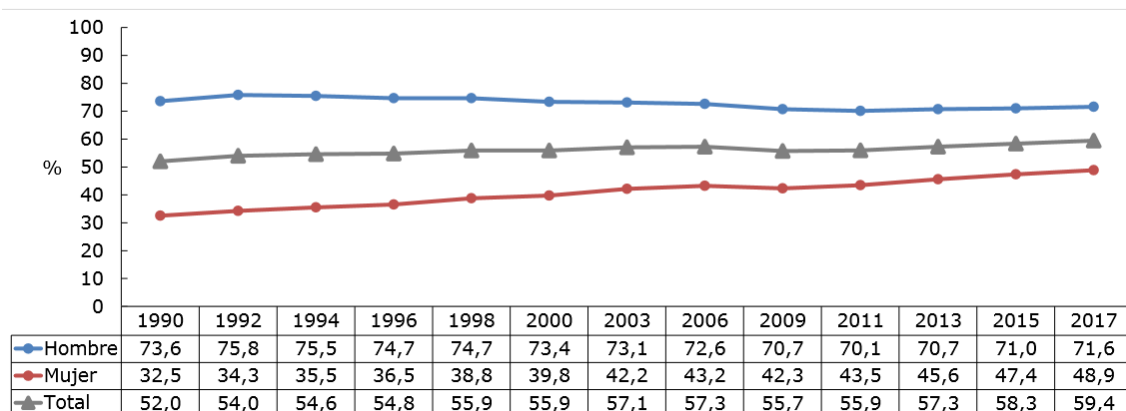
Los habitantes de zonas rurales tienen una diferencia de acceso a equipamiento de un 51.4% promedio respecto a las zonas rurales, siendo los puntos más críticos: farmacias, cajeros automáticos, áreas verdes, centros de salud.



4 TRABAJO

Gráfico N°58: Tasa de participación laboral por sexo, 1990-2017

(Porcentaje, población de 15 años o más por sexo y total)

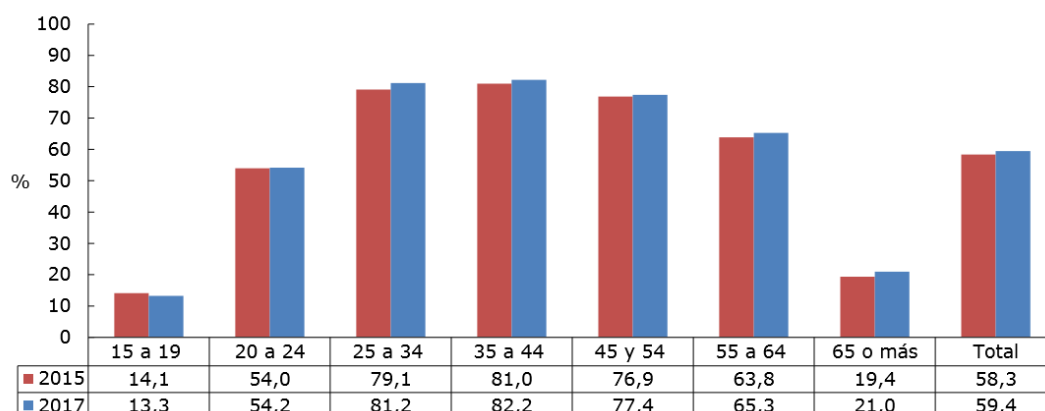


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

A partir del Gráfico N°58 podemos extraer que la participación laboral de las mujeres en los últimos 30 años ha aumentado sostenida y paulatinamente alcanzando casi un 50%. No obstante, sigue siendo significativamente menor que la participación masculina que alcanza 71.6%. Si este análisis se realiza por grupo de edad (Gráfico N°59) el promedio de participación laboral alcanza casi un 60%. Si profundizamos más y observamos esta característica por zona, la participación de la zona rural sigue siendo menor que la participación de las zonas urbanas (Gráfico N°60). Si vamos aún más al detalle, si desagregamos zona y sexo en ambos espacios (urbanos y rurales) las mujeres tienen una significativa menor participación, siendo notoriamente una brecha más profunda en la zona rural (Gráfico N°61). Si la evaluación la realizamos por lugar de nacimiento veremos cómo esta es significativamente mayor en la población extranjera respecto de la nacional (Gráfico N°62).

Gráfico N°59: Tasa de participación laboral por grupo de edad, 2015-2017

(Porcentaje, población de 15 años o más por grupo de edad)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

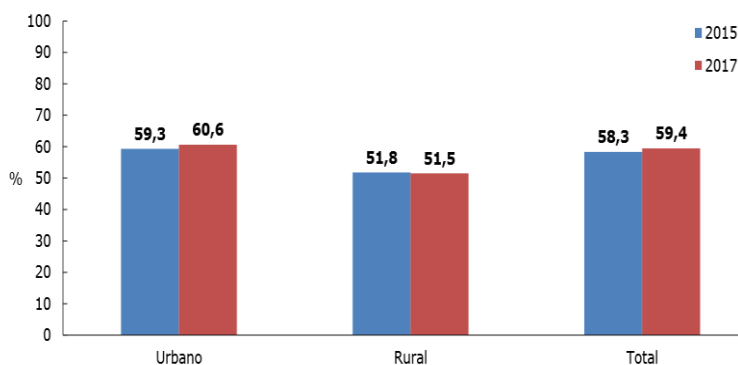
Tasa de participación laboral por zona y sexo

Los habitantes de zonas rurales tienen menor participación laboral respecto a las zonas urbanas, específicamente un 9.1% menos. Si realizamos esta diferenciación por sexo en ambos casos la participación de las mujeres es menor. No obstante, la brecha se agudiza en zonas rurales.



Gráfico N°60 Tasa de participación laboral por zona urbana y rural, 2015-2017

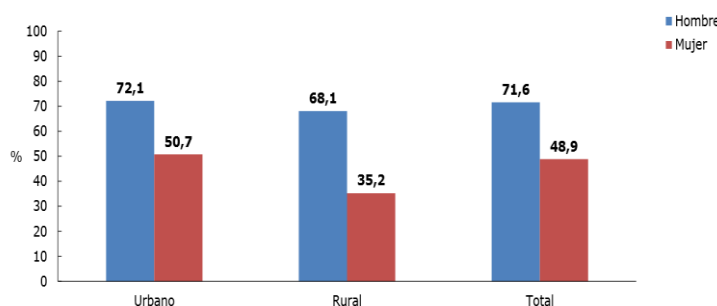
(Porcentaje, población de 15 años o más por zona urbana y rural)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°61 Tasa de participación laboral por zona urbana y rural y sexo, 2017

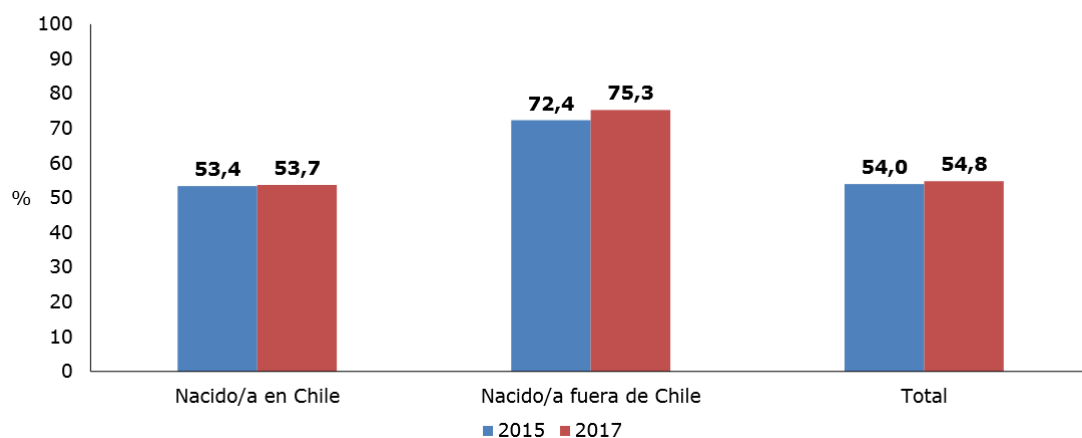
(Porcentaje, población de 15 años o más por zona urbana y rural y sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°62: Tasa de ocupación por lugar de nacimiento, 2015-2017.

(Porcentaje, población de 15 años o más)

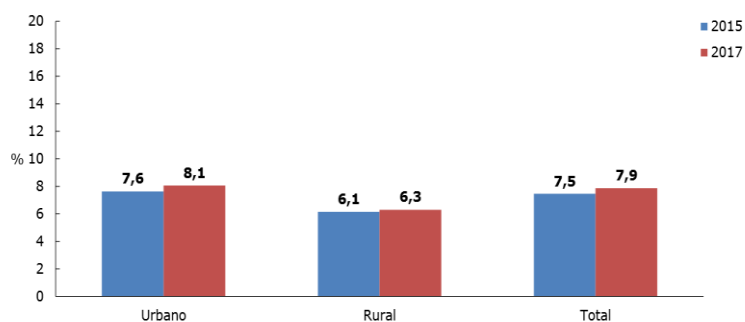


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Si analizamos paralelamente la tasa de desocupación por zona (Gráfico N°63) esta es menor en las zonas rurales que en las urbanas. En cuanto a la desocupación por sexo esta es significativamente mayor en mujeres que en hombres y ha presentado un alza en el último tiempo (Gráfico N°63). En lo que respecta al lugar de nacimiento la desocupación sigue siendo mayor en chilenos que en extranjeros (Gráfico N°65).

Gráfico N°63: Tasa de desocupación por zona urbana y rural, 2015-2017

(Porcentaje, población de 15 años o más por zona urbana y rural)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

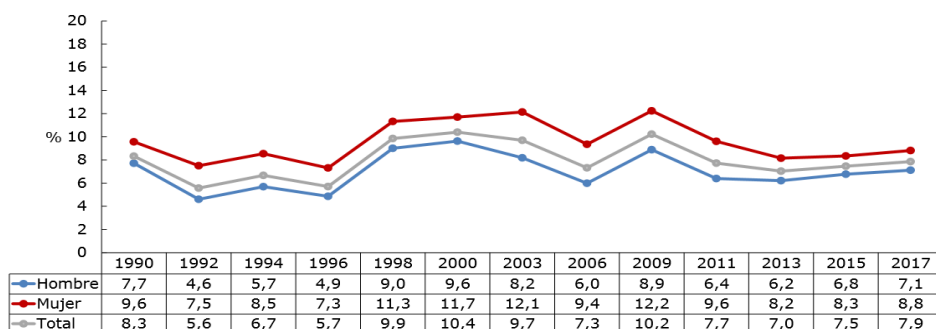
Tasa de desocupación en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales tienen menor desocupación respecto a las zonas urbanas, específicamente un 1.8% menos.



Gráfico N°64: Tasa de desocupación por sexo (1990-2017)

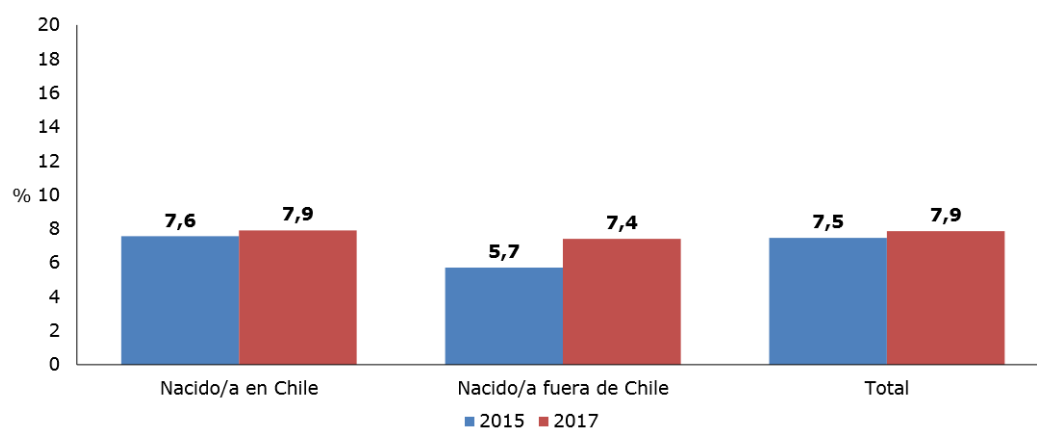
(Porcentaje, personas de 15 años o más por sexo y total)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°65: Tasa de desocupación por lugar de nacimiento, 2015-2017.

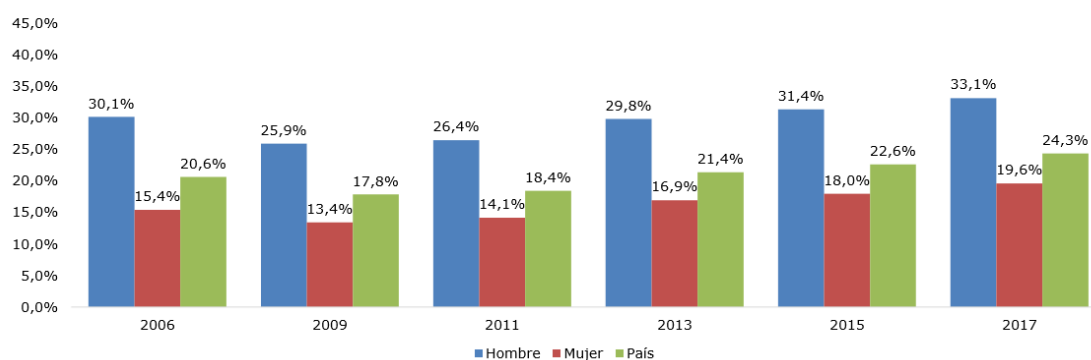
(Porcentaje, población de 15 años o más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°66: Tasa de participación laboral de la población en edad de jubilar por sexo (2006-2017)

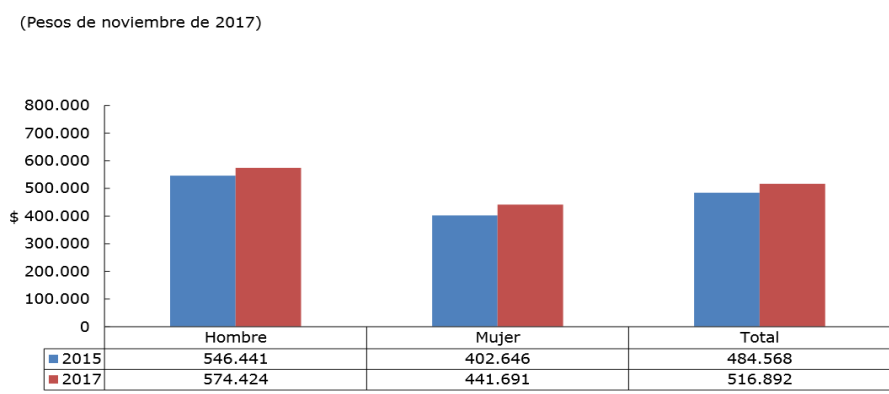
(porcentaje, población de hombres mayores de 64 años y mujeres mayores de 59 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

En cuanto a la tasa de participación laboral de la población en edad de jubilar, por sexo en el Gráfico N°66, se observa como un 24.3% de la población, continúa trabajando aun cuando se encuentra en edad de jubilar, siendo significativamente mayor el porcentaje de hombres respecto al de mujeres.

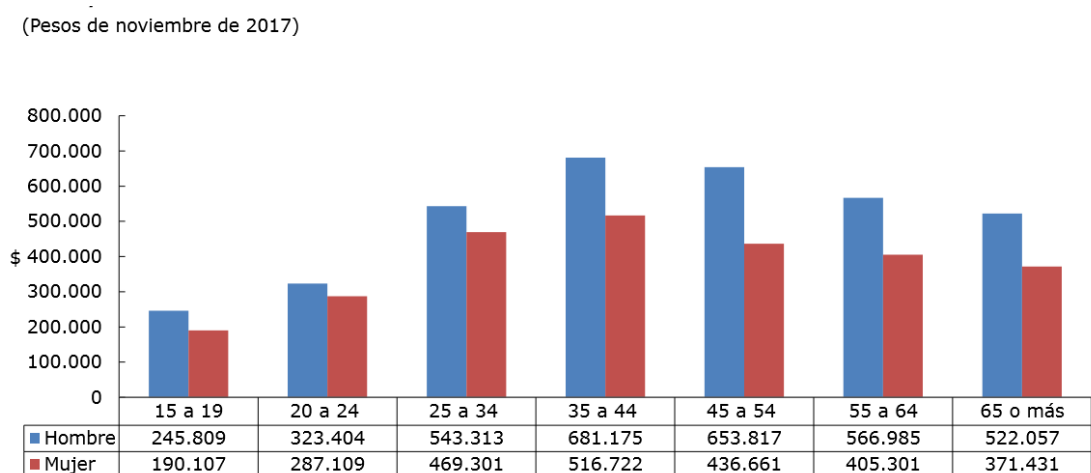
Gráfico N°67: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por sexo, 2015-2017



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Si de ingresos se trata si es analizado por sexo existe una brecha de \$132733 que favorece a los hombres versus las mujeres (Gráfico N°67). Esta situación se perpetúa en todos los grupos etarios (Gráfico N°68). Si convergemos zona y sexo se mantiene la misma situación, acentuándose en la zona rural (Gráfico N°69). En cuanto al nivel educacional y sexo a mayor nivel educacional mayor ingreso, no obstante se mantiene la brecha salarial por sexo siendo más amplia a más calificación. (Gráfico N°70).

Gráfico N°68: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por grupo de edad y sexo, 2017



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

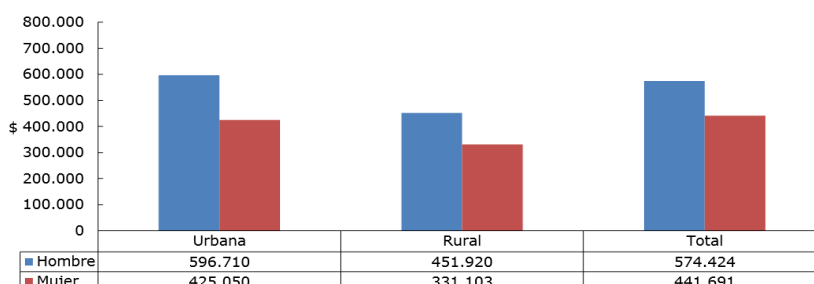
Ingreso promedio mensual de la ocupación principal en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales tienen un ingreso promedio menor de \$119368, respecto a aquellos de zonas urbanas. En cuanto a la diferencia por sexo esta se encuentra e ambas zonas siendo una diferencia promedio de \$132733, que favorece a los hombres.



Gráfico N°69: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por zona urbana y rural y sexo, 2017

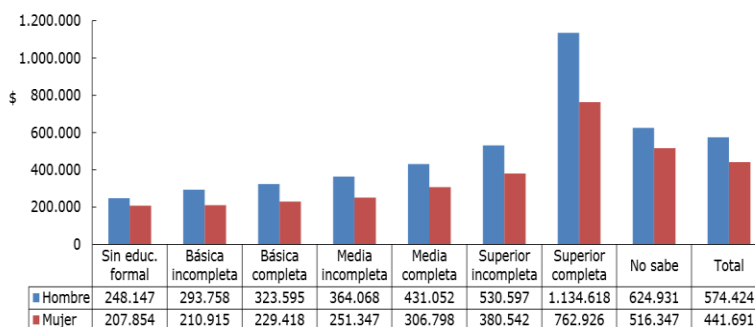
(Pesos de noviembre de 2017)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017.

Gráfico N°70: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal por nivel educacional y sexo, 2017

(Pesos de noviembre de 2017)

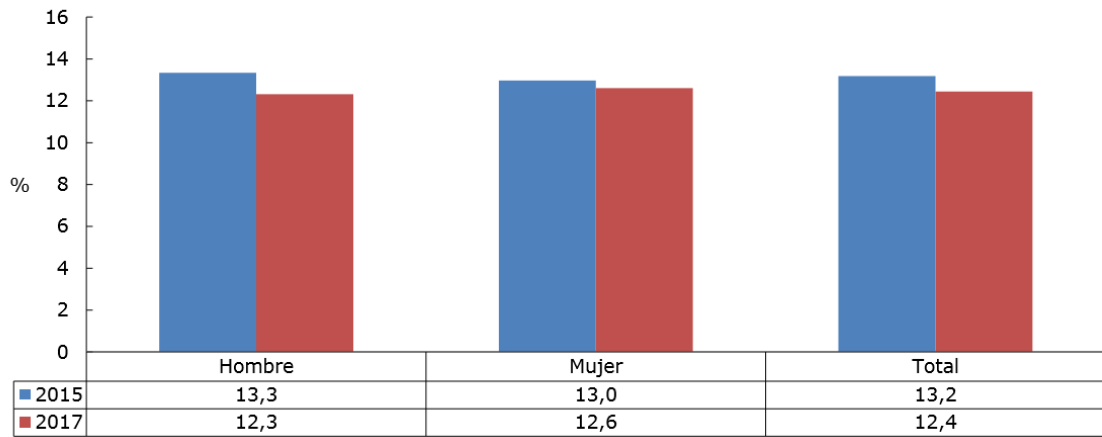


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto a la participación sindical alcanza un promedio de 13.2%, no siendo significativa la diferencia por sexo (Gráfico N°71). Si se encuentra diferencia significativa en cuanto a las zonas siendo mucho menor la participación sindical en zonas rurales respecto a las urbanas, manteniéndose no significativa el porcentaje por sexo. (Gráfico N°72). Finalmente, donde más participan los trabajadores es en las asociaciones de funcionarios. . (Gráfico N°73).

Gráfico N°71: Porcentaje de asalariados dependientes* que participan en sindicatos por sexo, 2015-2017.

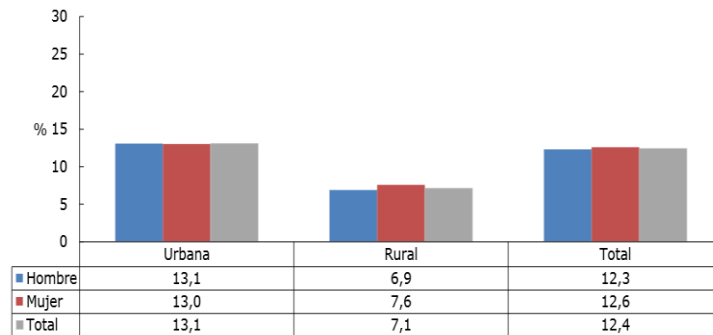
(Porcentaje, población ocupada asalariada dependiente de 15 años o más por grupo de edad y sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°72: Porcentaje de asalariados dependientes* que participan en sindicatos por zona urbana y rural y sexo, 2017

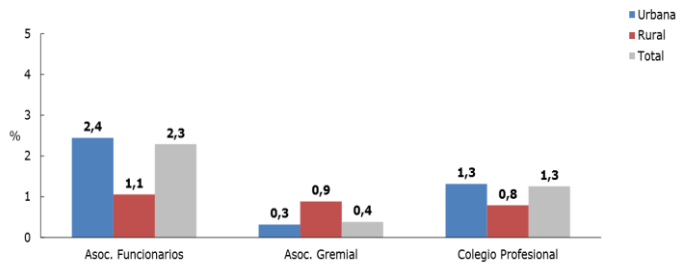
(Porcentaje, población ocupada asalariada dependiente* de 15 años o más por zona urbana y rural y sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°73: Porcentaje de ocupados que participa en organizaciones relacionadas con su trabajo por tipo de organización y zona urbana y rural, 2017

(Porcentaje, población de 15 años o más por zona urbana y rural)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

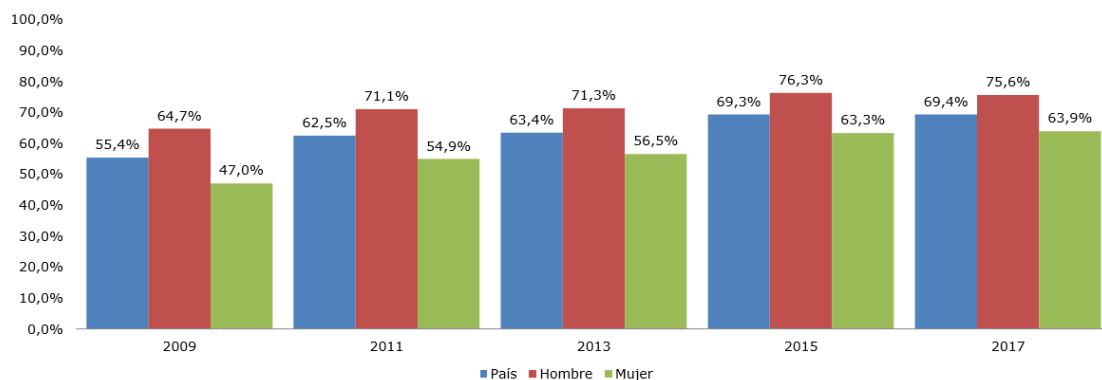


Participación sindical en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales participan menos en sindicatos que en zonas urbanas, específicamente un 6% menor, siendo significativa la diferencia por sexo. En las zonas rurales la principal organización corresponde a asociaciones gremiales.

Gráfico N°74: Tasa de Afiliación al Sistema de Pensiones* por Sexo (2009-2017)

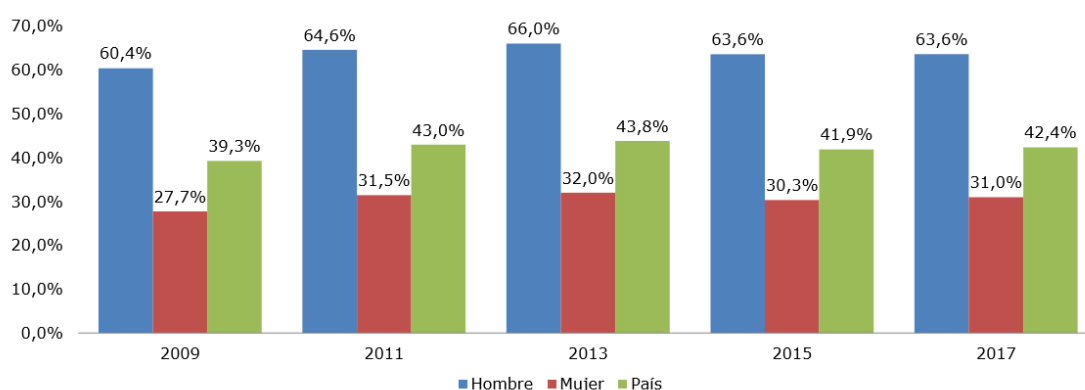
(porcentaje, población de 15 años o más por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°75: Porcentaje de personas en edad de jubilar que recibe jubilación o pensión contributiva de vejez* por sexo (2009-2017)

(porcentaje, población de hombres mayores de 64 años y mujeres mayores de 59 años por sexo)

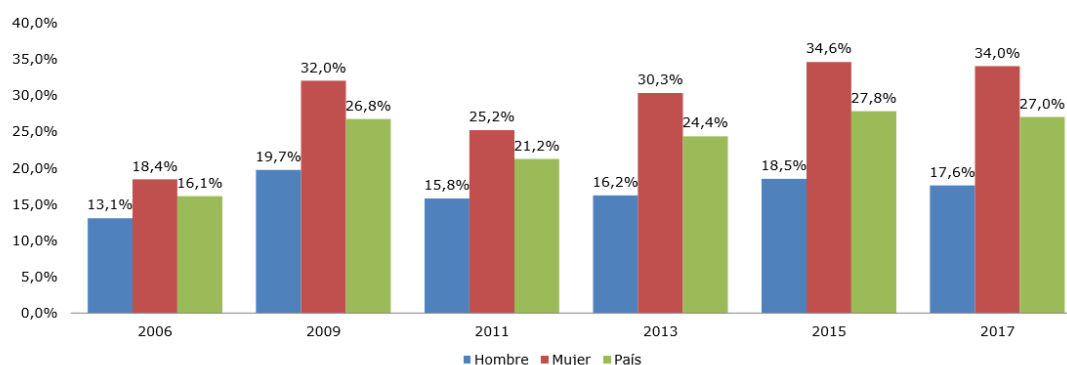


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Según el Gráfico N°74 la tasa de afiliación al sistema de pensiones ha aumentado de manera paulatina y constante a lo largo del tiempo y es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

Gráfico N°76: Porcentaje de personas mayores de 64 años que reciben Pensión Asistencial (Pasis) o Pensión Básica Solidaria (PBS) de vejez* por sexo (2006-2017)

(porcentaje, población mayor de 64 años por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

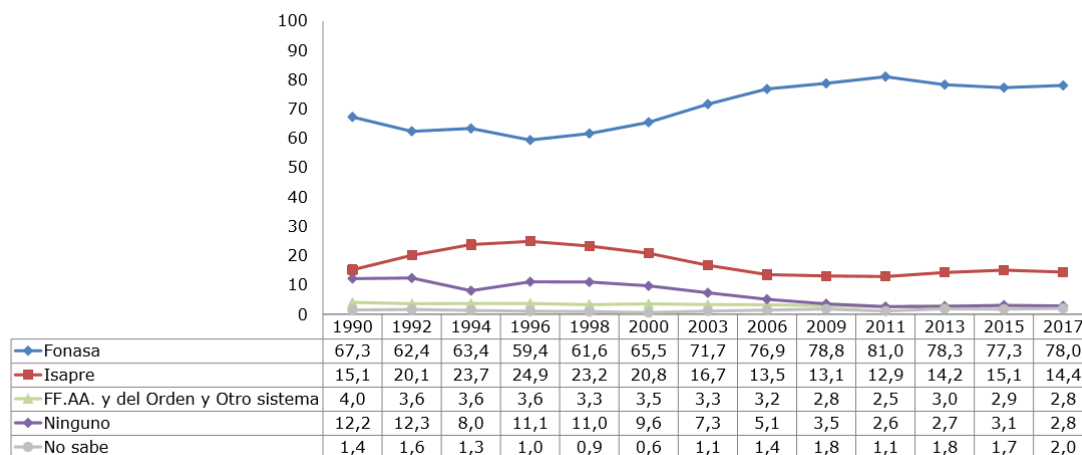
Si analizamos las pensiones asistenciales o pensiones básicas solidarias de vejez estas disminuyeron un 0.8% respecto de la última encuesta, hasta dónde se había mantenido un alza sostenida. Si la observación se realiza por sexo las mujeres acceden más al beneficio en comparación a los hombres. Misma situación se presenta en el caso de la pensión de viudez (Gráfico N°75 y Gráfico N°76).

5 SALUD

A partir del Gráfico N°77 se puede establecer que más del 75% de la población pertenece al Fondo Nacional de Salud, seguida por Isapres y muy por detrás otros sistemas previsionales, siendo un 2.8% aquellos que declaran no contar con un sistema previsional de salud, situación que ha disminuido significativamente en la últimas tres décadas. Si está misma característica la analizamos por zona podemos destacar que al afiliación a FONASA alcanza a casi el 90% de la población. (Gráfico N°78) Respecto al lugar de nacimiento destaca que un 15.8% de la población extranjera reconoce no contar con afiliación a sistema previsional. (Gráfico N°79).

Gráfico N°77: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud (1990-2017)

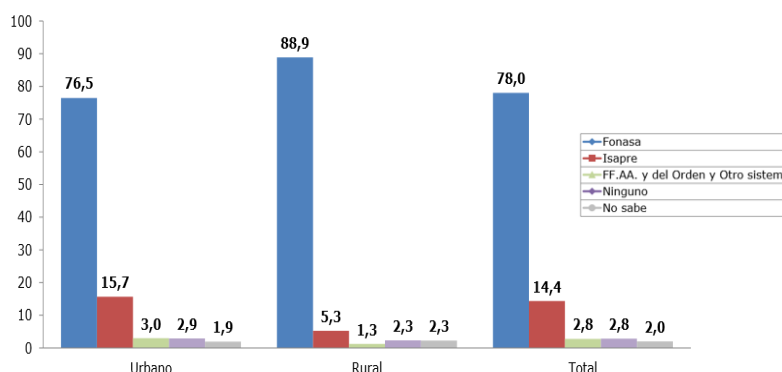
(Porcentaje, población total)




Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°78: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por zona (2017)

(Porcentaje, población total por zona)





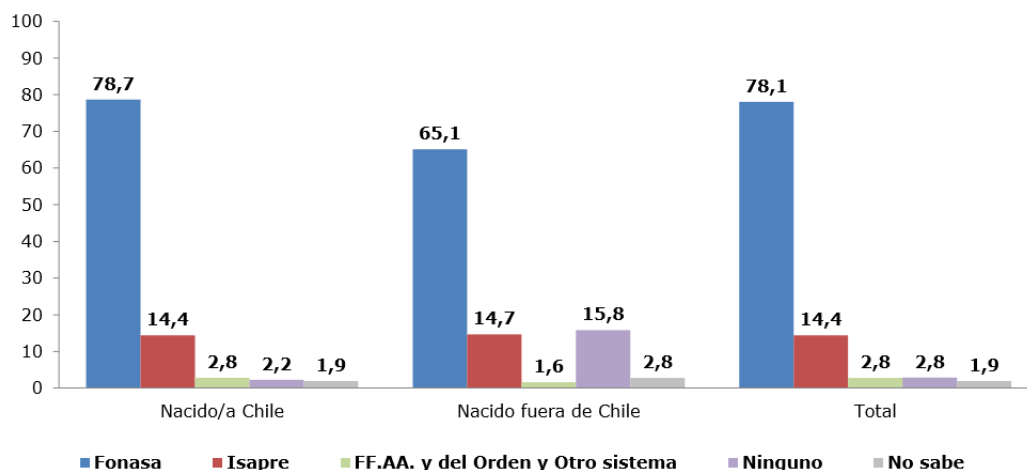
Afiliación a sistema previsional en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales se encuentran casi un 90% afiliado a FONASA.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°79: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por país de nacimiento (2017)

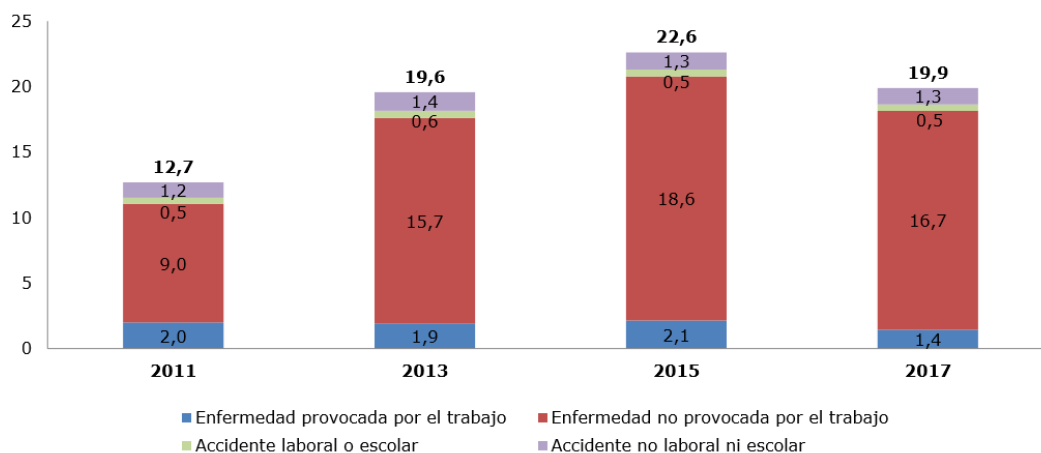
(Porcentaje, población total por país de nacimiento)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°80: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses, según tipo de enfermedad o accidente (2011-2017)

(Porcentaje, población total)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Según el Gráfico N°80 casi un 20% de la población declara haber tenido algún problema de salud en los últimos tres meses. De ese total casi más de un 90% recibió atención médica, tanto en zona rural como en zona urbana, teniendo un acceso levemente menor la población extranjera. (Gráfico N°81 y Gráfico N°82). Del 10% total aproximado que no recibió atención médica destaca que más de un 60% declara que no considero necesario acudir a consultar, solo un 6.8% manifiesta haber tenido dificultades propias con el centro de salud (pidió hora pero no la tuvo, pensó en consultar pero le cuesta

llegar al centro de salud, consiguió hora pero aún no le toca) Gráfico N°83 .De aquel 90% que si tuvo acceso, un 25% reporto problemas de acceso, cifra menor que a del 2015 (Gráfico N°88). Los problemas más significativos reportados, fueron: (Gráfico N°85).

- Demora en la atención y/o cambios de hora
- Dificultad para conseguir una cita
- Entrega de medicamentos o alto costo de estos
- Dificultad de acceso al centro de salud
- Pagar la atención debido al costo

Si revisamos estos problemas por tipo de previsión, se concentra principalmente en aquellas personas que no cuentan con previsión (31.1%) y la población FONASA (27.8%). (Gráfico N°86). En cuanto a la zona las dificultades se presentan más en zonas urbanas que rurales. (Gráfico N°87). En cuanto a país de nacimiento los chilenos declaran tener más dificultades respecto a los extranjeros. (Gráfico N°88).

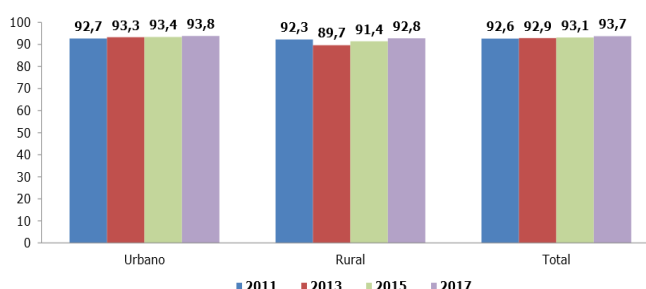
Tasa de atención médica antes un problema de salud zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales que declaran haber tenido un problema de salud en los últimos tres meses, casi un 93% de ellos manifiesta haber tenido acceso a atención médica.



Gráfico N°81: Tasa de atención médica ante problema de salud en los últimos 3 meses por zona (2011-2017)

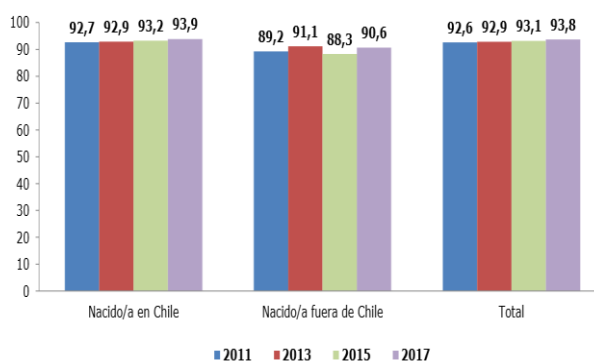
(Porcentaje, población total que tuvo problema de salud en los últimos 3 meses por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°82: Tasa de atención médica ante problema de salud en los últimos 3 meses por país de nacimiento (2011-2017)

(Porcentaje, población total que tuvo problema de salud en los últimos 3 meses por país de nacimiento)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°83: Razones de no atención médica ante enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (2011-2017)

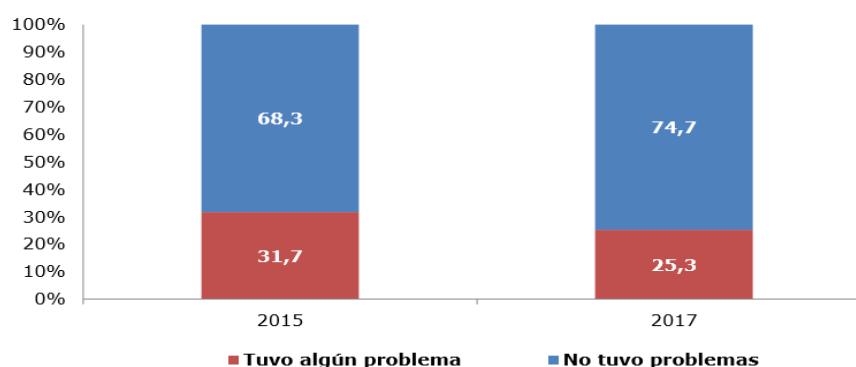
(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y no recibió atención médica)

	2011	2013	2015	2017
No lo consideró necesario, así que no hizo nada	31,4	34,9	35,8	41,1
No lo consideró necesario y tomó remedios caseros	20,1	18,0	21,2	20,4
Decidió tomar sus medicamentos habituales	13,9	14,0	15,9	10,1
Pensó en consultar pero no tuvo tiempo	5,1	3,4	3,7	4,1
Pidió hora pero no la obtuvo	5,7	3,6	3,9	3,4
Pensó en consultar pero no tuvo dinero	4,2	2,8	3,6	2,7
Prefirió consultar en una farmacia por medicamentos para su problema de salud	1,9	3,3	2,8	2,5
Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención	2,3	1,5	1,6	1,8
Consiguió hora pero todavía no le toca	3,8	2,3	1,5	1,6
Prefirió consultar a un especialista en medicina alternativa, indígena, natural u homeopática**	2,6	3,0	2,3	1,4
Consiguió hora pero no la utilizó	0,6	0,6	0,2	0,5
No sabe	8,3	12,6	7,4	10,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°84: Distribución de la población que tuvo un problema de salud en los últimos tres meses y recibió atención médica, según reporte de problemas en el acceso (2015-2017)

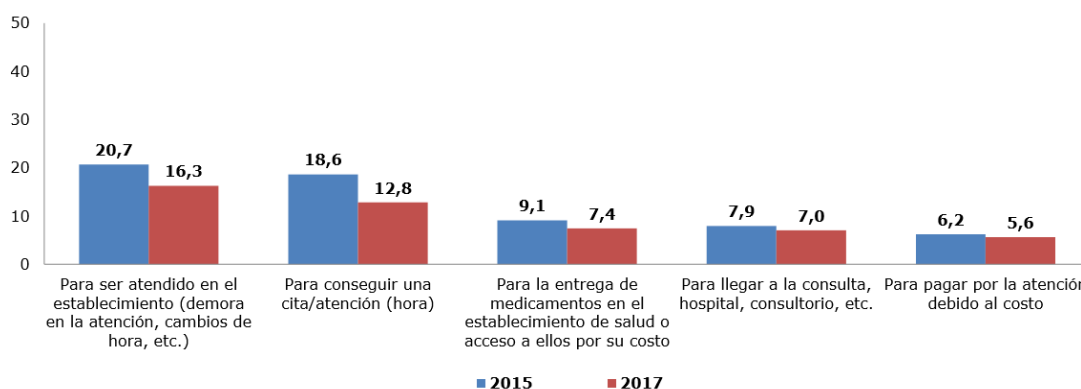
(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°85: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, según tipo de problema (2015-2017)

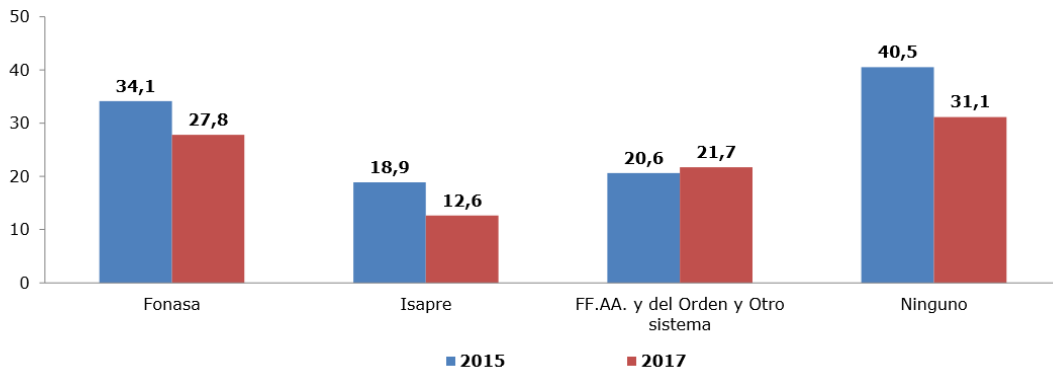
(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°86: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por sistema previsional de salud (2015-2017)

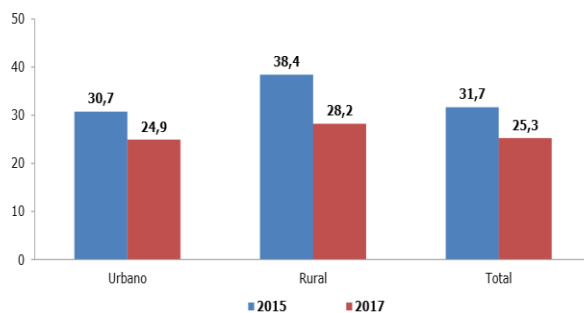
(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica por sistema de salud)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°87: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por zona (2015-2017)

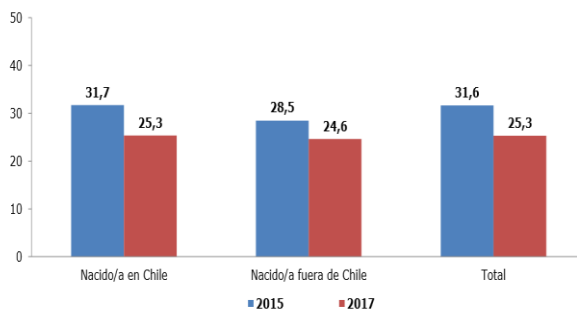
(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°88: Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema para obtener atención, por país de nacimiento (2015-2017)

(Porcentaje, población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica por país de nacimiento)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

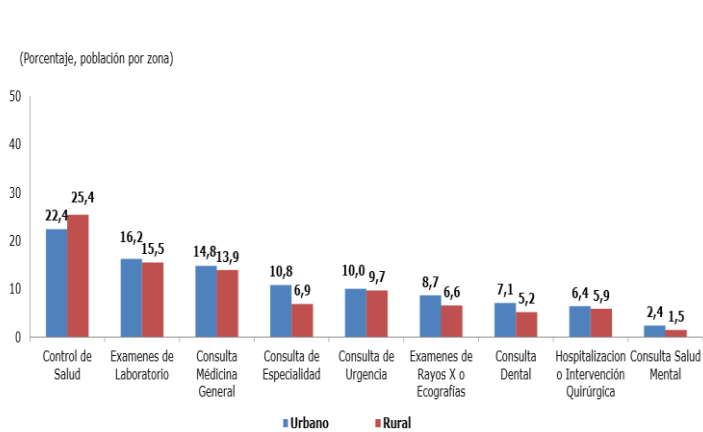
Población que declara haber tenido algún problema para obtener atención en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales que declaran tener cada vez menos problemas para obtener atención médica.



Referente al tipo de prestaciones a las cuales la población tuvo acceso, a partir del Gráfico N°89 podemos establecer que en las zonas rurales hay mayor acceso a controles de salud. No obstante todo el resto de las prestaciones presenta desmedro frente a zona súrbanas, especialmente en consultas de especialidades, exámenes de rayos y/o ecografías y consultas dentales.

Gráfico N°89: Porcentaje de personas que recibió prestaciones de salud en los últimos 3 meses según tipo de prestación, por zona (2017)**



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En cuanto a patologías GES un 18.5% de la población general refiere hacer uso de las Garantías Explícitas en Salud, manteniéndose en los porcentajes más altos hipertensión arterial primaria, diabetes y depresión. (Gráfico N° 90) De aquellos que no optaron por acogerse al GES destaca que un 10% desconocía que su enfermedad estaba cubierta por GES y un 56.6% decidió por distintos motivos pero de manera voluntaria no tomar al beneficio. (Gráfico N° 91)



Prestaciones de salud en zonas rurales

Los habitantes de zonas rurales declaran tener menor acceso a prestaciones de salud que aquellos de zonas urbanas, especialmente en lo que respecta consulta de salud mental, consulta dental y hospitalización y/o intervenciones quirúrgicas. No obstante, tiene mayor acceso a controles de salud.

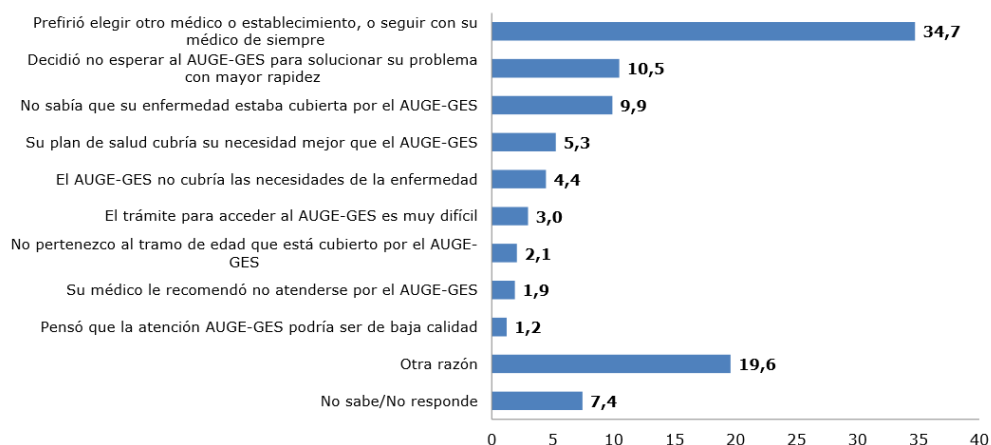
Gráfico N°90: Distribución de la población que ha estado en tratamiento médico en los últimos 12 meses por condiciones garantizadas por el sistema AUGE-GES (2013-2017)

(Porcentaje, población total)	2013			2015			2017		
	Número	% Total	% Alguna	Número	% Total	% Alguna	Número	% Total	% Alguna
Hipertensión Arterial	1.542.514	9,0	49,5	1.552.433	8,9	48,0	1.565.019	8,9	48,0
Diabetes	717.955	4,2	23,0	786.943	4,5	24,3	815.922	4,6	25,0
Depresión	246.347	1,4	7,9	249.485	1,4	7,7	223.445	1,3	6,9
Asma bronquial moderada o grave	219.853	1,3	7,1	235.003	1,3	7,3	222.605	1,3	6,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	75.263	0,4	2,4	72.944	0,4	2,3	69.462	0,4	2,1
Urgencia odontológica	59.149	0,3	1,9	76.985	0,4	2,4	61.310	0,3	1,9
Infarto agudo al miocardio	38.554	0,2	1,2	49.612	0,3	1,5	54.561	0,3	1,7
Cáncer de mama	40.396	0,2	1,3	36.992	0,2	1,1	38.374	0,2	1,2
Cataratas	25.055	0,1	0,8	28.748	0,2	0,9	32.063	0,2	1,0
Insuficiencia renal crónica terminal	27.101	0,2	0,9	24.673	0,1	0,8	28.874	0,2	0,9
Cáncer cérvico uterino	29.929	0,2	1,0	19.203	0,1	0,6	24.377	0,1	0,7
Cáncer de próstata	19.659	0,1	0,6	19.166	0,1	0,6	23.434	0,1	0,7
Lupus	12.002	0,1	0,4	15.393	0,1	0,5	22.415	0,1	0,7
Accidente cerebral isquémico	18.252	0,1	0,6	19.084	0,1	0,6	21.835	0,1	0,7
Trastorno bipolar	11.086	0,1	0,4	12.782	0,1	0,4	16.048	0,1	0,5
Cáncer gástrico	15.108	0,1	0,5	12.549	0,1	0,4	12.191	0,1	0,4
Leucemia	4.493	0,0	0,1	4.438	0,0	0,1	8.676	0,0	0,3
Cáncer de testículo	8.419	0,0	0,3	6.243	0,0	0,2	6.697	0,0	0,2
Cáncer colorectal	2.969	0,0	0,1	6.295	0,0	0,2	5.776	0,0	0,2
Colecistectomía preventiva	3.788	0,0	0,1	6.399	0,0	0,2	5.656	0,0	0,2
Otra condición de salud	1.048.875	6,1	-	1.181.078	6,8	-	1.235.662	7,0	-
No ha estado en tratamiento por ninguna	13.000.930	75,7	-	13.046.482	74,7	-	13.120.458	74,5	-
Total	17.167.697	100,0	100,0	17.462.930	100,0	100,0	17.614.860	100,0	100,0
Personas en tratamiento en últimos 12 meses por condición AUGE	3.117.892	18,2		3.235.370	18,5		3.258.740	18,5	

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°91: Distribución de la población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que NO fue cubierta por el sistema AUGE-GES según razón de no cobertura (2017)**

(Porcentaje, población afiliada a Isapre o Fonasa en tratamiento por alguna condición consultada y que no fue cubierta por AUGE-GES)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

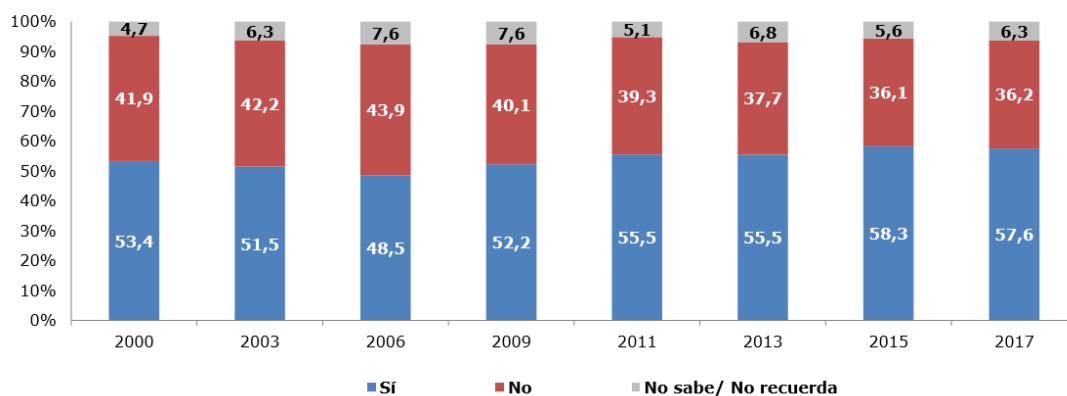
Si nos referimos a exámenes específicos, tales como, Papanicolau o mamografía, podemos decir que:

- Un 57.7% de las mujeres refiere haberse realizado un Papanicolau en los últimos tres años. (Gráfico N°92)
- En zonas rurales hay mayor cantidad de mujeres que refieren haberse realizado un Papanicolau en los últimos tres años. (Gráfico N°93)
- Los principales motivos de no realización manifestados son: Gráfico N°91

- ✓ No corresponde
- ✓ No cree que lo necesite
- ✓ Se le olvida hacérselo
- Un 57% de las mujeres manifiesta haberse realizado una mamografía en los últimos tres años. (Gráfico N°95)
- En zonas urbanas hay mayor cantidad de mujeres que refieren haberse realizado una mamografía en los últimos tres años. (Gráfico N°96)
- Los principales motivos de no realización manifestados son: Gráfico N°97
 - ✓ No cree que la necesite
 - ✓ No corresponde
 - ✓ Se le olvida hacérsela

Gráfico N°92: Distribución de mujeres de 15 años o más según realización del examen Papanicolau en los últimos tres años (2000-2017)

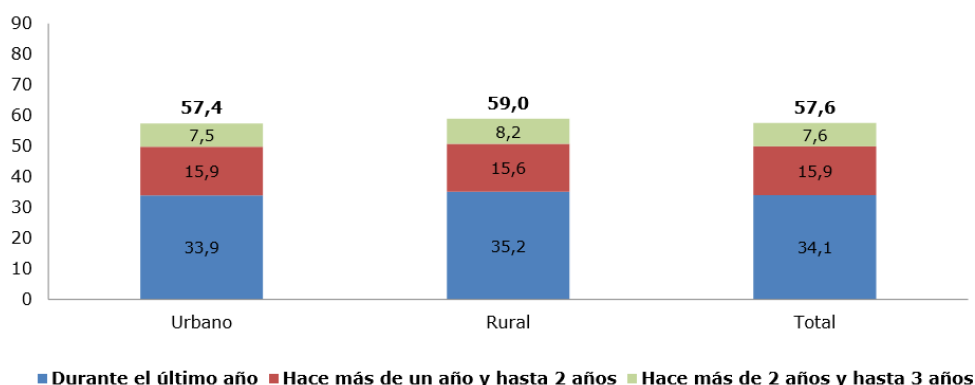
(Porcentaje, mujeres de 15 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°93: Porcentaje de mujeres de 15 años o más que se realizaron un examen Papanicolau en los últimos tres años según tiempo transcurrido desde el último examen, por zona (2017)

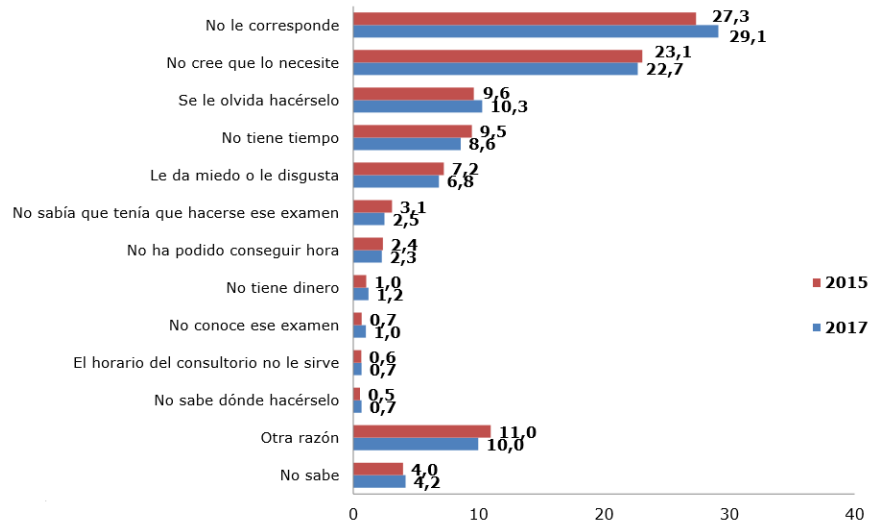
(Porcentaje, mujeres de 15 años y más por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°94: Distribución de mujeres de 15 años o más que NO se realizaron examen Papanicolau en los últimos tres años según razón de no realización (2015 -2017)

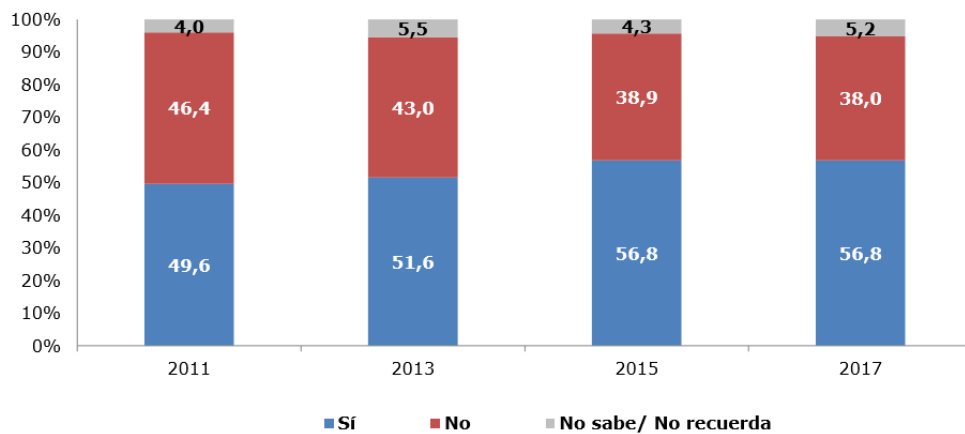
(Porcentaje, mujeres de 15 años o más que no se realizaron examen Papanicolau en los últimos tres años)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°95: Distribución de mujeres de 35 años o más según realización de Mamografía en los últimos tres años (2011-2017)

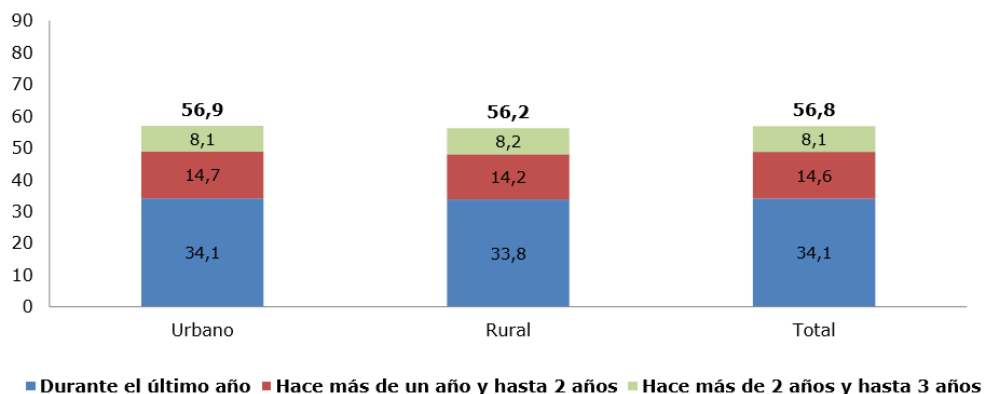
(Porcentaje, mujeres de 35 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°96: Porcentaje de mujeres de 35 años o más que se realizaron una Mamografía en los últimos tres años según tiempo transcurrido desde el último examen, por zona (2017)

(Porcentaje, mujeres de 35 años y más por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°97: Distribución de mujeres de 35 años o más que NO se realizaron una Mamografía en los últimos tres años según razón de no realización (2015 - 2017)



Si analizamos los niños que cuentan con su control de niño sano realizado en los últimos tres meses, por tramo de edad encontramos que:

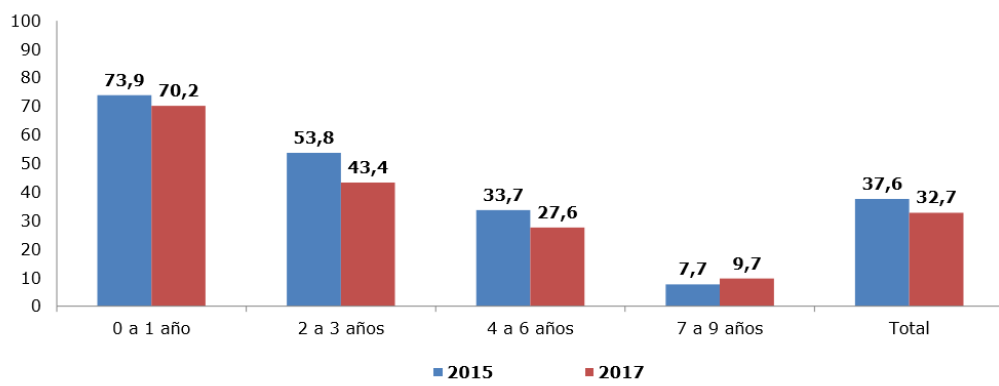
A medida que los niños van creciendo en edad va disminuyendo sustancialmente su realización de control de niño sano. Considerar de todas formas que a menor edad más seguido el control, vale decir, durante el primer año habitualmente los niños son controlados con más frecuencia que más adelante. (Gráfico N°98)

En lo referente al estado nutricional de la población infantil llama la atención como ha aumentado sistemáticamente los estados de mal nutrición en todas sus variantes (desnutrición o riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad). (Gráfico N°99)

En lo que respecta al estado nutricional de la población infantil, específicamente aquellos que se encuentran con diagnóstico de mal nutrición ya sea esta por defecto o por exceso, alcanza un 19%, siendo significativamente mayor en las zonas rurales, tanto para desnutrición o riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad. Esta situación se perpetua más en zonas rurales que urbanas (Gráfico N°100).

Gráfico N°98: Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años que se realizaron el control del niño sano en los últimos 3 meses, por tramo de edad (2015-2017)

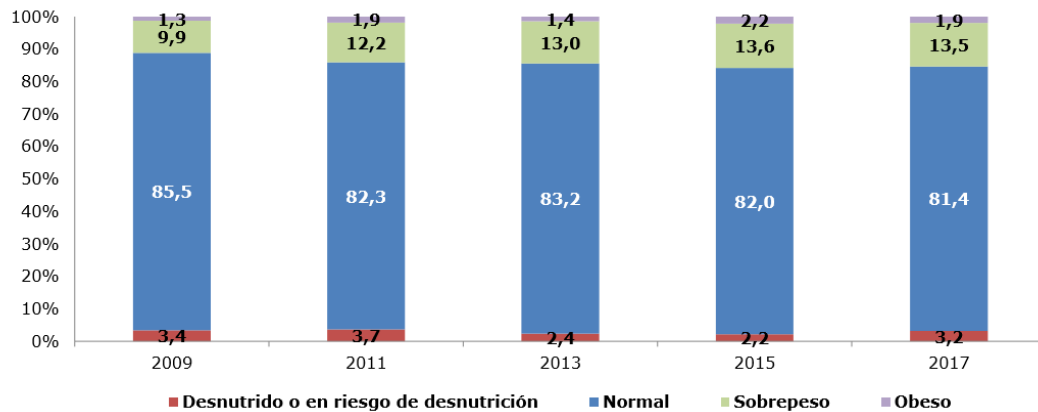
(Porcentaje, población de 0 a 9 años por tramo de edad)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°99: Distribución de la población de 0 a 6 años según estado nutricional reportado (2009-2017)**

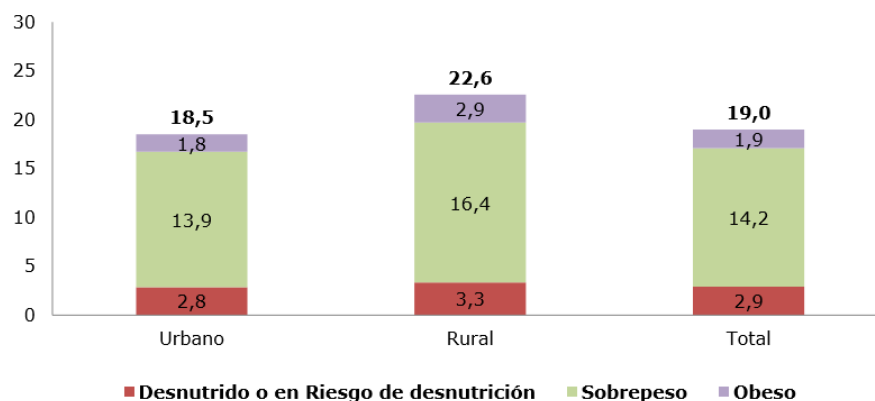
(Porcentaje, población de 0 a 6 años)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

Gráfico N°100: Porcentaje de la población de 0 a 9* años en situación de malnutrición según estado nutricional reportado** por zona (2017)**

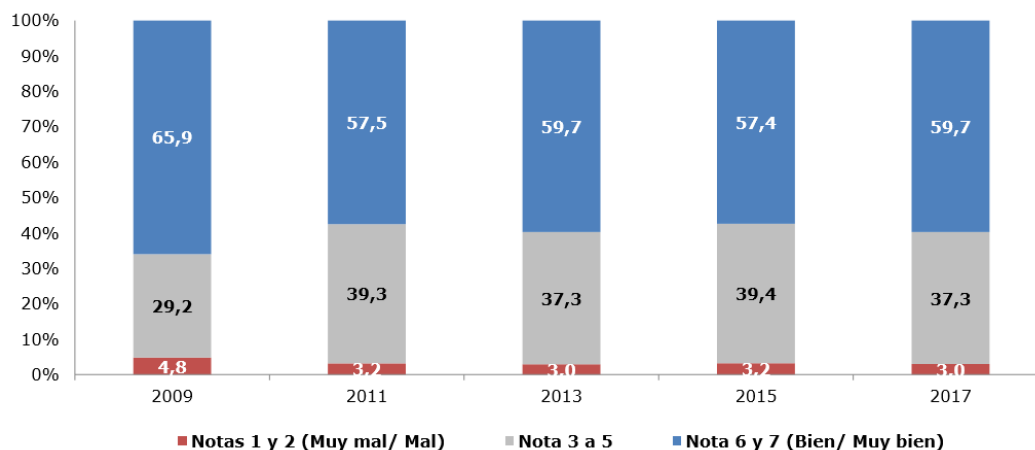
(Porcentaje, población de 0 a 9 años por zona)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°101: Distribución de la población de 15 años y más según percepción del estado de salud (2009-2017)**

(Porcentaje, población de 15 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

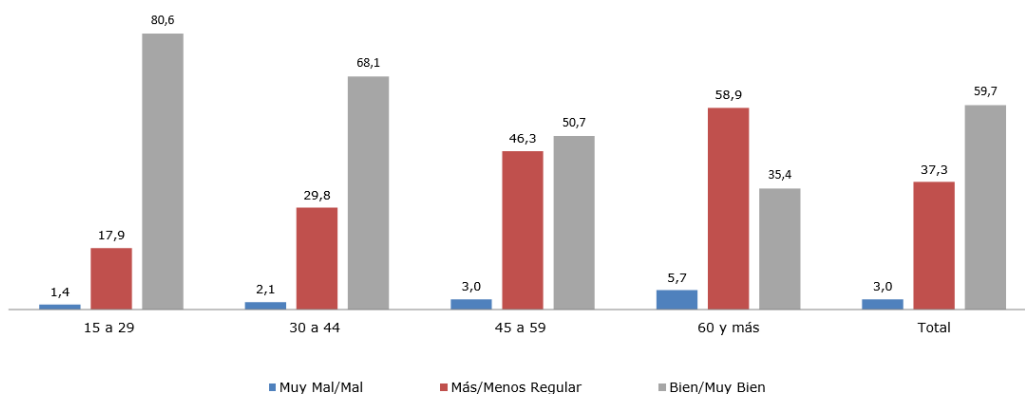
Si revisamos el Gráfico N°101 encontramos que la percepción general de la salud de la población en promedio es buena (59.7%). Destaca que si comparamos este resultado con una década atrás el nivel de satisfacción era mayor (65.9%).

- A mayor edad peor percepción del estado de salud, vale decir, los jóvenes manifiestan mejor salud en comparación con los adultos mayores.
- Casi un 60% de la población manifiesta sentirse bien o muy bien con su salud

- Casi un 40% de la población manifiesta sentirse medianamente satisfecho con su estado de salud.
- Solo un 3% de la población dice sentirse mal o muy mal con su estado de salud.

Gráfico N°102: Distribución de la población de 15 años y más según percepción del estado de salud* (2017)

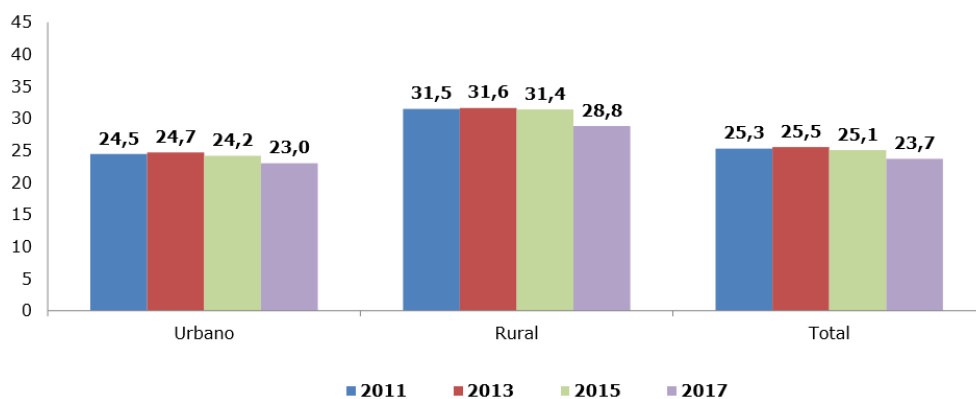
(Porcentaje, población de 15 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°103: Porcentaje de mujeres de 12 años o más que han sido madres adolescentes por zona (2011-2017)

(Porcentaje, mujeres de 12 años y más por zona)



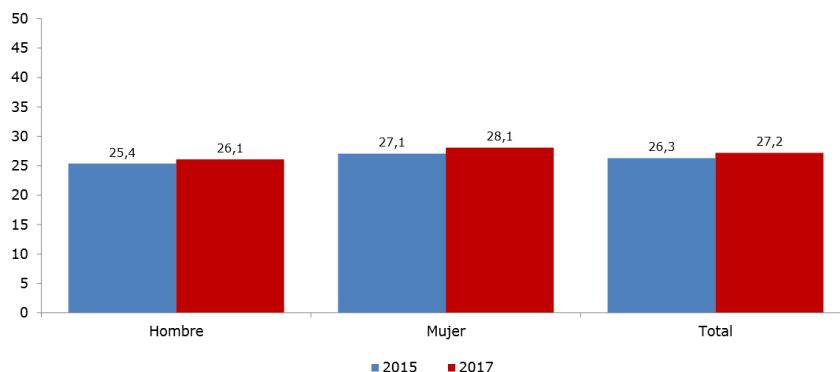
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN años respectivos

En el Gráfico N°103 se observa como el embarazo de adolescente de 12 o más años han ido disminuyendo con el paso del tiempo en ambas zonas, siendo mayor en la ruralidad que en las zonas urbanas.

6 REDES Y COHESIÓN SOCIAL

Gráfico N°104: Participación en organizaciones o grupos organizados por sexo (2015-2017)

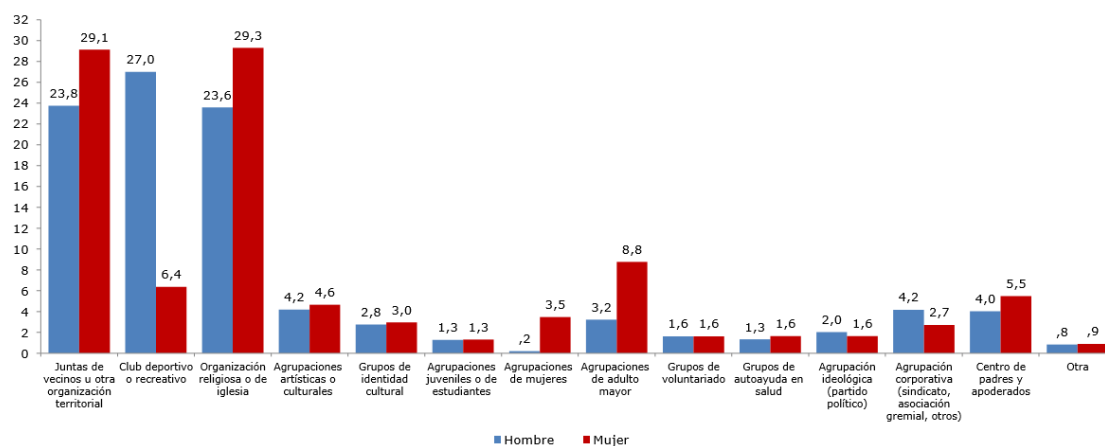
(Porcentaje, población de 10 años o más por sexo)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Gráfico N°105: Participación en organizaciones o grupos organizados por sexo y tipo de organización (2017)

(Porcentaje, población de 10 años o más por sexo)



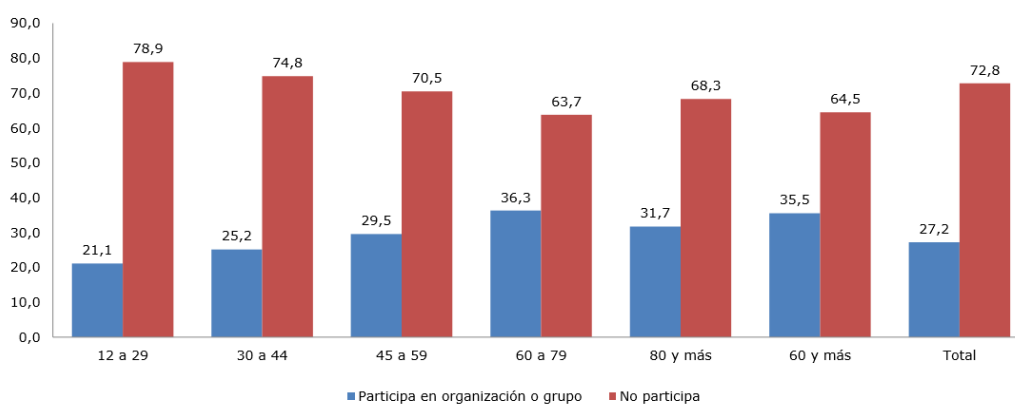
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

En lo que respecta a la participación en organizaciones o grupo organizados, las mujeres llevan la ventaja en comparación con los varones. Gráfico N°104

Si la misma participación la evaluamos según distribución en población de 12 o más años en promedio solo un 27.2% manifiesta participar en alguna organización o grupo. Gráfico N°105

Gráfico N°106: Distribución de la población de 12 y más años según situación de participación en organizaciones o grupos organizados por tramo de edad (2017)

(Porcentaje, población de 12 años y más)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

- **Profesional a cargo:** Médico, Pilar Silva
- **Equipo:** Pilar Silva, Médico – Beatriz Susarte, Matrona – Yeans Fonseca, Enfermera – Isis Toro, Enfermera – Macarena Osorio, Odontóloga – Patricio Domínguez, Odontólogo – Javiera Parragué, Psicóloga – Priscilla Castro, Trabajadora Social –Vanessa Castro, Educadora de Párvulos

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida del niño(a), identificando precozmente los factores de riesgo biopsicosociales que pueda afectar su desarrollo adecuado

Objetivos específicos

- Aumentar el número de pacientes controlados adecuadamente.
- Aumentar el número de talleres que promuevan la salud de los niños.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de la obesidad en niños.

Descripción del programa

La población en edad pediátrica tiene características específicas y necesidades de salud que requieren respuestas puntuales, por lo cual es indispensable generar mayor evidencia y conocimiento para el análisis y la implementación de estrategias para solucionar los problemas de salud en el ciclo infantil. Es necesario actuar desde un enfoque biopsicosocial, concibiendo la salud desde un modelo integral en donde los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales deben entrelazarse para comprender al ser humano. Con esta mirada biopsicosocial, el curso de vida infantil debe ser prioridad para los equipos de salud, asumiendo un rol significativo en el bienestar y desarrollo de las personas en sus primeros años de vida

Para esto se lleva a cabo el programa de salud infantil cuyo objetivo principal es la de mantener un estado de salud óptimo durante los primeros años de vida. El propósito es contribuir al desarrollo integral de niños y niñas en su contexto familiar, escolar y comunitario, dando continuidad a las prestaciones otorgadas en los Centros de Salud a través del empoderamiento de los equipos para la implementación de acciones desde un enfoque territorial.

En la Tabla Nº12 se evidencia que el mayor grueso de la población infantil inscrita pertenece a la posta rural Marta Ríos Cofre, siguiendo la localidad de San Gabriel y en última instancia la población de Volcán. El mayor número de usuarios en edad pediátrica se encuentra concentrada en la posta rural Marta Ríos Cofre, evidenciándose que las edades de 1 a 5 años representan la mayor población, en segundo lugar de 6 a 9 años, y los menores de 1 año en tercer lugar. En la posta Rural San Gabriel los números de usuarios persisten igual. Siendo las edades de 1 a 9 años el grueso de la población infantil aunque aún hay usuarios menores de un año. Al observar la población inscrita en la posta Volcán se puede evidenciar que el número es más bajo dada la lejanía de la localidad y la poca población que presenta, evidenciándose que no hay niños menores de 1 año.

Tabla N° 12: Población inscrita validada por centro

GRUPOS ETÁREO	CENTROS DE SALUD			TOTAL
	MRC	SG	V	
0-2 MESES	1			1
3-6 MESES	9	1		10
7-11 MESES	5			5
12-17 MESES	4	1	1	5
18-23 MESES	6	1		6
24-47 MESES	40	12	1	56
48-59 MESES	26	6	4	33
60-71 MESES	25	7		32
<6 AÑOS	116	28	6	148
6-9 AÑOS	98	22	10	130
TOTAL	214	50	16	278

Fuente: FONASA, 2019

Tabla N°13: Población bajo control por centro

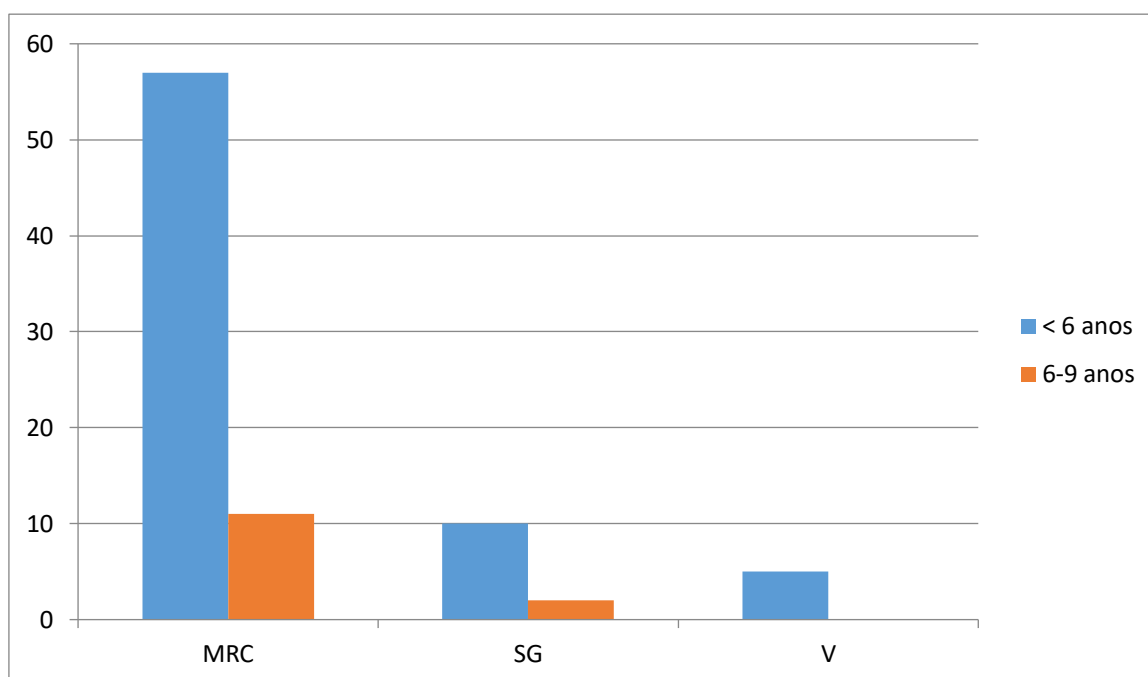
GRUPOS ETÁREO	CENTROS DE SALUD			TOTAL
	MRC	SG	V	
0-2 MESES	1	1	-	2
3-6 MESES	9	1	-	10
7-11 MESES	5	-	-	5
12-17 MESES	8	1	1	10
18-23 MESES	3	1		4
24-47 MESES	16	1	1	18
48-59 MESES	10	4	3	17
60-71 MESES	5	1	-	6
<6 AÑOS	57	10	5	72
6-9 AÑOS	11	2	-	13
TOTAL	68	12	5	85

Fuente: Rem semestral, junio 2019

En la **Tabla N°13** se puede evidenciar la población que se encuentra asistente a controles del programa de salud infantil, pudiendo identificar que la posta marta ríos cofre presenta el mayor número de asistencias, seguido por san Gabriel y en última instancia por la posta de volcán, teniendo un numero de 5 asistentes del total de la población pediátrica inscrita en dicha posta para el mes de agosto del presente año.

Al hacer una comparación entre la población inscrita y la población bajo control para cohorte de agosto, se puede evidenciar que la población que se mantiene baja es la perteneciente a las edades de 6 a 9 años, siendo en las 3 postas el común denominador. Al hacer este análisis las estrategias se plantean con mayor énfasis en este grupo de usuarios, prestando atención que en esta etapa es donde ya se encuentran inscritos en alguna institución educativa y es donde se pueden brindar las herramientas necesarias para mantener el proceso de desarrollo intelectual dentro del rango de edades.

Gráfico N°107: Controles de salud infantil



Fuente: Rem semestral, junio 2019

En el Gráfico N°107 se puede evidenciar que la mayoría de los controles corresponden a la población menor de 6 años. Se evidencia que de 6 hasta los 9 años los controles son pocos evidenciándose que en la posta El Volcán para el REM semestral no se logró concretar controles de salud en esta población.

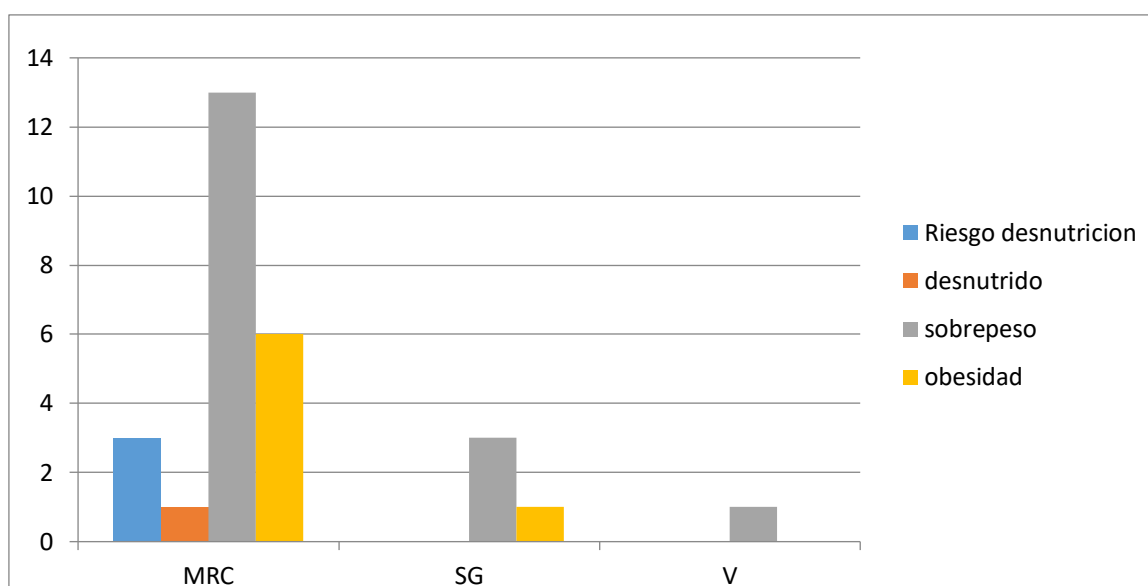
En el Gráfico N°8 se evidencia el diagnóstico nutricional por posta. La posta Marta Ríos Cofre tiene el mayor índice de obesidad, siguiéndole la posta San Gabriel con menor número y Volcán representa la población en la cual solo hay sobrepeso. En cuanto a la población con riesgo a desnutrir y desnutridos corresponden a usuarios con antecedentes de patologías durante el periodo neonatal como ictericia y bajo apgar al nacer, lo cuales por indicación de pediatra estuvieron bajo régimen con fórmulas complementarias para aumentar la ganancia de peso fisiológica necesaria para evitar complicaciones nutricionales en dichos pacientes. Dentro de las estrategias como APS se encuentra el acompañamiento y la vigilancia a través del programa Chile Crece, así como el seguimiento diario con nutricionista para controlar la ganancia de peso y brindar las estrategias necesarias a los padres para despejar dudas y consultas.

Tabla N°14: Diagnóstico nutricional población <6 años, por centro

Centro	Riesgo desnutrición			Desnutrido			Sobrepeso			Obesidad			TOTAL
	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%	
MRC	2	1	10.7%	1	0	0%	4	9	46.4%	4	2	21.4%	23
SG	0	0	0%	0	0	0%	1	2	3.6%	0	1	3.6%	4
V	0	0	0%	0	0	0%	0	1	3.6%	0	0	0%	1
TOTAL	2	1	10.7%	1	0	3.6%	5	12	60.7%	4	3	25%	28

Fuente: Rem semestral, junio 2019

Gráfico N°108: Estado nutricional PBC, por centro



Fuente: Rem semestral, junio 2019

Tabla N° 15: Diagnóstico desarrollo psicomotor, población 8 meses, 12-23 meses y 3 años por centro, con rezago o riesgo.

CENTRO		8meses	Normal rezago	Riesgo retraso	12-23m	Normal rezago	Riesgo retraso	3 años	Normal rezago	Riesgo retraso	TOTAL
MRC	H	2	0	2	-	-	-	-	-	3	5
	M	2	0	2	-	-	-	-	-	3	5
SG	H	-	-	-	1	1	-	3	3	4	8
	M	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2
V	H	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL		4	0	4	1	1	-	4	4	12	21

Fuente: REM semestral junio 2019

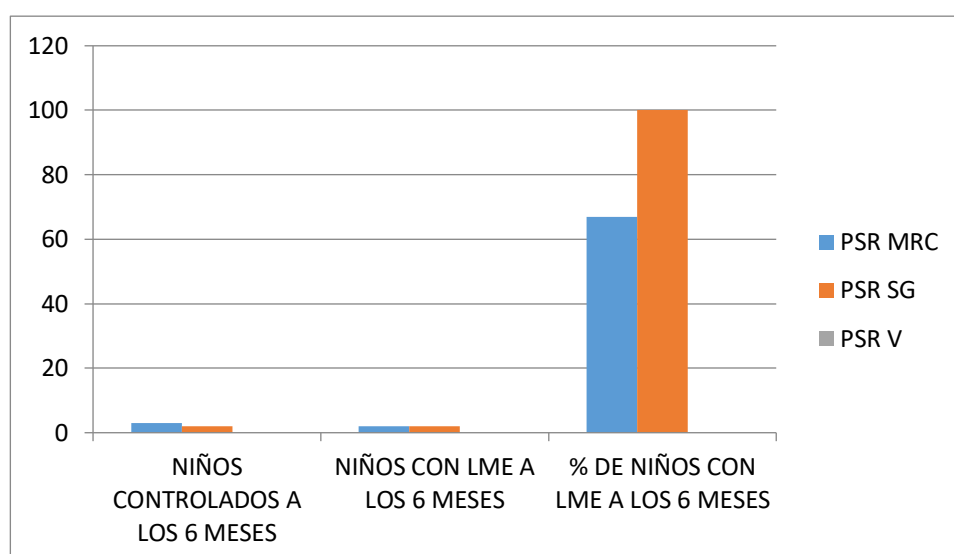
El 100% de los niños con alteración en su evaluación en desarrollo psicomotor fueron derivados a sala de estimulación y se encuentran en seguimiento por equipo de cabecera.

Tabla N°16: Lactancia materna exclusiva a los 6 meses, según centro de salud

CENTRO	N° niños LME a los 6 meses	N° niños controlados	% LME hasta los 6 meses	TOTAL
MRC	2	3	66.6%	2
SG	2	2	100%	2
V	0	0	NA	0
TOTAL	4	5	80%	

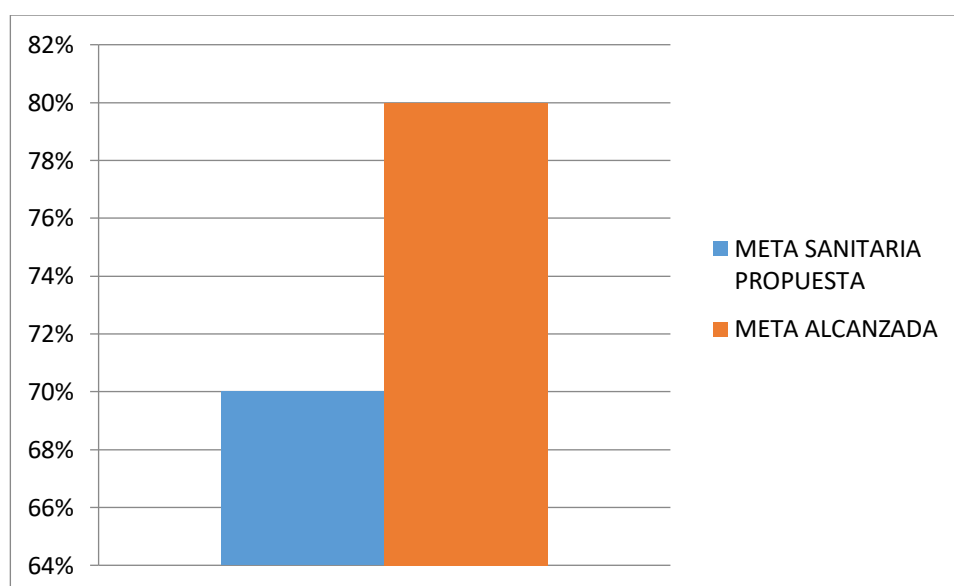
Fuente: Rem semestral, junio 2019

Gráfico N°109: Lactancia materna exclusiva a los 6 meses, según centro de salud



Fuente: Rem semestral, junio 2019

Gráfico N°110: Cumplimiento meta sanitaria N°6



Fuente: Rem semestral, junio 2019

En el gráfico N°109 se evidencia que en la posta san Gabriel se logró alcanzar el 100% de niños con lactancia materna exclusiva controlados a los 6 meses, y en la posta marta ríos cofre se logró en un 67%.

En el gráfico N°110 se representa el alcance que se tuvo en cuanto a la meta sanitaria % de niños controlados a los 6 meses con lactancia materna exclusiva, logrando superar la meta de 70% planteada a nivel nacional alcanzando un 80%.

Durante la aplicación de las diferentes estrategias del programa infantil se han identificado diferentes brechas que impiden el cumplimiento del 100% de los objetivos dentro de las cuales se enumeran las siguientes.

Brechas

- Ausencia de padres en los controles de niño sano, generalmente quienes llevan al niño al control son las madres por lo que es difícil evaluar de forma objetiva el entorno familiar
- Inasistencia de controles en invierno, la mayoría de las consultas son morbilidades o urgencias por presencia de cuadros respiratorios, mas no así controles de salud del niño sano.
- Difícil acceso para las poblaciones más alejadas a las postas
- Desconocimiento en cuanto a técnica y beneficios de la lactancia materna exclusiva por parte de madres y familiares quien en varios casos han insistido en que es necesario incluir agua, jugos, agua de hierbas.
- Llenado incompleto de fichas en el programa rayen lo que hace que no todos los datos carguen a los respectivos remos ocasionando que sea digitalizada información incompleta en comparación con lo que se anota en estadísticas personales de cada profesional, lo que trae como consecuencia discrepancia entre lo registrado por rayen y las atenciones que realmente son realizadas por profesional.

Desafíos 2020

- Planificar una reunión bimensual de equipo en conjunto con CHCC para discusión de casos y planteamiento de estrategias para aumentar los controles en población infantil de 6 a 9 años.
- Lograr el 50% de los controles de salud durante el primer semestre del año haciendo énfasis en los usuarios de 6 a 9 años. Realizando rescates inmediatos al momento de una inasistencia y apoyándonos en Chile Crece Contigo en caso de que sea recurrencia la inasistencia de los usuarios.
- Establecer cortes de edades que correspondan con lo visualizado en Fonasa para que así no hayan datos duplicados. Ya que Fonasa da unos cortes diferentes a los dados por rayen.
- Realizar más actividades que promuevan la lactancia materna exclusiva
- Realizar más actividades promocionales para padres
- Incorporar talleres para padres con niños de 6 a 9 años para reforzar la importancia de mantener los controles de salud al día

Innovaciones

- Capacitación en registros estadísticos de los colaboradores que llevan a cabo programas de salud.
- Capacitación en salud pública y epidemiología de los colaboradores que llevan a cabo programas de salud.
- Realizar una reunión bimensual con médico referente.
- Ingreso al proceso de acreditación de la sala de estimulación

Acreditación Sala de Estimulación

Desde inicio del 2018 se inicia el proceso de Acreditación de la sala de estimulación temprana Ubicada en PSR MRC, donde en su primera evaluación obtiene casi un 85% de cumplimiento, presentándose un plan de mejora para el cierre de brechas, esperando terminar el 2019 con **Acreditación** del primer nivel

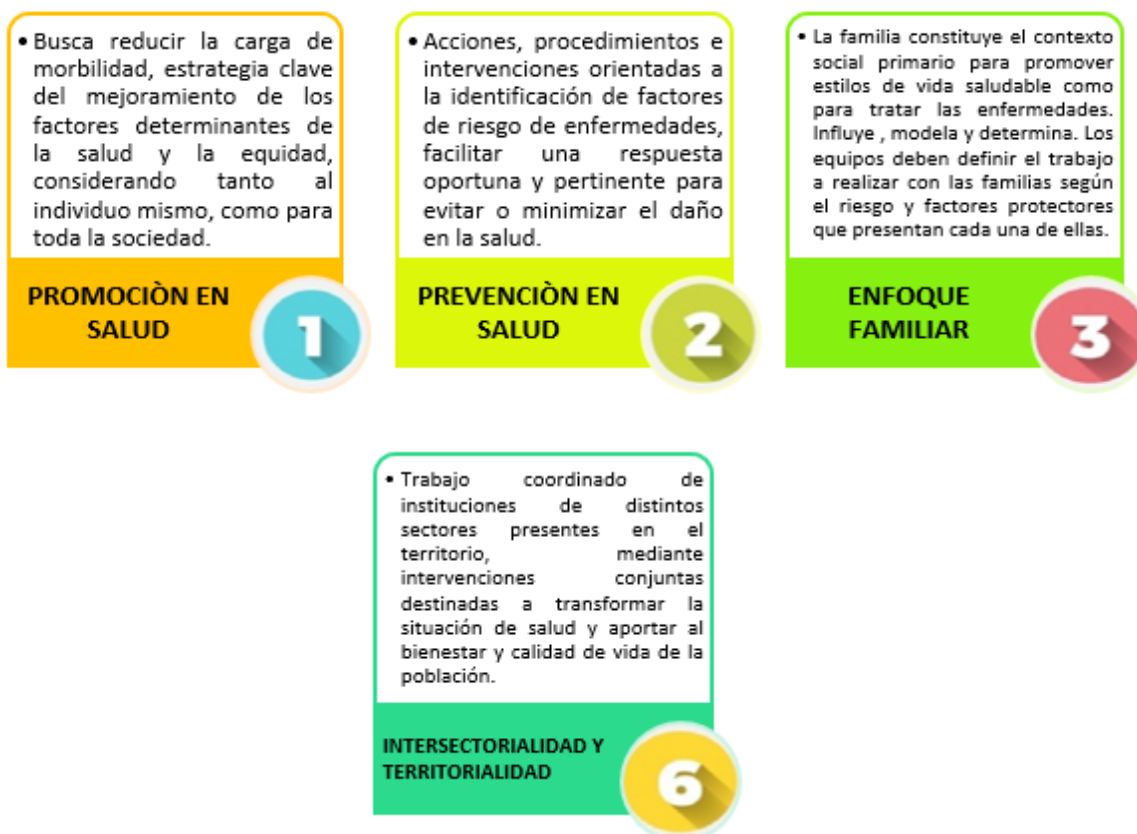


Proyección 2020

- Disminuir la morbilidad infantil por infecciones respiratorias, para esto es ideal realizar talleres educacionales para padres donde se le puedan brindar las estrategias de prevención de dichas patologías
- Disminuir la incidencia de sobre peso en un 50% mediante el refuerzo por parte del área de nutrición y realizando talleres educacionales a padres y en colegios para dar orientación sobre como de ser la alimentación de los infantes de acuerdo a su edad
- Aumentar el número de rescates en niños con alteraciones del desarrollo psicomotor a un 100%
- Lograr Lactancia Materna Exclusiva en un 90%, tomando en cuenta que hay patologías tanto de la madre como del niño que pueden influir en el incumplimiento de un 100%
- Aumentar los talleres para niños en espacios amigables sobre todo a quienes se encuentren en situaciones familiares de riesgo.
- Lograr estadísticas que puedan ser visualizadas por todo el equipo de forma online y que se pueda ir actualizando constantemente.
- Acreditación sala de estimulación temprana

MAIS

Los ejes MAIS más desarrollados del programa infantil son **promoción, prevención y enfoque familiar**. En cuanto a compromiso 2020 como equipo nos gustaría desarrollar más acabadamente o más bien reforzar el eje **intersectorialidad y territorialidad**.



PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO

- Profesional a cargo: Priscilla Castro
- Equipo: Psicóloga Javiera Parragué -Psicóloga Betzabé Inostroza -Trabajadora Social Priscilla castro-Matrona Beatriz Susarte -Educatora de Párvulos Vanesa Castro -Médico Pilar Silva -Enfermera Yeans Fonseca - Enfermera Isis Toro

Descripción

En la comuna de San José de Maipo, Postas Rurales de Salud de Corporación Municipal de Salud (Las Vertientes, San Gabriel y el Volcán) se otorgó la implementación de programa Chile Crece Contigo (CHCC) en el año 2015, a través del desarrollo de sala de estimulación en Posta Rural Marta Ríos Cofre, en la localidad de Las Vertientes como estrategia de reforzamiento de protección a la infancia. Junto con la modalidad de intervención en las Postas Rurales San Gabriel y El Volcán, mediante rondas con frecuencia mensual, las cuales en la actualidad presentan una frecuencia quincenal, conformada por equipo transdisciplinario, con el objetivo de promover el bienestar en niños, niñas y su núcleo familiar en marco de seguimiento, educación y prevención de factores de riesgo presentes en el desarrollo infantil a la comunidad de menor acceso territorial.

Objetivos

Objetivo General:

Reducir la incidencia de problemas en el desarrollo y factores de riesgo biopsicosocial de gestantes, niños y niñas desde 0 a 9 años.

Objetivos específicos:

- Apoyar a padres, madres y cuidadores en el proceso de crianza para el fomento del desarrollo integral de sus hijos e hijas.
- Acompañar y supervisar la trayectoria de desarrollo integral de niños y niñas.
- Realizar controles de salud con un enfoque promocional y preventivo, priorizando acciones acordes a las necesidades biopsicosociales que el momento evolutivo demanda.

Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial

Gestión (objetivos específicos):

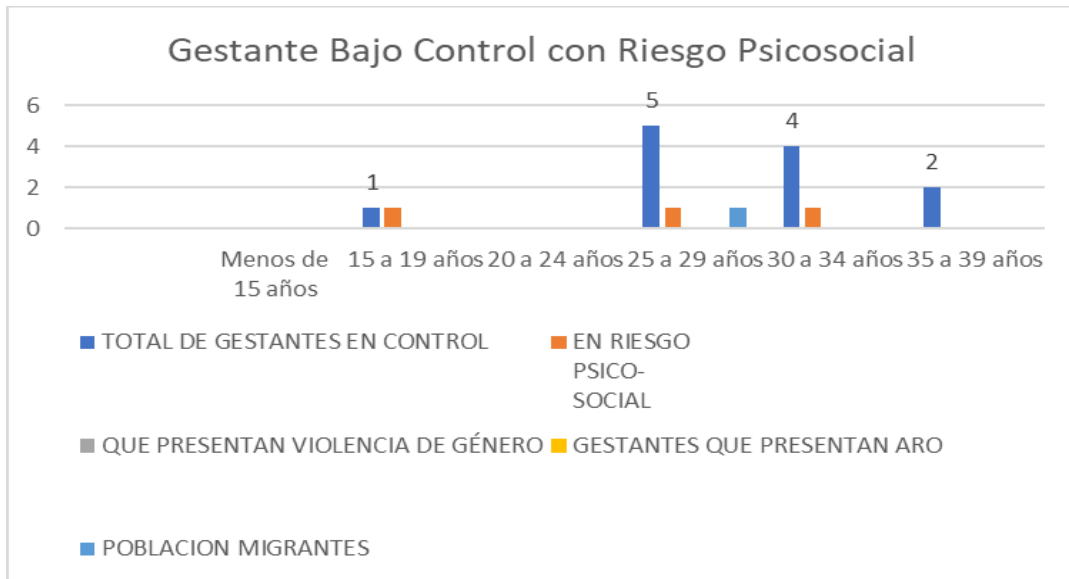
- Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- Mejorar la salud maternofetal

Cumplimientos 2019:

Programa CHCC de CMSJM, cuenta con una población bajo control de 16 usuarias gestantes de enero a junio 2019, de las cuales dos presentan tres o más riesgo psicosocial (según EPSA aplicados), tres son usuaria migrante (dos haitianas y una colombiana), una usuarias es adolescente derivada al Programa de Acompañamiento Psicosocial y Espacio Amigable para realizar seguimiento del caso, cumpliendo el 100% de cobertura al ingreso prenatal de las usuarias con la entrega de guía de la gestación “Empezando a Crecer” y de la “Agenda de Salud

del Control Prenatal”, todas las gestantes cuentan con un plan de intervención individualizado y derivadas a red comunal de Chile Crece Contigo.

Gráfico N°111: Gestantes bajo control con riesgo psicosocial



Fuente: Registros internos, 2019

Con relación a acciones en usuarias con riesgo psicosocial, a la fecha se cumple el 75% de la cobertura solicitada, con proyección del 100% de cobertura al 31 de diciembre. (Gráfico N°111)

Gráfico N°112: Cumplimiento de visitas domiciliarias



Fuente: Registros internos, 2019

Por último, con respecto a educación Grupales para gestante, pareja y/o acompañante significativo/a de Programa de Apoyo al Recién nacido (PARN), se han realizado a la fecha tres talleres, con alta adherencia y participación activa del grupo, siendo quienes participan de este junto a su acompañante.

Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña

Objetivo general:

Establecer los estándares de atención de niños y niñas en la red asistencial, incorporando el enfoque de curso de vida, entre los 0 y 9 años.

Cumplimientos 2019

Con relación a fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral, se ha logrado el 100% de cumplimiento en las siguientes áreas:

- Controles de diadas primer control de salud madre, padre y/o cuidador-hijo (control de diada) efectuado por matrona.
- Ingreso al control de salud del niño y niña sano(a) realizado por enfermera con la aplicación de las pautas respectivas y control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño y niña se ha realizado un total de 126 controles teniendo un 61%.
- Dentro de las prestaciones otorgadas, se destaca cumplimiento al 100% en control diada antes de los 10 días de vida del recién nacido de recién nacido y en VDI realizada a familia con niños/as con resultado de déficit y retraso. Como también, a niños/as con vulnerabilidad social.
- Con respecto a controles de salud de niños/as menores de 4 años que participa el padre, se ha logrado solo el 56% de cumplimiento DE UN 46 % solicitado por el SSMSO , esto se debe a las actividades laborales que desempeñan por los padres de los niños y por la distancias de su lugar laboral, dentro de los planes de mejora se realiza rescate telefónico, y en algunas ocasiones se gestionó con antelación solicitud a empleadores, se otorgó certificado de atención y se informó mediante rescate telefónico, la importancia de participar de los controles de sus hijos/as, enfatizando en el rol del padre en el desarrollo integral del crecimiento de su hijo.

Intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral

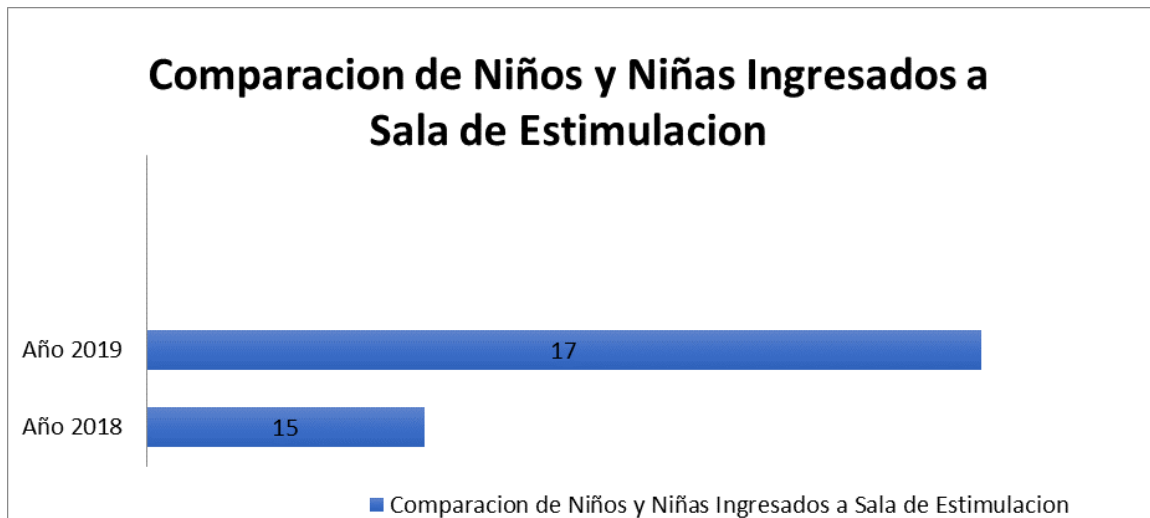
Con respecto a área de estimulación, esta cuenta con la profesional educadora de párvulos, con 30 horas semanales, realizando intervención en las tres Postas de Salud Rural de la comuna San José de Maipo.

Lo que respecta a los compromisos programados por el programa CHCC, se establece que la cobertura durante el año 2018 ingresó a sala de estimulación de mes de enero a diciembre fue de 22 niños(as) cumpliendo el 100% de la meta solicitada.

De marzo a junio 2019 han ingresado un total de 17 niños(as) en el transcurso del año, se espera cumplir con el 100% de cobertura solicitada diciembre del presente, lo que se observa que durante este año existe un aumento de ingresos de párvulos a la sala de estimulación.

A la fecha se han realizado de seis egresos por cumplimiento de objetivos.

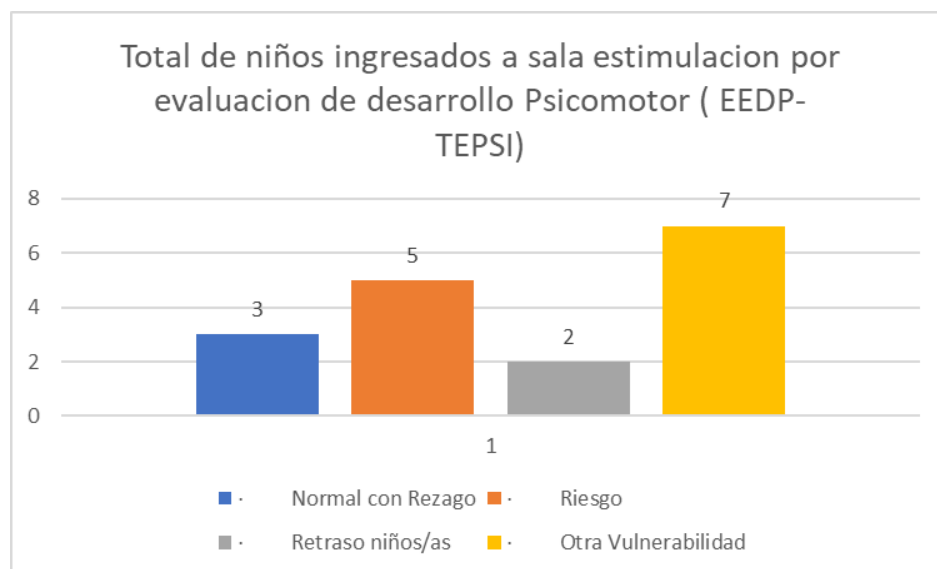
Gráfico N°113: Ingresos a Sala de Estimulación periodo 2018-2019



Fuente: Departamento estadístico CMSJM, 2019

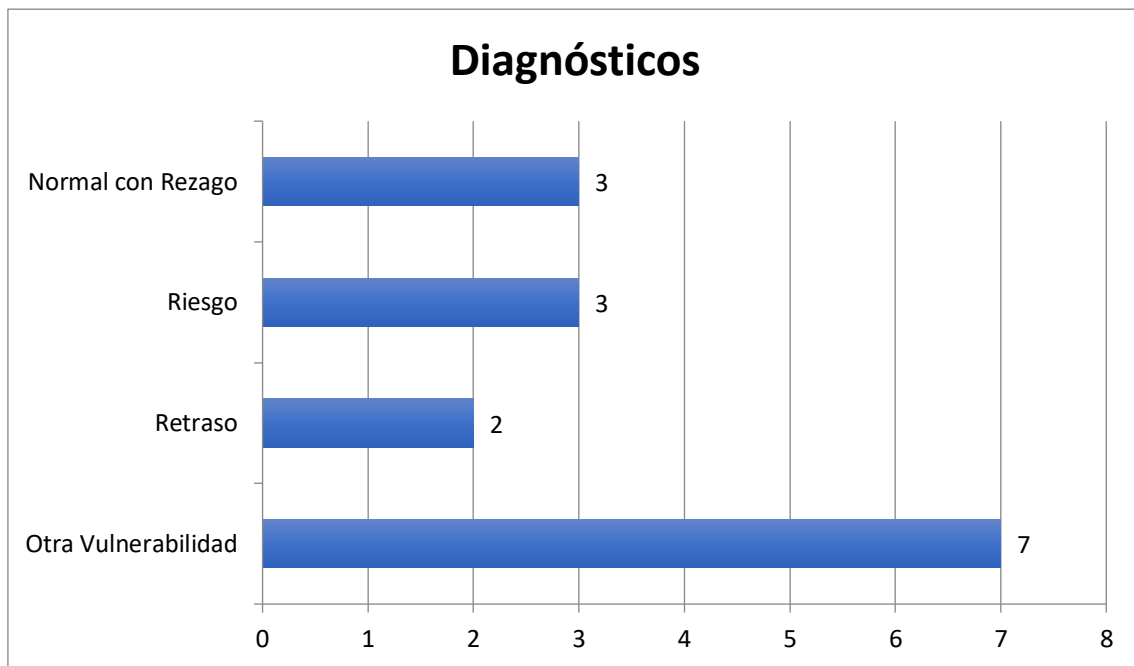
Respecto a ingresos del presente año se destaca lo siguiente: de un total de 36 evaluaciones de desarrollo psicomotor EEDP-TEPSI, diez de ellas presentan resultados alterados, siete fueron ingresados por otra vulnerabilidad (la pauta de riesgo biopsicosocial), ingresando a sala de estimulación por: (Gráfico N°114 y Gráfico N°115)

Gráfico N°114: Total de niños (as) ingresados a sala de estimulación por causa:



Fuente: Registros internos, 2019

Gráfico N°115: Motivo de Ingreso a sala de estimulación



Fuente: Departamento estadístico CMSJM, 2019

Equipamiento de sala de estimulación, según normativa vigente

- A partir del año 2019 se cuenta con escritorio y silla ergonómica para educadora de párvulos.
- En espera de instalación de lavamanos, para poder realizar la acreditación de la sala de estimulación.



Referencia: Registro interno, 2019

Cumplimientos 2019

- Educadora de Párvulos se encuentra acreditada como Facilitadora del Taller Nadie es Perfecto (Chile Crece Contigo).
- Trabajadora social se encuentra en proceso de acreditación como Facilitadora del Taller Nadie es Perfecto

Programa de Apoyo FIADI

Como parte de la estrategia establecida entre la Coordinación de las Postas Rurales de Salud y la Coordinación Comunal de Chile Crece Contigo, se establece que en el marco del Proyecto "Fondo de Apoyo para las Intervenciones del Desarrollo Infantil (FIADI), año 2019 -2020 se realicen intervenciones de estimulación fonoaudiológica en primera instancia en la localidad de Las Vertientes, para luego dar continuidad en la localidad de San Gabriel durante el segundo semestre para así abordar una mayor cobertura de la población infantil menor de 6 años de la comuna de San José de Maipo.

Este proyecto tiene como objetivo potenciar a través del apoyo itinerante de estimulación el desarrollo de niños y niñas con riesgo, rezago, retraso y otras situaciones de vulnerabilidad social cuyas principales atenciones tienen que ver con trastornos del lenguaje, las cuales se derivan desde la sala de estimulación de las Postas de salud.

De acuerdo con los registros a la fecha se han intervenido 12 niños y niñas, con un total de 67 atenciones clínicas. **Gráfico N°116.**

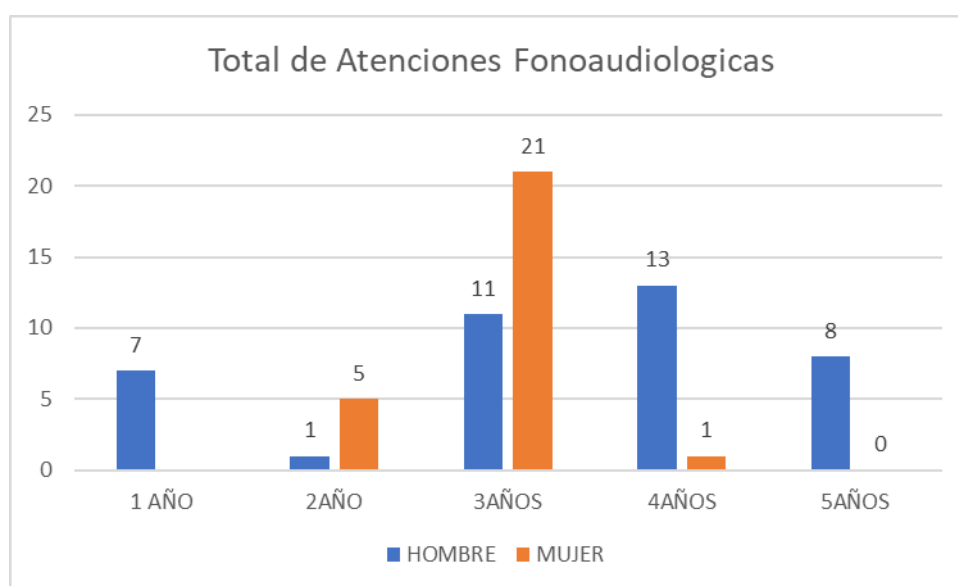
El profesional a cargo es fonoaudióloga con un total de 4 horas clínicas semanales en la Posta de salud Rural MRC y desde septiembre 3 horas clínicas semanales en la Posta San Gabriel.

Atención fonoaudióloga



Desde mediados del 2018 la fonoaudióloga del Programa CHCC comunal, realiza atenciones clínicas en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofre, acercando la atención y rehabilitación de la especialista, para los niños (as) que lo requieran, a partir de diciembre estas atenciones también se realizarán en Posta San Gabriel.

Gráfico N°116: Atenciones fonoaudióloga, por edad



Fuente: Departamento estadística CMSJM, periodo enero-junio 2019

Resumen de indicadores obligatorios de en APS al corte de junio 2019, (información extraída del REM local y de los indicadores enviados por SSMSO).

A1 - Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias con Gestantes en situación de Riesgo Psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 Riesgos Psicosociales

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA aplicada en el primer control prenatal con al menos 3 riesgos.	3	3,0	4
Nº de gestantes con situación riesgo psicosocial según EPSA al ingreso a control prenatal con al menos 3 riesgos.	1		

A6 - % de Niños (as) menores de 5 años cuyas Madres, Padres o Cuidadores Ingresan a Talleres NADIE ES PERFECTO

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresa a talleres Nadie Es Perfecto	19	0,4 revisar	7%
Población bajo control de niños(as) menores de 5 años	51		

A9 - % de niños(as) con resultado en el Desarrollo Psicomotor en la Primera Evaluación Ingresados a Sala de Estimulación

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	3	60%	90%
Nº de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	5		

A11 - % de niños(as) de 7 a 11 meses con Alteraciones en el DSM Recuperados

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de niños(as) de 7 a 11 meses con resultado "Normal" (sin rezago y excluyendo "de retraso") en la reevaluación y que en la primera	0	0,0	80%

aplicación tuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo"			
Nº de niños(as) de 7 a 11 meses diagnosticados con alteraciones (excluyendo categoría retraso) del DSM	0		

A2 - % de Gestantes que ingresan a Educación Grupal, Temáticas de Autocuidado, Preparación para el Parto y la Crianza en la Atención Primaria

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	5	42%	80%
Total, de gestantes ingresadas a control prenatal	12		

A3 - % Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de controles de salud realizadas en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	69	55%	30%
Nº de controles prenatales realizados	125		

A4 - % de Controles de Salud entregados a Diadas dentro de los 10 días de Vida del Recién Nacido (a)

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	12	200%	70%
Nº de recién nacidos ingresados a control de salud	6		

Este número no corresponde debiesen ser los mismos 12 a-4

A5 - % de Controles de Salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el Padre.

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de controles de salud entregados a niños menores de 4 años en que participa el Padre	47	37%	26%
Nº de controles de salud entregados a niños menores de 4 años	128		

A7 - % de talleres Nadie es Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Número de talleres Nadie es Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte	1	0.5	3,4
Nº de facilitadores Nadie es Perfecto vigentes a la fecha de corte	2		

A8 - % de Niños menores de 1 año, cuyas madres, padres o cuidadores, ingresan a Talleres de Promoción del desarrollo motor y lenguaje

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de niños menores de 1 año, cuyas madres, padres o cuidadores ingresan a talleres de promoción de desarrollo motor y lenguaje	0	0%	25%
Nº de niños bajo control menores de 1 año	14		

***TALLERES PROGRAMADOS PARA SEGUNDO SEMESTRE**

A10 - Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, Rezago, y déficit en su desarrollo integral.

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de niños con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación, derivados a modalidad de estimulación	1	100%	80%
Nº de niños con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación.	1		

A12 - Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago, y déficit en su desarrollo integral.

Componentes del indicador	TOTAL	% cumplimiento a la fecha	Meta
Nº de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños con resultado de déficit en el DSM, según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	11	220%	1,5
Nº de niños con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	5		

G1 - Lactancia Materna en niños y niñas controlados durante el 1er mes de vida

Componentes del indicador	TOTAL	%	Meta
Número de niños y niñas controlados con lactancia materna durante el primer mes de vida	1	50%	
Número de menores controlados de 1 mes	2		

G2 - Lactancia materna en niños y niñas controlados durante el tercer mes de vida

Componentes del indicador	TOTAL	%	Meta
Nº de niños y niñas controlados con lactancia materna durante el tercer mes de vida	2	100%	
Nº de menores controlados de 3 meses	2		

G3 - Lactancia Materna en niños y niñas controlados durante el sexto mes de vida

Componentes del indicador	TOTAL	%	Meta
Nº de niños y niñas controlados con lactancia materna durante el sexto mes de vida	2	100%	60%
Nº de menores controlados de 6 meses	2		

G4 - % de Gestantes con Riesgo Psicosocial según EPSA

Componentes del indicador	TOTAL	%	Meta
Total, de Aplicaciones de EPSA a gestantes al Ingreso a Control	16	100%	100%
Total, de Gestantes ingresadas a Control Prenatal	16		

G5 - % de Gestantes con Riesgo Psicosocial según EPSA

Componentes del indicador	TOTAL	%	Meta
Aplicaciones EPSA realizadas a gestantes en el control de ingreso que presentan riesgo	3	19%	
Total, aplicaciones de EPSA a gestantes al ingreso a control	16		

MAIS

Durante el año 2019 el programa Chile crece contigo genera estrategias de forma continua para la implementación del Modelo de Atención Integral de salud (MAIS), a través de los principios orientadores irrenunciables del modelo de salud familiar, mediante los cuales se busca mejorar la

calidad de la atención integrando tres componentes principales en los distintos ejes programáticos **promoción, prevención, participación social y calidad** en los distintos ciclos individuales de los usuarios (niños/as gestantes) entregando guías anticipatorias a nuestros usuarios para promover estilos de vida saludables.

- Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD

1

- Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

Nuestro compromiso como programa para el año 2020 es trabajar de forma transdisciplinar en el **enfoque familiar** para profundizar en el conocimiento y análisis de la estructura, la dinámica, redes de apoyo los factores de riesgo y protectores de la familia, para planificar una intervención integral a las distintas problemáticas locales de la comuna de San José de Maipo, lo que dice relación con el eje de **Intersectorialidad y territorialidad**

- Estrategia para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

4

- Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

CALIDAD

5

- La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye, modela y determina. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

ENFOQUE FAMILIAR

3

- Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6



CICLO VITAL ADOLESCENTES Y JÓVENES

- **Profesional a cargo:** Matrona Carolina Meneses Campos
- **Equipo:** Odontólogo Patricio Domínguez – Psicóloga Andrés Galvez - Trabajadora Social Rosa Salazar- TS Priscilla Castro – EU Isidora de la Paz.

Objetivos

Objetivo general:

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

Objetivos específicos:

- Transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.
- Coordinación y articulación de una red de servicios, por cuanto sus necesidades deben ser abordadas en forma integrada, posibilitando cuando sea necesario, la intervención simultánea de los distintos niveles de atención y distintos equipos, intra e intersectoriales.
- Garantizar atención a población adolescente en situaciones de vulneración de derechos y en conflicto con la justicia.

Descripción del programa

La Política Nacional de Salud Jóvenes y Adolescencia habla sobre que el desarrollo de los y las adolescentes y jóvenes es un factor decisivo para el crecimiento y desarrollo de los países pues ocurre en una etapa particularmente crucial del ciclo vital. Este reconocimiento involucra un cambio significativo en el ámbito de las políticas públicas y genera una obligación para el Estado chileno, en orden a cautelar la existencia de políticas especialmente formuladas, que garanticen el acceso y provisión de servicios, con enfoque de derechos y respeto a la diversidad y pertinencia *cultural*.

ESPACIO AMIGABLE

- **Profesional a cargo:** Matrona Carolina Meneses Campos
- **Equipo:** Matrona Carolina Meneses Campos – Psicóloga María Teresa Vera

Objetivos

Objetivo general:

El programa busca resolver las demandas de salud de adolescentes, los que no acuden a los establecimientos de salud debido a diversas barreras (horarios, largos tiempos de espera, rotación de profesionales, confidencialidad, etc.). Para ello se habilitan espacios para la atención de adolescentes de 10 a 19 años, utilizando un enfoque promocional-preventivo, con especial énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva y la salud mental, en horarios de atención diferenciados, con respeto a la privacidad, atención amigable y personal capacitado. Adicionalmente, se realizan talleres en salud sexual reproductiva y salud mental en escuelas y espacios comunitarios.

Objetivos específicos:

- Desarrollar actividades de promoción orientadas a instalar y fortalecer estilos de vida saludable o de autocuidado en los y las adolescentes.
- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquizando y otorgando manejo inicial, asegurando la continuidad de la atención y derivando oportunamente según corresponda, en los EA y establecimientos educativos.
- Promover la participación juvenil, en diversas instancias locales que incentiven y fortalezcan la voz-influencia, de los y las adolescentes en temáticas de su interés con énfasis en salud.

Diagnóstico local

Tabla N°17: Población inscrita validada:

GRUPO ETÁREO	2018		TOTAL	%
	HOMBRES	MUJERES		
10-14 años	112	64	176	50.4%
15-19 años	104	69	173	49.6%
TOTAL	216	133	349	100%

Fuente: FONASA, 2019

De la Tabla N°17 podemos extraer que la diferencia no es significativa entre los tramos de edad. No obstante, si prima la población de varones con un 60.2%.

Cabe destacar que nuestro dato no cuenta con información de PSR El Volcán. Se levanta como brecha para año 2020.

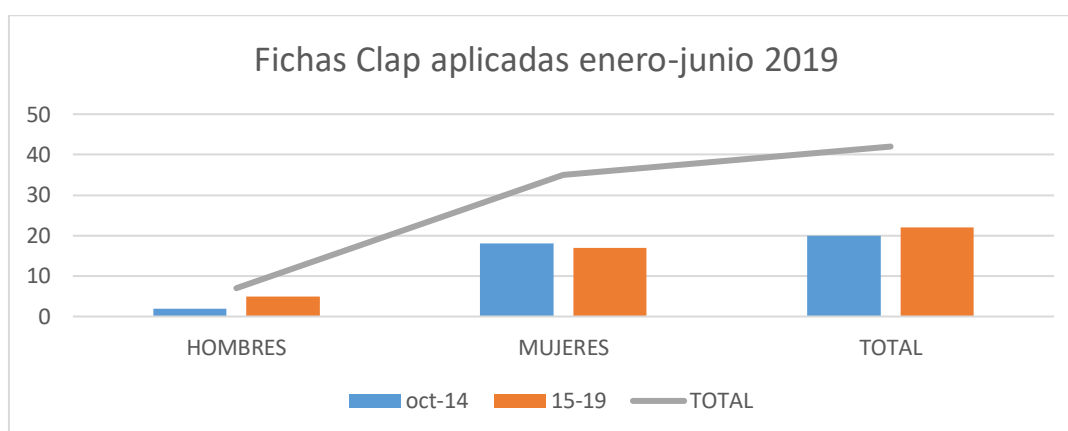
Población bajo control

Tabla N°18: Controles de salud integral del adolescente realizados en el periodo enero – agosto 2019, según sexo y grupo etario

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
10-14	2	18	20	47.6%
15-19	5	17	22	52.4%
TOTAL	7	35	42	100%
%	16.7%	83.3%	100%	

Fuente: REM semestral, junio 2019

Gráfico N°117: Fichas CLAP aplicadas en periodo enero-junio 2019



Fuente: REM enero- agosto 2018

Del gráfico anterior se pueden desprender las siguientes observaciones:

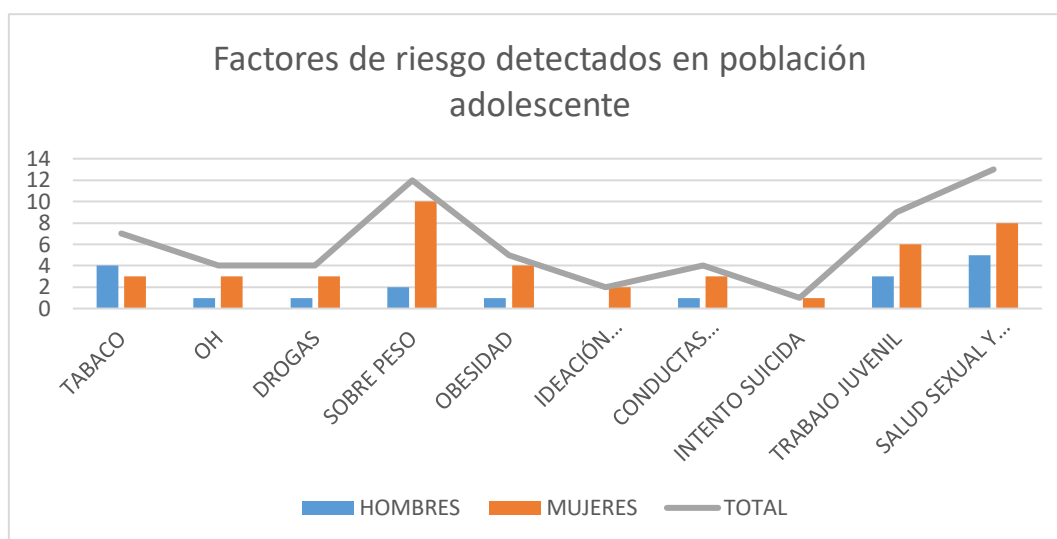
- No hay diferencia significativa entre la aplicación de CLAP en grupos etarios adolescentes
- Este año nuevamente se presenta una gran brecha en la aplicación de CJS según sexo, siendo de 16.7% en varones y 83.3% en mujeres.

Tabla N°19: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-19 años CJS:

FACTOR DE RIESGO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TABACO	4	3	7
OH	1	3	4
DROGAS	1	3	4
SOBRE PESO	2	10	12
OBESIDAD	1	4	5
IDEACIÓN SUICIDA	0	2	2
CONDUCTAS AUTOLESIVAS	1	3	4
INTENTO SUICIDA	0	1	1
TRABAJO JUVENIL	3	6	9
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5	8	13

Fuentes. REM semestral, junio 2019

Gráfico N°118: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-19 años en CJS:



Fuente: REM enero- agosto 2018

De la tabla y gráfico anterior, se desprende las siguientes observaciones:

- El principal factor de riesgo es este rango etario corresponde a Salud sexual y reproductiva, siendo mayor en mujeres que en hombres. El riesgo consiste en NO uso de método anticonceptivo (riesgo de embarazo no deseado) y/o el no uso o uso inconsistente de condón (riesgo de embarazo no deseado y por sobre todo de ITS). En todos los casos detectados se descartó embarazo en caso de las mujeres y se inicia MAC bajo "Quick Start" e indicación de método dual y/o uso de barrera de látex según corresponda. En el caso de los varones se inicia uso de Condón. Los casos de detección en establecimientos educacionales fueron derivados oportunamente a matrona en sus respectivos centros de inscripción o invitados al Espacio Amigable comunal, para evaluación, consejería e inicio de método si corresponde.
- En segundo lugar, se encuentra los estados nutricionales alterados por exceso, siendo nuevamente mayor en mujeres que en hombres.
- el consumo de sustancias, prevaleciendo el consumo de tabaco, THC (la única droga ilícita detectada en esta población) y finalmente consumo de alcohol, Cabe destacar que el nivel de consumo encontrado es principalmente de tipo experimental (determinado por aplicación de screening Crafft), más todos fueron derivados a estrategia DIR, en caso de no encontrarse ya siendo intervenidos.
- Considerar que estos casos no incluyen aquellos adolescentes que reconocen haber probado tabaco, alcohol, drogas ilícitas.
- En cuanto a conductas suicidas, al detectar los riesgos, fueron derivados inmediatamente.
- Los riesgos detectados en sustancias ilícitas y conductas suicidas son en el segundo tramo etario (15-19 años)
- Los casos de violencia escolar y VIF ya se encontraban judicializados, por lo cual no fueron considerados en Tabla

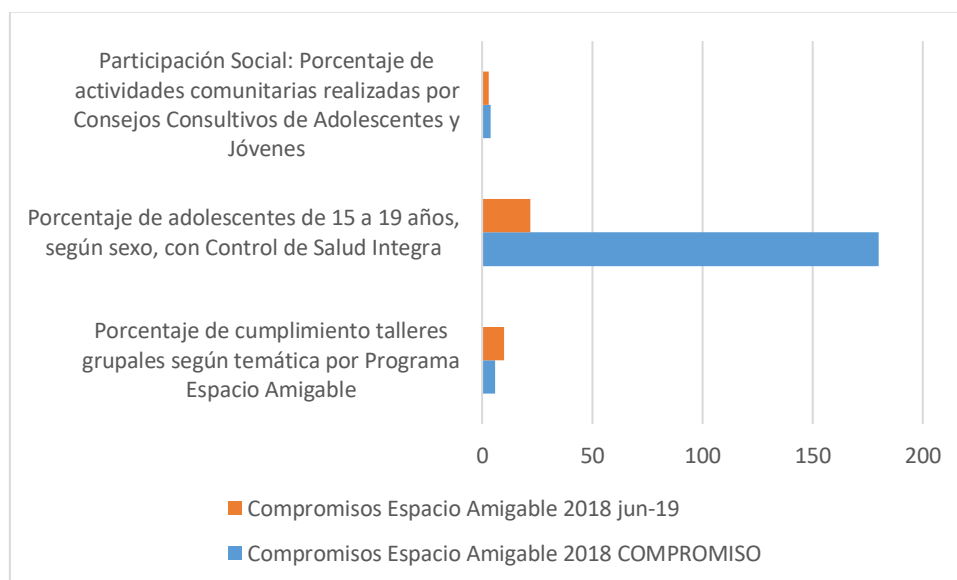
Compromisos

Tabla N°20: Compromisos Espacio Amigable 2018

Compromisos Espacio Amigable 2018			
COMPONENTE	INDICADOR	COMPROMISO	Junio 2019
Porcentaje de cumplimiento talleres grupales según temática por Programa Espacio Amigable	N° de talleres grupales según temática por Programa Espacio Amigable realizados	6	10
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, según sexo, con Control de Salud Integral.	% de adolescentes de 15 a 19 años, según sexo con Control de Salud Integral anual.	180	22
Participación Social: Porcentaje de actividades comunitarias realizadas por Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes	N° de actividades comunitarias realizadas por Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes	4	3

Fuente: Departamento de estadística CMSJM, 2019

Gráfico N°119: Compromisos Espacio Amigable 2018 versus Cumplimiento al 31 de junio 2019



Fuente: Registro interno, junio 2019

Observaciones:

De los 6 talleres promocionales en estilos de vida saludable y autocuidado programados para el año 2019 se han realizado 10 (con un mínimo de 3 sesiones por cada uno, según requerimientos del establecimiento y plan interno), superando lo solicitado. Del total de actividades han participado alumnos en los siguientes establecimientos:

- Liceo Polivalente San José de Maipo
- Escuela Julieta Becerra Álvarez
- Escuela Fronteriza San Gabriel
- Escuela el Manzano
- Escuela Melocotón
- Escuela San Alfonso



El trabajo transdisciplinario ha tenido grandes frutos, ya que la dupla de Espacio Amigable, se ha visto reforzada por otros programas para el cumplimiento de este objetivo, tales como, Programa Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Acompañamiento psicosocial, Programa de Salud Mental Integral, equipo de enfermeras, que incluye profesionales de las áreas clínica y psicosocial, entre ellos podemos mencionar, matronas, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras. Además se trabaja con el intersector, mancomunadamente, especialmente con SENDA previene y OPD.

En cuanto a la realización de Control del Joven Sano se observa una brecha, ya que la aplicación de fichas CLAP inició tardíamente en los establecimientos educacionales. Para el año 2020 el comienzo de esta actividad idealmente debiese darse desde marzo.

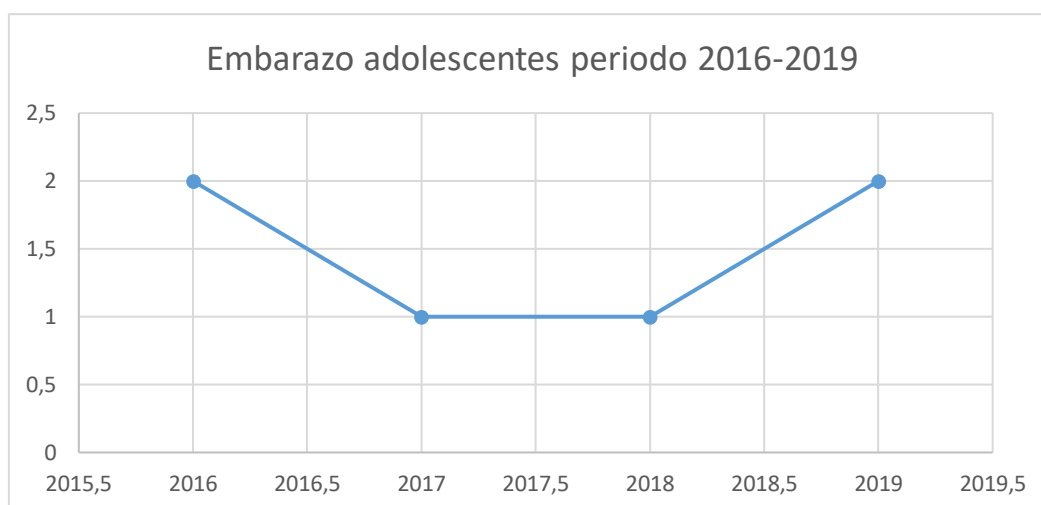
Acerca del eje de participación social y adolescencia, a fines de 2018 se logra constituir el Consejo Consultivo Adolescente propiamente tal. No obstante no tenemos continuidad de este durante 2019. Sin embargo, se han realizado conversatorios respecto de esta temática, es



específico tres, incluidas, mesas participativas pre cuenta pública, diálogos ciudadanos y consultas ciudadanas, reforzando en adolescentes, la importancia de la participación social y los diversos mecanismo participativos de los cuales pueden ser parte.

Uno de los compromisos adquiridos en 2018 fue mantener las cifras bajas de embarazo adolescente, como se presenta en el siguiente gráfico:


Gráfico N°120: Embarazo adolescente periodo 2016-2019



Fuente: REM, años respectivos.

Las estrategias utilizadas para mantener bajas las cifras de embarazo en población adolescente han sido:

- Intervenciones de promoción de salud sexual y reproductiva y regulación de fertilidad en establecimientos educacionales.
- 100% de ingresos de regulación de fertilidad con doble método.
- Consejería en salud sexual y reproductiva y regulación de fertilidad en todo control de paternidad responsable adolescente.
- Considerar la incorporación de nuevos métodos anticonceptivos como Mirena y Jadelle, con larga duración anticonceptiva, no dependiendo del uso de usuarias, ideales para adolescentes. Ambos con 5 años de cobertura.



Nuevos métodos anticonceptivos

Durante 2018 se incorporaron al arsenal de anticonceptivos el Dispositivo intrauterino medicado MIRENA y el implante sub-dérmico Jadelle®. En la actualidad se encuentran nuestras dos matronas capacitadas.

Brechas

- Considerar la población de PSR El Volcán.
- Inicio tardío de aplicación de fichas CLAP en establecimiento educacionales.
- Detección de riesgos variado en usuarios pertenecientes a otros centros de salud, lo que requiere un activación de la comunicación en nuestra área y al CHSJM, principalmente. Derivaciones oportunamente realizadas, pero escasa retroalimentación y seguimiento.

Desafíos

Para el año 2020 se plantea:

- Mantener los bajos números de embarazos adolescentes
- Fortalecer las estrategias para volver a aumentar el número de consultas de adolescentes hombres.
- Fortalecer la participación social en el periodo de la adolescencia
- Aplicación de fichas CLAP en otras instancias de participación adolescente (grupos de scout, pastoral, taller, etc.).
- Ampliar el Espacio Amigable actual para realizar atenciones en PSR San Gabriel.

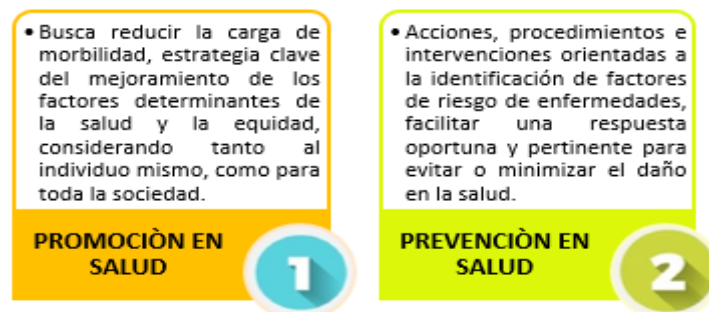
Innovaciones

Este 2019 se mantiene el foco en difundir el programa, su oferta de atención, ubicación, horario y con ello aumentar el conocimiento y reconocimiento de nuestros usuarios. Para ello se adquirió un pendón para el programa, foto carita y marco de autoretrato, chapitas del programa.


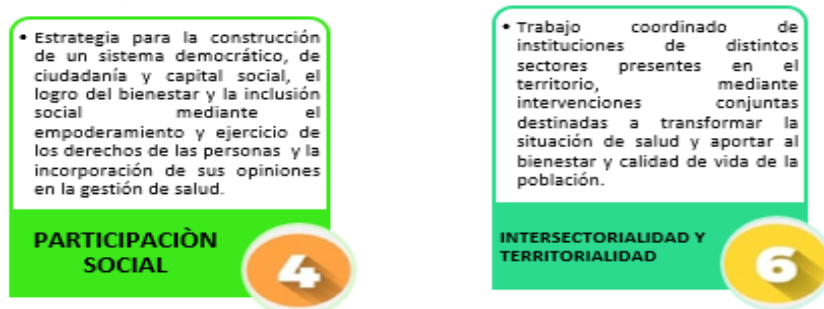
Aplicación de test rápido de VIH en Espacio Amigable.

MAIS

El programa de Salud Sexual y Reproductiva se identifica con tres ejes principales del MAIS **promoción, prevención** por nuestro tipo de trabajo con población específica.



En cuanto a la adquisición de un compromiso de trabajo 2020 quisiéramos mantenernos en los desafíos planteados con énfasis en **participación social e Intersectorialidad y territorialidad** (planteado como brecha).



Test Rápido de VIH en Espacio Amigable

Durante 2019, tras exitoso piloto desarrollado en 2018 de programa la prestación de test rápido en VIH, capacitando a las matronas del centro, incluida aquella que ejecuta el Espacio Amigable. Acercando la prevención a este importante grupo etario

PROGRAMA DEL ADULTO

- **Profesional a cargo:** María Gracia Bracho, Médico.
- **Equipo:** Pilar Silva, Médico – Nelly Standen, Nutricionista - Beatriz Susarte, Matrona – Yeans Fonseca, Enfermera – Isis Toro, Enfermera, Valentina Espinoza, Enfermera - Rodrigo Veliz, Químico Farmacéutico - Rosa Salazar - Trabajadora Social.

Objetivos

Objetivo General

Detectar en forma oportuna factores de riesgos prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través del Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, así mismo realizar el ingreso y control óptimo de usuarios con patologías cardiovasculares.

Objetivos específicos

- Mejorar el autocuidado de los pacientes ingresados en el programa de salud cardiovascular a través de educación continua mediante talleres interactivos cardiovascular.
- Aumento de Cobertura efectiva y compensación de pacientes con hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo II.
- Realizar Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, y mejorar la cobertura con respecto al año 2019, con el objetivo de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemia y otras.

Descripción del programa

En el ciclo vital adulto se trabajan principalmente dos áreas:

- La primera estableciendo un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad. El objetivo de esta estrategia de prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas o a través de la inmunización; la prevención secundaria, en cambio, identifica individuos asintomáticos en una etapa temprana de la enfermedad, en la cual se asegure una respuesta significativamente mejor que el tratamiento aplicado cuando la persona esté sintomática.
- La segunda a través del Programa de Salud Cardiovascular buscando prevenir terciariamente y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por ECV.

Niveles de prevención

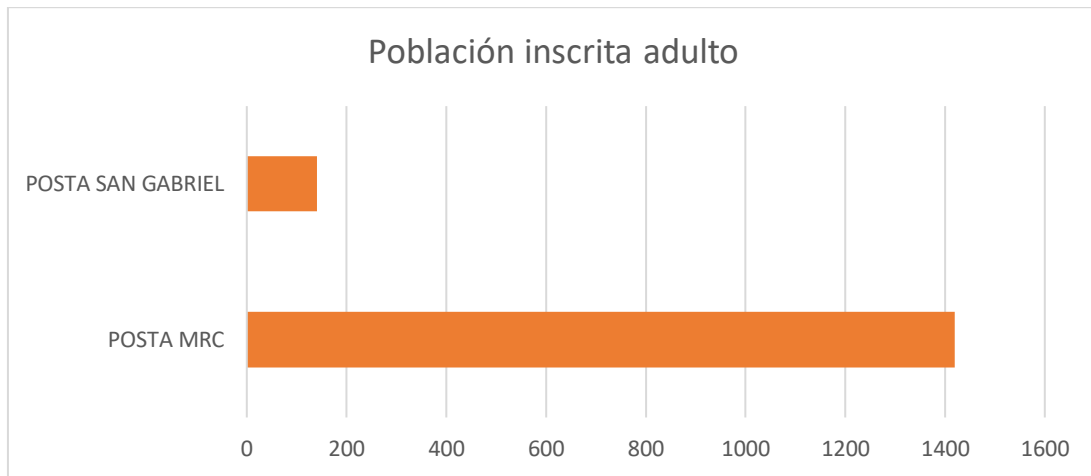
A la hora de prevención de cualquier enfermedad se habla de:

- Prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad, por ejemplo las vacunas.
- La prevención secundaria: se enfoca en detectar le enfermedad en estadios precoces, ejemplo toma de PAP.
- La prevención terciaria va dirigida a medidas que consideran el tratamiento y la rehabilitación, por ejemplo el seguimiento tras un Infarto.



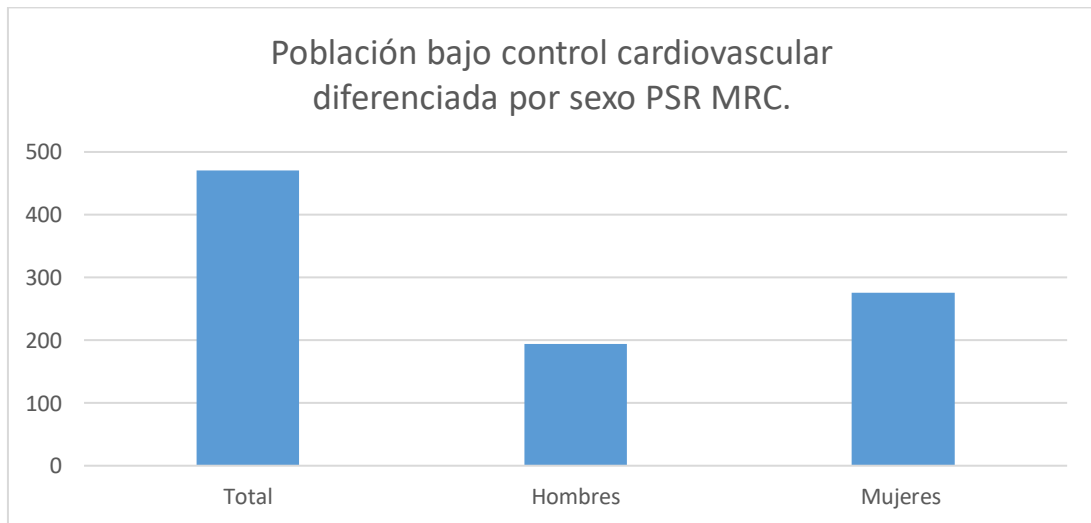
Diagnóstico local

Gráfico N°121: Población inscrita validada



Fuente: FONASA, 2019

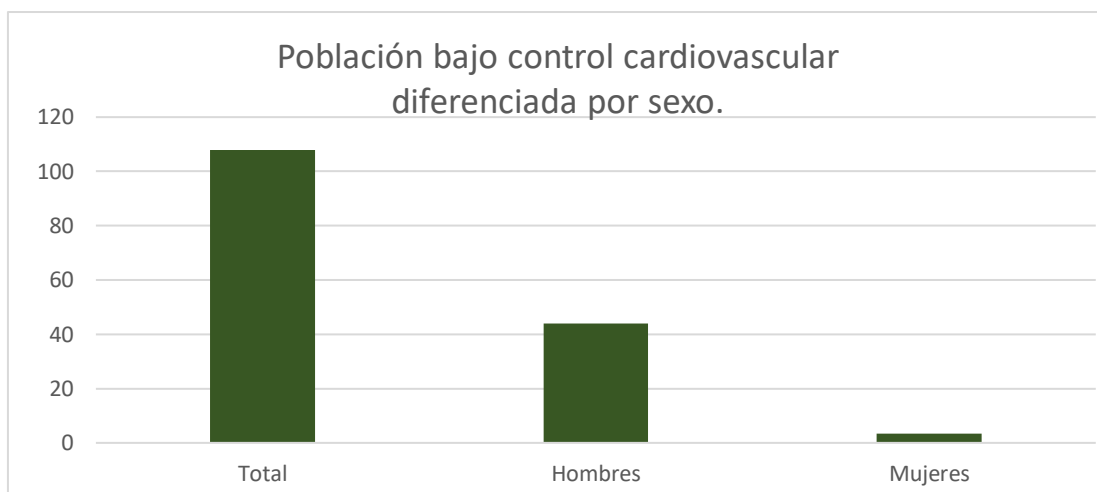
Gráfico N°122: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR MRC



Fuente: Registro interno, 2019

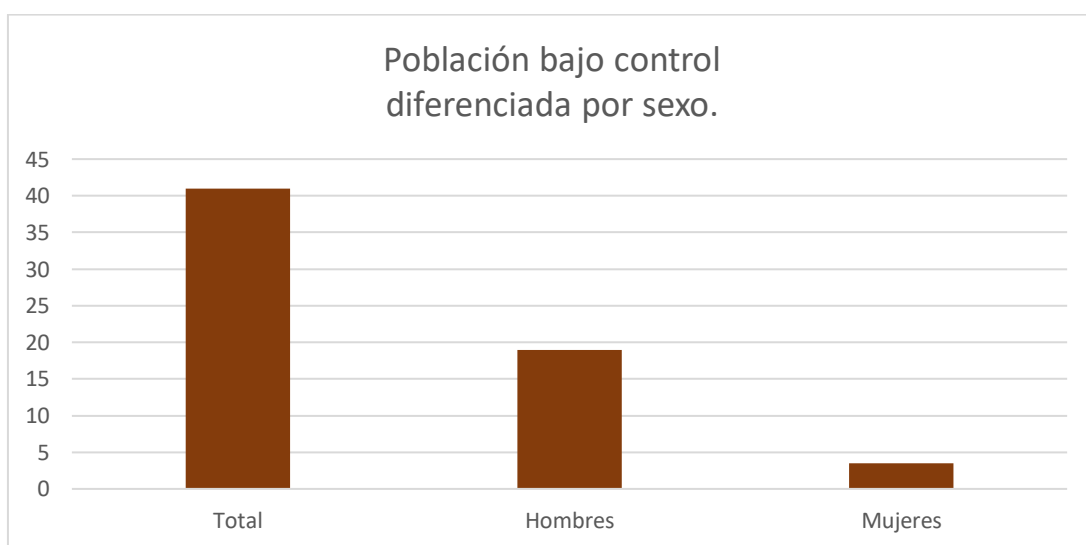
A partir del Gráfico N°122 podemos establecer que se mantiene la brecha de PBC histórica de que las mujeres se controlan más que los hombres, lo que nos sigue planteando el desafío de buscar estrategias de acercar a la población de hombres al centro de salud. Distinta situación ocurre en las PSR de San Gabriel y Volcán, como muestran los Gráficos N°122 y N°123. Debemos establecer porque se da esta situación.

Gráfico N°122: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR San Gabriel



Fuente: Registro interno, 2019

Gráfico N°123: Población bajo control (del programa en desarrollo), diferenciada por sexo PSR El Volcán



Fuente: Registro interno, 2019

Examen de medicina preventiva del adulto

Tabla N°21: Estado Nutricional: Mujeres de 20 a 64 años según EMP realizados 2019

CENTRO	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		NORMAL		BAJO PESO	
	N°	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
PSR MRC	81	74.3	27	33.3	20	24.7	31	38.3	3	3.7
PSR SG	20	18.3	9	45	4	20	7	35	0	0
PSR V	8	7.3	3	37.5	2	25	3	37.5	0	0
TOTAL	109	100	39	35.8	26	23.9	41	37.6	3	2.8

FUENTE: registro local, corte junio 2019

Tabla N°22: Estado Nutricional: Hombres de 20 a 64 años según EMP realizados 2019:

CENTRO	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		NORMAL		BAJO PESO	
	N°	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
PSR MRC	56	100	21	37.5	16	28.5	18	32.5	1	1.7
PSR SG	14	100	7	50	5	35.7	2	14.3	0	0
PSR V	11	100	6	54.5	2	18.2	3	27.3	0	0
TOTAL	81	100	34	42	23	28.4	23	28.4	1	1.2

FUENTE: registro local, corte junio 2019

A partir de la Tabla N°22 podemos establecer que en promedio solo un 28.4% de los varones bajo control se encuentra en un óptimo estado nutricional, mientras que en su defecto un 71.8% muestra un estado nutricional alterado, principalmente por exceso, siendo el sobrepeso el que prima.

Tabla N°23: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Femenino 20 a 64 Años por centro:

Factor de riesgo	MUJERES 20 A 64 AÑOS			TOTAL
	PSR MRC	PSR SG	PSR V	
TABACO	16	3	3	22
SOBREPESO	27	9	3	39
OBESIDAD	20	4	2	26
PA \geq 140/90	3	0	1	4
GLICEMIA \geq 100	16	0	1	17
COLESTEROL TOTAL \geq 200	18	1	0	19
DEPRESIÓN	0	0	0	0
CONSUMO RIESGO Y/O DEPENDENCIA OH	4	2	0	6

FUENTE: registro local, corte junio 2019

Tabla N°24: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Masculino 20 a 64 Años por centro

Factor de riesgo	HOMBRES 20 A 64 AÑOS			TOTAL
	PSR MRC	PSR SG	PSR V	
TABACO	28	2	5	35
SOBREPESO	21	7	6	34
OBESIDAD	16	5	2	23
PA \geq 140/90	8	3	0	11
GLICEMIA \geq 100	7	1	1	9
COLESTEROL TOTAL \geq 200	5	0	0	5
DEPRESIÓN	0	0	0	0
CONSUMO RIESGO Y/O DEPENDENCIA OH	8	2	0	10
TOTAL	93	20	14	

FUENTE: registro local, corte junio 2019

A partir de la Tabla N°24 destaca ampliamente el consumo de tabaco, siendo el tabaquismo una enfermedad adictiva, de difícil tratamiento y tratamiento. Un paciente es muy adicto si fuma más de 10 cigarrillos diarios o fuma al despertar.

Tabla N°25: Población cardiovascular por centro

CENTRO	HTA		DM		DLP		TOTAL
	15-64	≥65	15-64	≥65	15-64	≥65	
PSR MRC	164	194	68	69	125	144	764
PSR SG	50	34	28	15	44	24	195
PSR V	11	11	9	9	8	8	56
TOTAL	225	239	37	93	177	176	947

FUENTE: REM semestral, junio 2019

En la Tabla N°25 anterior se muestra el total de pacientes con enfermedades cardiovasculares, sin embargo, el total es diferente con respecto a la población inscrita cardiovascular debido a que muchos pacientes tienen una o más patologías asociadas.

Compromisos 2020

- Continuar con los Talleres interactivos de salud cardiovascular en las personas con enfermedades cardiovasculares, de manera mensual (marzo a noviembre) en posta Marta Ríos Cofré.
- Replicar los talleres cardiovasculares en San Gabriel y Volcán.
- Continuar con la mejora de cobertura en evaluación de fondo de ojo, para lo cual se reforzará continuamente la importancia de esta actividad y derivación oportuna en los controles realizados por médico y enfermera del PSCV.
- Continuar con las conserjerías de químico farmacéutico para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Continuar la consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto.
- Exhibición de videos educativos en la sala de espera.
- Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, focalizando el grupo de 20 a 24 años, aumentando en un 15% la cobertura de este grupo, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemia y otras de comienzo temprano.
- Aumento de la cobertura efectiva de la hipertensión arterial en al menos un 15% con respecto al año 2018 y de compensación en la población bajo control en un 20%.
- Aumento de la cobertura efectiva de la diabetes tipo II en un 15% y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- Asegurar la continuidad del tratamiento en APS a todo paciente que egresa del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, con control al 100% de ellos a los 7 días hábiles post-alta.
- Continuar la Clasificación al 100% los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica, con el fin de disminuir la progresión de enfermedad renal crónica y/o entregar tratamiento oportuno.
- Continuar de manera activa la evaluación de riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según nivel de riesgo, teniendo como meta el 100% de los pacientes bajo control.

Cumplimientos

- Desde el mes de marzo del 2018 iniciaron los Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable en las personas con enfermedades cardiovasculares, bajo intervención de varios profesionales, (médico, nutricionista, enfermera, kinesiólogo, psicóloga, matrona, dentista) en posta Marta Ríos Cofré, de manera mensual el último jueves de cada mes, con un número de participantes de 20 usuarios aproximadamente por sesión en un total de 10 intervenciones anuales.
- Mejora continua en la cobertura de registro de fondo de ojo en pacientes diabéticos al realizar la derivación oportuna en los controles y gracias a la visualización de informes en plataforma virtual. Para el corte de junio 2019, se reportaron 100 fondos de ojos en las tres postas en rem semestral, para el corte de junio 2018 hay 48 fondos de ojos actualizados.
- Continúan las conserjerías de químico farmacéutico para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Continúa la consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular. Se sigue planteando la necesidad de capacitación a todo el equipo de salud, considerándose en capacitación interna obligatoria.
- Se mantiene la pesquisa y derivación activa del Examen de Medicina Preventiva en los usuarios varones de 20 a 64 años, cumpliendo la meta solicitada por servicio de Salud, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemia y otras.
- Se ha logrado tipificar al 100% los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica.
- Durante el presente año no se ha reportado amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes, se ha realizado la evaluación de riesgo de ulceración de pie diabético en el 100% de los pacientes bajo control.
- Continua la entrega de máquinas de medición de glicemia capilar, cintas reactivas y lancetas, donde los pacientes diabéticos insulinoquirientes, realizan el auto monitoreo en sus casas y así acuden a controles con perfiles de glicemia para realizar los ajustes correspondientes en las dosis de insulina.

Metas de cumplimiento colectivo (metas sanitarias, del programa en desarrollo)

META 4				
Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más				
META 4: AÑO 2019	Nº de personas con DM2 de entre 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más el Nº de personas con DM2 de 80 años y más con hemoglobina glicosilada bajo 8% según último control vigente en los últimos 12 meses	Total, de personas de 15 y más con Diabetes Mellitus tipo 2 años estimadas según prevalencia	% COBERTURA META 4	VALOR PROPORC. META 4
	131	233	56.2%	

Fuente: REM estadístico mensuales, enero-junio 2019

META 5				
Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más				
META 5 AÑO 2019	Nº personas hipertensas de entre 15 a 79 años con presión arterial <140/90 mmHg más Nº de personas hipertensas de 80 años y más con presión arterial <150/90 mmHg según último control vigente en los últimos 12 meses	Total, de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia	% COBERTURA	VALOR PROPORC. META 5
	388	439	88.3%	

Fuente: REM estadístico mensuales, enero-junio 2019

META 8				
Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años				
META 8 AÑO 2019	Nº de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación de pie vigente (últimos 12 meses)	Nº total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control (últimos 12 meses)	Porcentaje de personas diabéticos con evaluación anual de pie diabético	VALOR PROPORC. META 8
	160	198	80.80%	

Fuente: REM estadístico mensuales, enero-junio 2019

Índice de Actividades de Atención Primaria (IAAPS, del programa en desarrollo).

Meta N°				
6	Cobertura examen de medicina preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y mas	(N° de exámenes preventivos realizados a hombres y mujeres de 20 a 64 años / total población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscritos menos la población bajo control en pscv) * 100	171	15.57%
			1098	
		(N° de exámenes preventivos realizados a hombres y mujeres de 65 y más años / total población de hombres y mujeres de 65 y más años inscritos) * 100	92	31.29%
			294	
15	Nº de personas con DM2 de entre 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más el Nº de personas con DM2 de 80 años y más con hemoglobina glicosilada bajo 8% según último control vigente en los últimos 12 meses	Total, de personas de 15 y más con Diabetes Mellitus tipo 2 años estimadas según prevalencia	131	56.2%
			233	

16	Nº personas hipertensas de entre 15 a 79 años con presión arterial <140/90 mmHg más Nº de personas hipertensas de 80 años y más con presión arterial <150/90 mmHg según último control vigente en los últimos 12 meses	Total, de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia	388	88.3%
			439	

Fuente: Estadística local, corte junio 2019

Brechas

- A pesar de la promoción que se ha realizado a los talleres cardiovasculares, y la asistencia cada vez mayor, no toda la población bajo control ha acudido a los talleres, y este año no se han replicado en posta San Gabriel y Volcán.
- Se espera cumplir con la proyección de videos educativos en sala de espera durante el 2020.
- Se mantiene la brecha de comunicación entre el Hospital Sotero y APS para asegurar la continuidad del tratamiento en APS a todo paciente que egresa del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, a los 7 días hábiles post-alta, ha sido difícil debido a la falta de información que debería ser entregada por el Hospital posterior al egreso y la dificultad de visualizar registros de atención, ya que no contamos con el mismo sistema de fichas electrónicas.

Desafíos

- Continuar en la mejora de promoción de los talleres cardiovasculares resaltando la importancia de la asistencia y mejorar coordinación para replicas en las postas San Gabriel y Volcán.
- Mejorar la comunicación con Hospital de referencia, para entregar atención oportuna a pacientes que egresen post evento de ACV o IAM en los tiempos establecidos.
- Mejorar el número de Exámenes de Medicina Preventiva en los usuarios mujeres de 45 a 64 años, y más de 65 años para realizar cumpliendo la meta solicitada por servicio de Salud.
- Mejora en la coordinación con el equipo de participación, para la proyección de videos educativos en sala de espera.
- Aumento de un 15% de Cobertura efectiva y la compensación en la población bajo control de pacientes con hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo 2, con respecto al año 2019.

Buenas prácticas

Como buena práctica desde el 2018 se realizan Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable “Aprendamos a cuidarnos” en las personas con enfermedades cardiovasculares, con intervención de varios profesionales, (médico, nutricionista, enfermera, kinesiólogo, psicóloga, matrona, dentista), de manera mensual el último jueves de cada mes en Posta Marta Ríos Cofré, de carácter voluntarios para los inscritos en el programa, el cual ayuda al manejo integral de los usuarios para una mejor compensación de sus patologías.



Referencia: Taller cardiovascular, estimulación cognitiva, 2019.



Referencia: Taller cardiovascular, 2019



MAIS

Centrado en la atención abierta y promoción de salud son los ejes más asociados al programa ya que se realizan acciones o procedimientos orientados a la

- Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD



identificación de factores de riesgos asociados a enfermedades, como también se realizan estrategias y coordinaciones para prevenir progresión de las enfermedades en la población de riesgo.

Buenas prácticas

Durante el 2019 este proyecto fue presentado al Programa de Buenas Prácticas del SSMSO, adjudicándose el financiamiento para fortalecer su desarrollo. Se busca todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red, para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo, con especial énfasis en las personas más mayores, o con enfermedades crónicas.

CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA



Nuestro compromiso con el eje menos específico sería con el eje de **intersectorialidad y territorialidad**, con el fin de acercar a la comunidad usuaria y no usuaria, a las redes y organizaciones a trabajar mancomunadamente con salud.

• Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

Profesional a cargo: Nelly Standen Fuentealba, nutricionista

Equipo:

- Médicos: María Bracho, Pilar Silva, Ricardo Hernández
- Enfermeras: Yeans Fonseca, Isis Toro, Valentina Espinoza.
- Nutricionista: Valery Farías.
- Psicólogos: Betzabe Inostroza, Javiera Parrague
- Trabajadora Social: Priscilla Castro

Características del programa

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.

Por lo anterior el Ministerio de Salud instaló la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable.

A partir de esta medición cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad. Cada Centro de Salud debe implementar acciones, preventivas, de tratamiento o rehabilitación.

La Visión de este programa es 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, asegurando de este modo una buena calidad de vida.

Objetivos



Objetivo general:

- Promover el envejecimiento saludable, prevenir y controlar la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas transmisibles y accidentes, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en los diferentes niveles de la red.

Objetivos específicos:

- Realizar el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)
- Mantener o mejorar la funcionalidad de los Adultos Mayores bajo control
- Mantener los talleres cardiovasculares a cargo de equipo multidisciplinario

Diagnóstico local

- **Población inscrita validada**

Tabla N°26: Población inscrita validada

RANGO ETÁRIO	POSTA MRC	POSTA SAN GABRIEL	TOTAL
65 – 69 AÑOS	76	16	92
70 – 74 AÑOS	70	11	81
75 – 79 AÑOS	44	5	49
80 Y + AÑOS	67	6	73

Transición demográfica

La tendencia poblacional hace referencia a un fenómeno global de disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, lo que lleva a un envejecimiento de la población. En el 2017 hay un cruce entre la población infantil y la adulta mayor, lo que se traduce que en Chile hoy hay más población mayor de 65 años que menores de 14 años.

TOTAL	257	38	297
-------	-----	----	-----

Fuente: FONASA, febrero 2019

Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM)

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud de la persona adulta mayor es la funcionalidad. El examen anual, a través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, lo que debería generar acciones sobre ellos.

Los Objetivos de este examen son:

1. Evaluar la salud integral y la funcionalidad de la persona adulta mayor.
2. Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
3. Elaborar un plan de acción y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Tabla N°27: Población Adultos mayores Bajo control y con Examen de Medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) 2019, por centro y sexo

CONDICIÓN	PSR MRC		PSR SG		PSR V		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	
AUTOVALENTE SIN RIESGO	21	21	6	6	4	1	59
AUTOVALENTE CON RIESGO	8	21	4	5	6	3	47
RIESGO DE DEPENDENCIA	6	9	1	0	0	0	16
DEPENDENCIA LEVE	2	1	0	0	0	0	3
DEPENDENCIA MODERADA	0	3	0	1	0	0	4
DEPENDENCIA GRAVE	1	3	0	1	0	0	5
DEPENDENCIA TOTAL	0	4	0	0	0	0	4
TOTAL	38	62	11	13	10	4	138

Fuente: Registros locales, 2019

Compromisos 2020

- Mejorar en un 5% la cobertura del examen de medicina preventiva EMPAM, vigentes, de la población bajo control mayor de 65 años, en comparación al año 2019.
- Mantener la cobertura de entrega lentes presbicia
- Mejorar la asistencia a talleres educativos, como tercer año consecutivo de ejecución (2020).

Cumplimientos 2019

Figura N°13: Cumplimiento de EMPAM 2019

IAAPS: EMPAM

Meta 2019: 153

Proyectados al primer semestre: 77

Realizados primer semestre: 71

Cumplimiento anual corte junio: 46%

Proyección diciembre 2019: 100%

Fuente: Departamento de estadística SSMSO

La meta esperada para el primer semestre, está en un 4% bajo lo esperado. Los meses de verano, enero y febrero, coinciden con feriado legal de la mayoría de los funcionarios que realizan esta evaluación, por lo que la meta se ve afectada. En el segundo trimestre sumaron más profesionales capacitados para aplicar EMPAM, enfermeras, kinesióloga, nutricionista, por lo que la meta anual se logrará sin problemas.

Brechas 2019

- Capacitación (actualización) tanto en aplicación de EMPAM, a incorporar en PAC.
- Capacitación (actualización) en registro RAYEN
- Implementar Talleres semestrales de riesgos de caídas, a desarrollar en segundo semestre 2019.

Estas brechas podrían generar la no pesquisa oportuna y correcta de deterioro de la funcionalidad de los adultos mayores y la derivación correspondiente para frenar o corregir dicho deterioro

Desafíos 2020

- Lograr obtener los REM, mensuales y semestrales de sistema RAYEN.
- Mejorar la cobertura EMPAM, vigentes.
- Mejorar la asistencia a talleres.

El principal beneficio asociado a este desafío será optimizar tiempos, aumentando la oferta en atención directa. Además de mejorar la funcionalidad de los AM, mejorando su calidad de vida.

Buenas Prácticas

Por segundo año consecutivo se ha mantenido el Taller “Aprendamos a Cuidarnos”, que fomenta estilos de vida saludable, estimulación cognitiva, automanejo de patologías, entre otros. Se realiza de marzo a noviembre de cada año. En cada sesión, se invita a un profesional diferente que exponga una temática según su expertiz (más detallado en PSCV), buena práctica de carácter transversal. Esta buena práctica fue postulada al programa que lleva el mismo nombre del SSMSO, adjudicándose un monto económico para la mejora de ésta.

Además, se proyecta una buena práctica para 2020, el proyecto consta de reciclaje con lombrices, en el que se invitará a participar en forma activa, a los usuarios, focalizándonos principalmente en los adultos mayores, con el objetivo de ser capacitados para replicar la experiencia en sus domicilios el lombricompostaje.

MAIS

El eje MAIS más asociado al Programa del Adulto Mayor, es **Prevención** en salud ya que una de las principales herramientas que se aplican es el Examen de Medicina preventiva de Adulto Mayor (EMPAM), que tiene como objetivo identificar factores de riesgo de pérdida de funcionalidad, deterioro de ésta y acciones para la recuperación.

• Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

**PREVENCIÓN EN
SALUD**

2



Lombricompostaje

El lombricompostaje es una biotecnología que se apoya en seres vivos para transformar materia orgánica. Además, es una técnica con un proceso limpio, de bajo costo y no ocupa mucho espacio para su aplicación.

El abono orgánico producido sustituye a fertilizantes, químicos y plaguicidas utilizados en jardines, huertos, cultivos, etc. Sirve como mejorador del suelo y es restaurador de suelos erosionados.

Como compromiso para el año 2020, se trabajará con el eje de **participación e intersectorialidad**, con el objetivo de ampliar las redes de derivación, por ejemplo a talleres comunales: actividad física, estimulación cognitiva, fomentar la autonomía y el automanejo, entre otros.

- Estrategia para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

4

- Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

SALUD MENTAL

- **Nombre del programa:** Salud Mental.
- **Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado (psicóloga).
- **Equipo:** El equipo de salud mental está conformado por los siguientes profesionales: dos trabajadoras sociales (33 horas y 44 horas respectivamente), 3 psicólogas/o (44 horas, 44 horas y 9 horas), médico general con 7 horas asignadas al programa, químico farmacéutico (7 horas) y agente comunitaria (11 horas asignadas a Programa de Acompañamiento). Las cuales son distribuidas en los 3 centros de salud pertenecientes a la CMSJM.

Objetivos:

- **Objetivo General:**

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas, enfatizando en estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

De acuerdo a memorando C51 N° 291, decretado el 28 de noviembre de 2018, Programa Salud Mental en Atención Primaria de Salud, afronta nuevos desafíos, que tienen por finalidad lo siguiente (Pág. 6: C51 N° 291, Estatuto de Atención Primaria Municipal, noviembre 2018):

- **Objetivos específicos:**

1. Desarrollar de forma permanente estrategias y acciones de promoción de la salud mental positiva y de factores protectores de la salud mental, tanto a nivel individual como colectivo.
2. Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales, de acuerdo a la realidad local y sus determinantes sociales; planificadas por ciclo vital, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupo de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.

3. Desarrollar acciones de atención y cuidado de salud mental por curso de vida; detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud.

Características del programa

Salud mental integral como unidad se sustenta en Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2017-2025, vigente en la actualidad, el cual, contempla los determinantes sociales de la salud, en marco de la desigualdad que esta conlleva. Dentro de estos se destacan: determinantes estructurales de la desigualdad de la salud; posición socioeconómica, clase social, género, etnia, educación, ocupación e ingresos. Junto a los determinantes intermedios en la salud, los cuales, impactan de manera directa al sistema de salud. Como ocurre con; circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), factores conductuales y biológicos, factores psicosociales y cohesión social. Siendo estos últimos, los que mantienen interrelación desde el bienestar de la población con el sistema previamente descrito en contexto de dicha desigualdad. Como respuesta a estas condiciones, se desarrollan acciones y estrategias permanentes para la promoción, prevención y rehabilitación de salud mental, a nivel individual y colectivo. A través de componentes que regulan y estructuran los procesos, estos son: Componente N°1: Promoción de la salud mental; Componente N°2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales y, por último, el componente N°3: Atención integral a personas con trastornos mentales.

Estos componentes tienen como finalidad, abordar al ser humano en su contexto e integralidad. Por lo que, comprende desde acciones promocionales de la salud mental positiva, acciones preventivas de los trastornos mentales, hasta acciones para brindar un tratamiento integral en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria de la Atención Primaria de Salud. Por lo que, la participación de las personas, sus familias y la comunidad, cobran un valor primordial, desde involucrarse en acciones grupales hasta el protagonismo que ejercen en los planes terapéuticos y la recuperación de trastornos mentales.

Por lo tanto, los equipos de trabajo pertenecientes al programa, deben desplegar las estrategias en cada centro de salud, mediante las carteras de prestaciones, para que tales propósitos, sean posibles y plausibles para la comunidad. Dichas estrategias se despliegan, a través de los siguientes programas que componen la unidad, con las respectivas estrategias locales y nacionales:

SALUD MENTAL INTEGRAL

Profesional a cargo: Javiera Parragué Morgado (psicóloga).

Equipo: El equipo de Salud Mental Integral está conformado por los siguientes profesionales: dos trabajadoras sociales (33 horas y 44 horas respectivamente), 3 psicólogas/o (44 horas, 44 horas y 9 horas), médico salud mental con 7 horas asignadas al programa y químico farmacéutico (7 horas). Las cuales son distribuidas en los 3 centros de salud pertenecientes a CMSJM.

Objetivos

- **Objetivo general:**

Brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

- **Objetivos específicos:**

1. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles.
2. Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.
3. Reducir factores de riesgo asociado a la carga de enfermedad.
4. Reducir el consumo de riesgo de alcohol y drogas ilícitas, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.
5. Reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.
6. Disminuir la mortalidad por suicidios en adolescentes.

Características del programa

Salud mental Integral está destinada al tratamiento integral de las personas durante todo su ciclo vital por trastornos mentales, factores de riesgo y/o condicionantes de la salud mental, a través de las siguientes estrategias:

- **Evaluación y confirmación diagnóstica:** Esta contempla desde controles hasta visitas domiciliarias, este proceso culmina con el ingreso al programa. En APS CMSJM, el proceso se elabora del siguiente modo: primera evaluación desde profesionales, trabajadoras sociales, quienes derivan con posterioridad a profesional psicólogo/a y médico. Este último, si otorga tratamiento farmacológico, deriva a profesional químico farmacéutico clínico, quien realiza seguimiento de farmacoterapia y evalúa priorización de control médico.
- **Cuidados integrales:** Este proceso inicia desde que ingresa el paciente al programa, en el cual, se co-construye el **Plan de cuidados Integrales** el usuario/a, en este proceso participa el total de integrantes de la unidad, en este se definen los objetivos a abordar en mediano plazo (plazo inferior a 6 meses), el cual, puede extenderse acorde a la gravedad y/o severidad del caso. Las prestaciones que en esta etapa se otorgan, son las siguientes: controles de salud mental, consejerías de salud mental, consultas de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, intervenciones familiares, intervención comunitaria, prescripción de fármacos en caso que sea requerido, coordinación intersectorial con redes comunitarias, asistencia a Tribunal de Familia y/o Fiscalía, según se requiera.
- **Derivación o referencia asistida:** Está acción se despliega cuando se requiere la derivación a un centro de mayor complejidad. En caso de APS CMSJM, los principales centros referenciales corresponden a COSAM San José de Maipo en nivel secundario y CDT CASR, en nivel terciario. El equipo promueve la motivación y adherencia a centro referencial, favoreciendo la vinculación, mediante acompañamiento, presentación de caso en Consultorías, gestión de horas (rescate telefónico y VDI). A su vez, los pacientes reciben atención y seguimiento, hasta que se realiza el ingreso efectivo a estos. Para luego,



Co-construcción

La co-construcción hace referencia a **crear de la mano con otra persona**. Proceso creativo social y activo que está basado en la colaboración entre profesionales y usuarios, que se inicia para generar valor en el proceso.

Plan de cuidados integrales

Instrumento que explicita un diseño de intervención para cada usuario elaborado en base a un motivo de consulta, evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la familia. v red de apoyo

establecer monitoreo y actualización de los casos, por medio de reuniones y/o contactos telefónicos/correos electrónicos.

- **Seguimiento:** Se destaca la presente acción, puesto que, junto con el monitoreo previamente descrito. El equipo sostiene reuniones periódicas con el intersector (reuniones bimensuales OPD, PPF, establecimientos educacionales, entre otros), asistencia regular a consultorías (frecuencia mensual) y a su vez, realiza seguimiento de las prestaciones otorgadas en otros programas, para favorecer una atención integral y continua al usuario/a.
- **Consultorías de salud mental:** "En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, la articulación entre los servicios especializados y el nivel primario de atención de salud es un aspecto crítico en la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental." (Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental, 2016, pág. 12)

La Consultoría incluye tres componentes:

1. Supervisión y apoyo del equipo consultor al equipo consultante respecto a un caso clínico.
2. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto, considerando que la complejidad no está determinada solo por el diagnóstico médico psiquiátrico.
3. Coordinación clínica y administrativa respecto a continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa en el territorio. (Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental, 2016, pág. 13).

En APS CMSJM, durante el año 2019 se han realizado las siguientes acciones:

Se planificaron un total de 10 consultorías presenciales, sin presencia del usuario/a, de las cuales, a la fecha, se han realizado:

- Tres Consultorías infante-adolescente; 7 enero 2019, 18 marzo, 13 mayo. En las que se ha abordado un total de 31 casos.
- Tres Consultorías Adultos 21 febrero, 22 abril, 12 junio. En las que se ha abordado un total de 31 casos.

Por lo tanto, al corte de 30 junio, se han cumplido en un 60%, el compromiso de gestión establecido.

Junto con lo anterior, en COMGES 9, se definió la aplicación de: *Pauta de cotejo de criterios de calidad para supervisar aplicación de "Orientación Técnica de Consultorías"*. De las cuales, en APS CMSJM, se han aplicado en un 100%, siendo informado el SSMSO de manera oportuna.

Cabe destacar, que ha sido una fortaleza el poder contar con asistencia en la mayoría de las consultorías, de Médicos APS y contar con figura de Psiquiatra adultos comprometido con los pacientes, propositivo con instalación de ficha de derivación de casos. Equipo transdisciplinario APS y COSAM comprometidos y motivados al trabajo conjunto y coordinado.

- **Alta clínica:** Esta instancia implica la culminación del proceso con el paciente, en el cual se establece: evaluación integral de egreso, revisión de cumplimiento de Plan de Cuidado y uso de instrumento de evaluación. Durante periodo 2019, hasta corte de 30 junio se efectuado un total de 43 altas clínicas, correspondiente al 9% dela población

bajo control. Junto a un 10% de abandonos, lo cual, evidencia la importante adherencia de los pacientes hacia sus procesos.

Junto con lo anterior, se han propuesto estrategias de mejoras para el funcionamiento del programa, de las cuales se destacan las siguientes:

Estrategias 2019

El periodo 2018 tuvo por objetivo implementar nuevo modelo de intervención y reestructuración, basado en elaboración de nueva modalidad de ingresos, aumento de frecuencia y rendimiento, efectuar la implementación de Plan de Cuidados Integrales, organización de intervención por ciclo vital, favoreciendo el seguimiento e intervención, del grupo familiar en su totalidad. Junto al Plan de rescate de pacientes con larga data de tratamiento con fármacos benzodiazepinas, que permitió la disminución significativa de farmacoterapia con uso de patrón adictivo. En el periodo actual, se ha enfocado en gestión de la demanda, priorización de atenciones desde equipo integral, regulación de procesos estadísticos, reforzar herramientas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, monitoreo de casos basados en la gravedad, severidad y cronicidad, reforzar protocolos de actuación ante emergencias, regularizar proceso de monitoreo de población bajo control, enfatizar en procesos de calidad de la Salud Mental (concentración, formularios, seguimientos, prestaciones, coordinaciones en red intersectorial, entre otros).

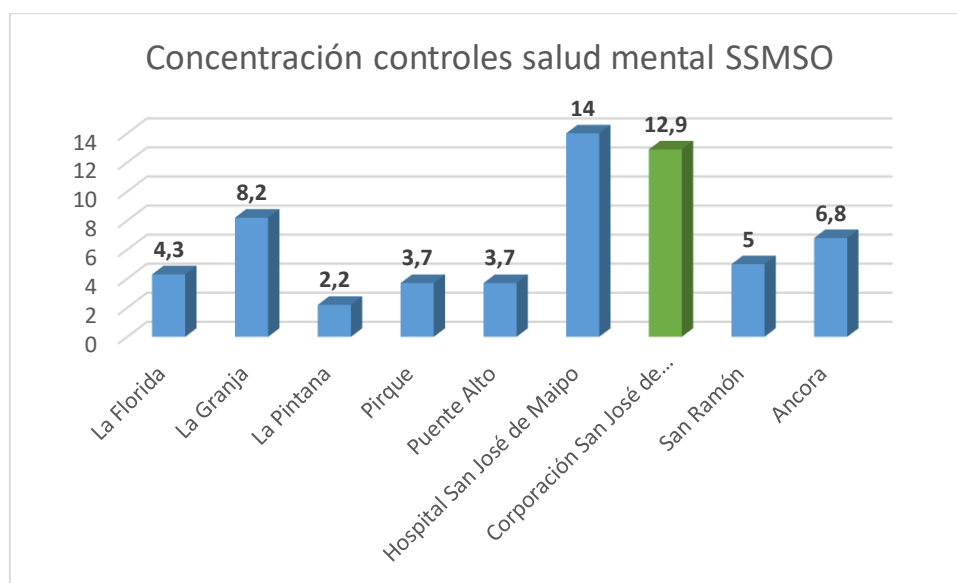
Cumplimientos 2019

De acuerdo al Índice De Actividad De La Atención Primaria en Salud (IAAPS) correspondiente al programa, el cual consta de: Prevalencia de 17% de atención a personas de 5 años y más, con trastornos mentales, factores de riesgo y/ condicionantes de la salud mental, concentración de controles de personas de 5 años y más, con trastornos mentales, factores de riesgo y/ condicionantes de la salud mental, correspondientes a 8 sesiones anuales. Junto a compromisos de gestión establecidos (COMGES 9), sumados a las estrategias y objetivos locales, podemos destacar lo siguiente:

- Suspensión de consumo de fármacos benzodiazepinas en un 90%. A partir de la implementación de Plan de rescate de pacientes con larga data de tratamiento con fármacos benzodiazepinas.
- Implementación de Plan de Cuidados Integrales, con una cobertura del 80% de los pacientes bajo control, correspondiente a 303 usuarios, los cuales en su totalidad se concentran en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofré (localidad Las Vertientes).
- Concentración de controles de salud mental en 12,9%, siendo la comuna con mayor número de atenciones de SSMSO, de las cuales, por meta presenta un requerimiento de 8 sesiones anuales (Gráfico N°125).
- Actualización de población bajo control, la cual evidencia un aumento significativo en 47%. Con respecto a N° de Personas de 5 años y más, esperadas según prevalencia (17%) IAAPS. Por lo que, al corte de 30 junio de 2019, se cuenta con una población bajo control de 377 usuarios/as.
- Atención integral de pacientes de salud mental, con seguimiento transdisciplinario, teniendo un total de 79% de la PBC bajo atención regular y periódicas desde los distintos actores del equipo.
- Acciones proteccionales en contexto judicial del 100% de los casos con factores de riesgos asociados a Violencia Intrafamiliar, negligencia parental, abuso sexual, violación, entre otros.

- Cese del riesgo de los pacientes con condicionantes de salud mental: ideación e intento suicida en un 100%.
- Cumplimiento en un 110% de COMGES 9, asistencia a consultorías, con participación de profesional médico y coordinadora del programa. Junto a la presentación de casos en fichas que contemplan los antecedentes necesarios, para una adecuada revisión de estos.

Gráfico N°125: Concentración de controles de salud mental SSMSO



Fuente: Departamento de estadística SSMSO, 2019

Brechas 2019

- Aumento significativo de demanda del programa, lo que implica lista de espera superior a 30 días.
- Nuevas incorporaciones estadísticas de REM 2019, lo que, dificulta la adaptación a nuevos componentes a considerar en el monitoreo.
- Aumento significativo de casos de alta complejidad, que no logran adherencia en nivel secundario y terciario, por lo que, debe ser contenido en APS, lo cual, disminuye el recurso de gestión desde trabajadoras sociales para el abordaje de casos de baja y mediana complejidad.
- Asistencia irregular de profesionales psiquiatras en consultorías de COSAM San José de Maipo; reiteradas y prolongadas licencias médicas de Psiquiatra adulto e Infanto-adolescente.
- Implementación de Plan de Cuidados Integrales solo en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofré (localidad Las Vertientes).

Desafíos 2020

- Implementación de Plan de Cuidados Integrales solo en Posta de Salud Rural: San Gabriel y El Volcán.
- Reforzar estrategias de seguimiento de controles médicos de salud mental, para establecer controles priorizados a casos de mayor gravedad.
- Establecer estrategias con intersector, que promuevan la adherencia nivel secundario y terciario.

- Sostener reuniones periódicas con encargado SIDRA y estadísticas, para establecer seguimiento de los registros REM.

SALUD MENTAL INTEGRAL: ÁREA MÉDICA

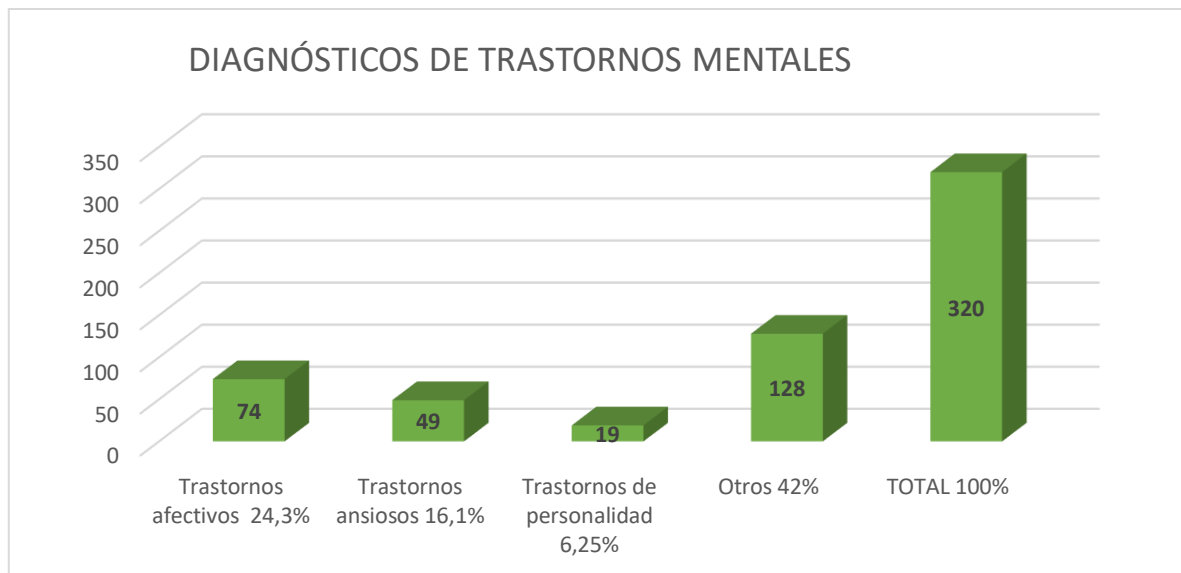
Diagnóstico salud mental

Con relación a diagnóstico de trastornos mentales y condicionantes asociados tenemos un total de 307 pacientes bajo control, se logra dilucidar un predominio de población femenina con un 72%, en relación a población masculina que constituye un 28%. Desde el ámbito de categorización diagnóstica con etiología confirmada, se observa un importante predominio de:

- Trastornos del afectivos (trastornos depresivos) con un 24.3% de los cuales predominan leves con un 59 % del total moderados con un 26 %, del total de trastornos depresivos.
- Seguimiento trastornos ansiosos 16.1 %
- Trastornos de personalidad le siguen dentro de los más prevalentes con un 6.3%.
- Cabe destacar una categoría de otros diagnósticos que engloba a la mayoría de los controlados corresponde al 42 %.

Como se puede observar en el Gráfico N°126 el aumento de Trastornos del humor, evidencian un alza considerable en relación a periodo 2018, en el cual, los Trastornos Ansiosos prevalecían en un 60%, por sobre **otros** y los **trastornos del humor** solo ocupaban un tercer lugar. En la actualidad, prevalece los diagnósticos: **otros**, que corresponden principalmente, a crisis no normativas asociadas a rupturas de vínculos, duelos por fallecimientos, estresores que interfieren en la dinámica familiar, entre otros.

Gráfico N°126: Diagnósticos de trastorno mentales



Fuente: Elaboración propia, 2019

Cumplimientos 2019

- Aumento de frecuencia de atención de médica salud mental en PSR San Gabriel y PSR El Volcán.
- Aumento de rendimiento en atención médica e ingreso - controles de salud mental, para favorecer y optimizar proceso diagnóstico y terapéutico de los usuarios.
- Implementación de ingreso al programa por médico salud mental único para contar con mayor integración de las tres Postas de Salud Rural y homogenización intervención independiente al ciclo vital.
- Gestión de horas médicas urgencia protegidas para atención de pacientes con trastornos mentales graves.
- Aumento de efectividad médica a nivel de APS, lo que implica menor número de derivaciones a COSAM, mayor número pacientes controlados y adherentes a tratamiento.
- Plan de alta de salud mental al término proceso terapéutico.
- Gestión de horas para optimizar y confirmar asistencia de pacientes, esto el día previo al control para no perder horas médicas.
- Reuniones de equipo salud mental con discusión de casos complejos para optimizar manejo y tratamiento.
- Reunión intersector junto a COSAM para discusión de casos en contexto de consultoría asociada a COMGES 9, en la cual, se acuerdan tratamientos farmacológicos, estrategias, indicaciones, entre otros. Dentro de esta, se aplica Pauta Evaluación de Orientaciones Técnicas de Consultorías, en las cuales, se destaca la participación activa del médico de APS. Dado que, de un total de 6 Consultorías, ha asistido a 5 considerando el corte de 30 de junio.

Brechas 2019

- Se pesquisa una baja en los controles de salud mental por médico que alcanza un 25 % de inasistencias.
- Difícil adherencia a control farmacológico y compromiso del paciente en cumplir indicaciones y metas terapéuticas.
- Pocas horas de agenda de salud mental para ingreso y controles, quedando varios pacientes sin posibilidad de control o ingreso.
- Difícil contra referencia de los seguimientos de pacientes atendidos en COSAM

Desafíos 2020

- Mejorar adherencia a controles de pacientes.
- Mejorar adherencia farmacológica.
- Mejores registros Rayen y estadística interna para comprender realmente número de usuarios bajo control.
- Consolidar trabajo mancomunado entre APS-nivel secundario, para generar un sinergismo en proceso terapéutico.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN SALUD MENTAL

- **Equipo:** Rodrigo Véliz, Químico farmacéutico.



Seguimiento farmacoterapéutico

Es la herramienta mediante la cual, el profesional químico farmacéutico puede evaluar y monitorizar la farmacoterapia, en función de las necesidades particulares del usuario, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados en su salud, con la finalidad de obtener el máximo beneficio de la medicación que toma, midiendo su necesidad, efectividad y seguridad en cada situación clínica. Como proceso asistencial implica que se efectúe de forma sistemática, continuada, documentada y describe como el farmacéutico pueden coordinar su trabajo con otras profesionales, respecto a un proceso asistencial enfocado en el usuario.

Descripción

La atención farmacéutica en la unidad de salud mental se enmarca en los lineamientos propuestos por el seguimiento farmacoterapéutico y la psicoeducación como herramientas clave para el desarrollo de la actividad al servicio de la unidad. De esta forma, se permite la vinculación efectiva desde el momento de la educación al usuario con respecto a sus patologías y tratamientos, para dar paso a un acompañamiento del proceso de tratamiento con miras en la consagración de metas en beneficio de su bienestar global.

Objetivos

Objetivo general:

- Participar de forma activa en los procesos relacionados a la unidad de salud mental, con énfasis en velar por la seguridad y pertinencia de los abordajes farmacológicos de los usuarios pertenecientes al programa con la finalidad de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Objetivos específicos:

- Generar conocimiento en el usuario consultante respecto a sus tratamientos farmacológicos y patologías de salud mental.
- Asesorar de forma activa al equipo de salud mental de forma integral con respecto al abordaje de casos desde una mirada farmacológica.
- Implementar el seguimiento farmacoterapéutico de forma activa en los procesos de salud mental al servicio de la obtención de objetivos terapéuticos.

Análisis de situación año 2018

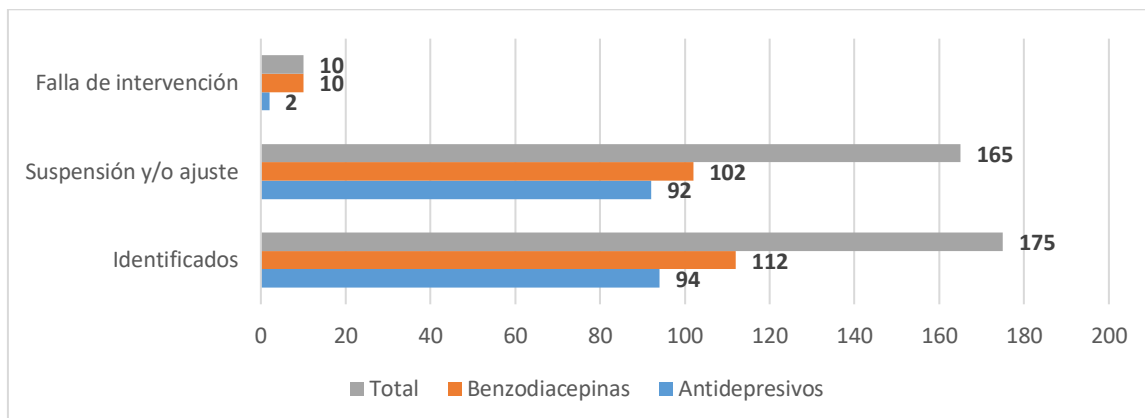
Durante el año 2018, se abordó el problema principal respecto a tratamientos de salud mental en materia de

perpetuación de tratamientos y la dependencia de medicamentos antidepresivos y ansiolíticos. De esta manera, se comenzó con una implementación desde la mirada de la auditoría, con revisiones de la medicación sin entrevista para dar cuenta de los casos, para luego, dar paso a una intervención clínica que se enmarca en el contexto del seguimiento farmacoterapéutico, abordando de forma integral, desde una mirada farmacéutica, las necesidades y problemas no resueltos de los usuarios identificados.

La participación en el equipo de Salud Mental ha permitido la visión transdisciplinaria de los pacientes, generando estrategias de abordaje adecuadas a cada caso, esquemas farmacológicos

adecuados y acotados, además de un seguimiento activo y efectivo por el equipo de salud mental.

Gráfico N°126: Resultado de intervenciones farmacéuticas en tratamientos perpetuos o relacionados a conductas adictivas.

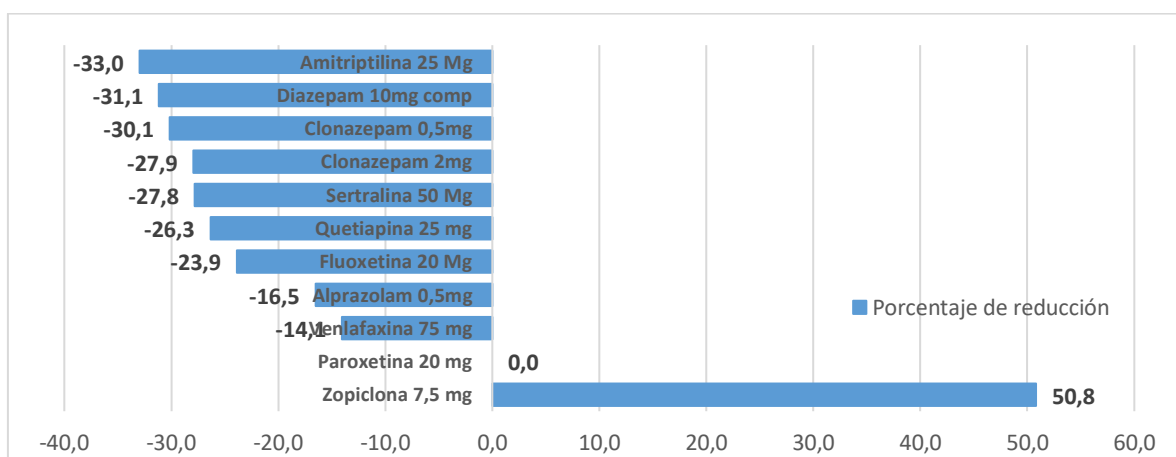


Fuente: Registro de atenciones farmacéuticas interno.

De esta forma, tenemos que se logró un éxito del 95% en las intervenciones sobre este grupo de pacientes, entre las que se cuentan suspensiones de tratamientos sin indicación pertinente mediante pautas de retiro progresivo, cambio por equivalentes terapéuticos según el efecto buscado y, ajustes asociados a derivaciones en los casos que correspondiese, dejando un universo de 10 pacientes donde la intervención, a pesar de ser realizada, no fue efectiva (Gráfico N°126).

Este comportamiento consolidado, se condice con lo observado durante 2018 en los consumos de medicamentos de salud mental, observando fuertes disminuciones de la cantidad de medicamentos despachados de esta clase (antidepresivos y benzodiacepinas), pero a su vez, un alza en sustitutos terapéuticos como es el caso de zopiclona 7,5mg para el manejo de insomnio (Gráfico N°127).

Gráfico N°127: Variación porcentual de consumo de medicamentos en pacientes asociados a la estrategia de rescate e intervención farmacéutica.



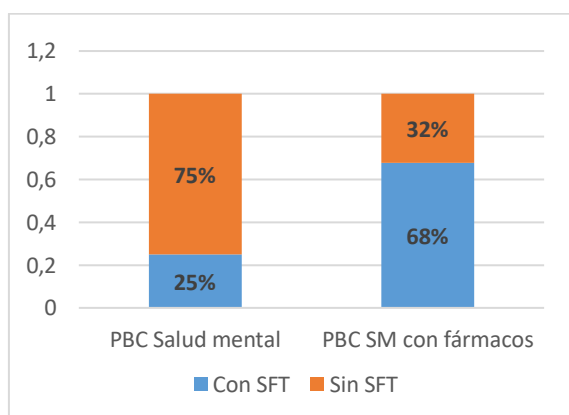
Fuente: Registro mensual de movimientos de stock, 2019

Cumplimientos 2019

Atenciones farmacéuticas en Salud Mental

Durante 2019, se mantuvo el posicionamiento dentro del flujograma de salud mental, rompiendo la propuesta inicial de fomentar la salida de medicamentos de larga data en marco de antidepresivos y ansiolíticos, para dar paso a la implementación efectiva de la herramienta de Seguimiento Farmacoterapéutico y psicoeducación. De esta manera se realizó una cobertura de 78 pacientes bajo a esta estrategia, lo que se traduce en una cobertura efectiva del 25% del total de la población bajo control de salud mental. Si acotamos la población a aquella que se encuentra bajo tratamiento farmacológico prescrito, el porcentaje de cobertura del Seguimiento Farmacoterapéutico alcanza el 67,8% (Gráfico N°128).

Gráfico N°128: Porcentaje de cobertura efectiva del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes de salud mental



Fuente: Departamento de estadística CMSJM, 2019

La participación en el equipo de Salud Mental ha permitido la visión transdisciplinaria de los pacientes, generando estrategias de abordaje adecuadas a cada caso, esquemas farmacológicos adecuados y acotados, además de un seguimiento activo y efectivo por el equipo de salud mental.

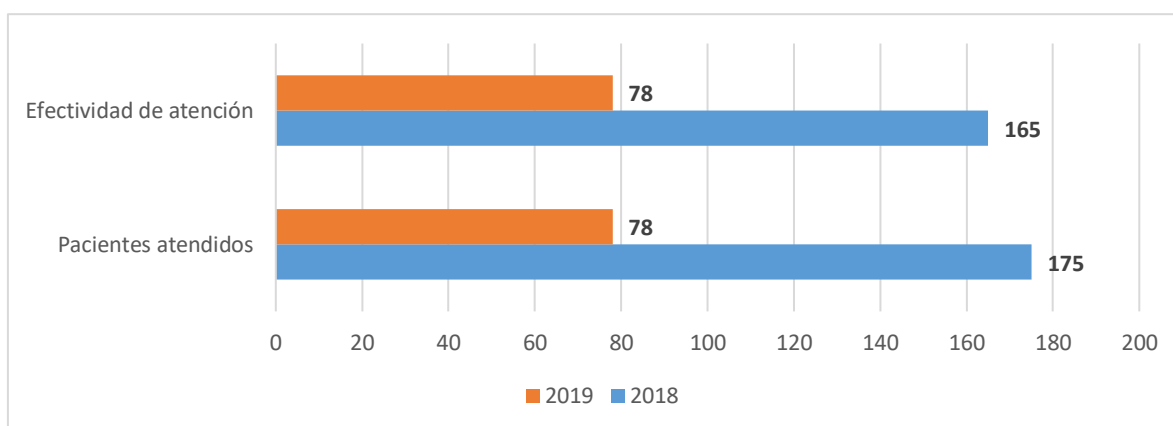
Sin embargo, la comparación entre cantidad de atenciones entre el año 2018 y el año en curso, da cuenta de una disminución sustancial de la cantidad de atenciones que alcanza el 55%. Este comportamiento responde a que la estrategia de abordaje actual se enmarca en un proceso de atención integrado, donde la atención farmacéutica está inserta dentro de un escenario protocolizado y no responde a un abordaje desde la problemática más aguda como es el consumo y perpetuación de medicamentos, sino que ahora colabora en el problema de fondo que es dar una acogida integral a las necesidades y preocupaciones del usuario (Gráfico N°129).

Psicoeducación



Tiene como función informar al usuario y su familia sobre la enfermedad, sus posibles causas, síntomas, signos de agudización, necesidad de cumplimiento de la medicación, etc. Destacar que este proceso de innovación de incorporar al profesional químico farmacéutico en el flujograma de atenciones del Programa de Salud Mental Integral, fue seleccionada y presentada en la versión 2019 de las Jornada de Buenas Prácticas de la Universidad de Concepción.

Gráfico N°129: Usuarios con SFT, versus efectividad de la atención (2018-2019)



Fuente: Elaboración propia, años respectivos.

Brechas 2019

- El modelo de atención farmacéutica clínica no pudo ser implementado según lo dispuesto como desafío durante el año en curso en los centros extremos (PSR San Gabriel, PSR El Volcán) debido a la carga laboral del quehacer farmacéutico. Sin embargo, a través de la automatización y sistematización de procesos, se buscará subsanar esta brecha durante el año 2019.
- Participar de forma activa en las instancias de educación masivas del quehacer en salud mental, dada la carga laboral del quehacer farmacéutico.

Desafíos 2020

- Incorporar el modelo de atención farmacéutica en los centros extremos (PSR San Gabriel, PSR El volcán) con la finalidad de abordar bajo los mismos lineamientos las problemáticas agudas (perpetuación de tratamientos, uso en conducta adictiva de medicamentos) para luego dar paso a la atención clínica enmarcada en el abordaje integral de las necesidades del usuario desde un enfoque farmacológico.
- Aumentar los porcentajes de cobertura de la población bajo control en tratamiento farmacológico en materia de salud mental en PSR Marta Ríos Cofré, con la finalidad de dar cobertura efectiva a los requerimientos de la unidad y del usuario.

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Descripción

El Programa de Salud Mental Comunitaria, tiene como objetivo entregar atención en el contexto del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de APS con enfoque de redes integradas de servicios de salud (RISS).

Aportando y contribuyendo a elevar el nivel de Salud Mental de las personas, mejorando su capacidad individual y colectiva. Previniendo y Promoviendo la salud mental positiva, accesible, oportuna y eficaz para los usuarios de nuestras Postas de Salud Rural Marta Ríos Cofré-Ex Las Vertientes, San Gabriel y Volcán.

Respecto a la estrategia, esta corresponde a la realización de talleres e intervenciones de carácter comunitario para usuarias/os de las Postas Rurales de San José de Maipo,

propendiendo a espacios de encuentro, capacitaciones, activación de redes, educaciones, promoción y prevención. Talleres en escuelas El Manzano, El Melocotón, San Alfonso y Liceo Polivalente. Además de considerar apoyo, colaboración y la creación de nuevos grupos de autoayuda.

Objetivos

Objetivo General:

El equipo de salud debe realizar actividades de promoción de la salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local, a través de talleres educativos con el fin de fortalecer los factores protectores y entregar herramientas para el desarrollo de habilidades personales.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer los factores protectores y/o habilidades personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico, fomentando el desarrollo de las habilidades personales de autocuidado y la generación de estilos de vida saludable, a través del desarrollo de temáticas específicas ligadas a un mayor bienestar psicológico.
- Realizar actividades preventivas en personas con factores de riesgo y/o en trastornos de salud mental a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Por medio de intervenciones de carácter preventivo/educativo con pertinencia cultural y de género.
- Facilitar la conformación de nuevos grupos como colaborar con los requerimientos de los ya instalados y promover el desarrollo de grupos de autoayuda en la comunidad y en los grupos de usuarios de la APS.

Cumplimientos 2019

De acuerdo a compromisos de gestión establecidos entre CMSJM y SSMSO, que corresponden a: 4 talleres promoción, 4 talleres prevención y 2 grupos de autoayuda, de los cuales, a la fecha, se han llevado a cabo los siguientes:

- **Talleres Promoción**

Talleres Escuelas: Talleres realizados en intersector educación, a la fecha se han implementado tres talleres con enfoque en prevención de factores de riesgo asociados a la pubertad y adolescencias, las temáticas son:

1. Violencia en el pololeo.
2. Consumo.
3. Violación-abuso sexual.
4. Embarazo adolescente.
5. Prevención de suicidio.

Los cuales se han realizado en espacios educativos: Escuela San Alfonso, Escuela El Manzano, Escuela Melocotón. Como también, se cuenta con fecha y hora para la implementación de taller en los siguientes espacios: Liceo



Polivalente San José de Maipo y Escuela Julieta Becerra Álvarez, alcanzando un 75% de cobertura de compromiso.

- **Talleres Prevención:**

Taller adulto mayor “Aprendamos a Cuidarnos”:

A la fecha, se han realizado un total de dos talleres con participación de la Unidad de Salud Mental, con temática de prevención de Trastornos Mentales asociados a patologías crónicas, “Taller Aprendamos a Cuidarnos”, destinado a población adulta mayor, que presente cuadros emocionales relativos a diagnósticos crónicos, de los cuales, se realiza una sesión mensual (marzo a diciembre). En la actualidad se han llevado a cabo, dos talleres lo que equivale a un 66.7% de cumplimiento del compromiso. Por lo que, con fecha jueves 26 de septiembre se inicia el último taller.



Taller adolescente:

Taller conformado para momento evolutivo de adolescencia (10-19 años), el cual, ha a la fecha, se realizado una sesión, de un total de cinco. Dado las dificultades de adherencia. Pese a ello, la participación, ha sido activa con motivación. Las temáticas abordadas son: factores de riesgo de adolescencia, comprensión biopsicosocial del momento evolutivo en curso, autoconocimiento, género, identidad individual y social. Con el taller llevado a cabo se cumple un total de 75% de cumplimiento del componente prevención.

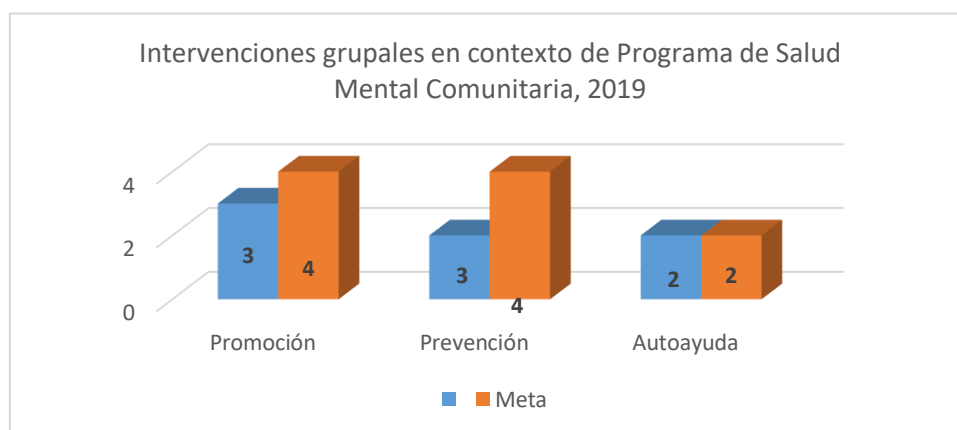
- **Grupos de Autoayuda:**

Durante el año 2019 se conformará como GAA el Club de Adultos Mayores Paulina Morel, de localidad Las Vertientes. Además, están recibiendo apoyo para postulaciones a proyectos, dado que cuentan con personalidad jurídica.

Se encuentra en vías de conformación Grupo de Autoayuda de Migrantes, coordinada en conjunto con Grupo de Migrantes de la comuna de Puente Alto y OMIL San José de Maipo.

Además, se retomará trabajo comunitario con grupo de Mujeres Tejedoras, varias de ellas capacitadas como monitoras comunitarias.

Gráfico N°130: Intervenciones grupales en contexto de Salud mental comunitaria, 2019.



Fuente: Informe corte evaluación componentes intervenciones grupales en APS, elaboración propia, 2019

Por lo tanto, al corte 31 de agosto se ha cumplido en un 75%, las actividades grupales de promoción y prevención comprometidas, siendo los grupos de autoayuda, los que han logrado un 100% en su implementación (Gráfico N°130).

Brechas 2019

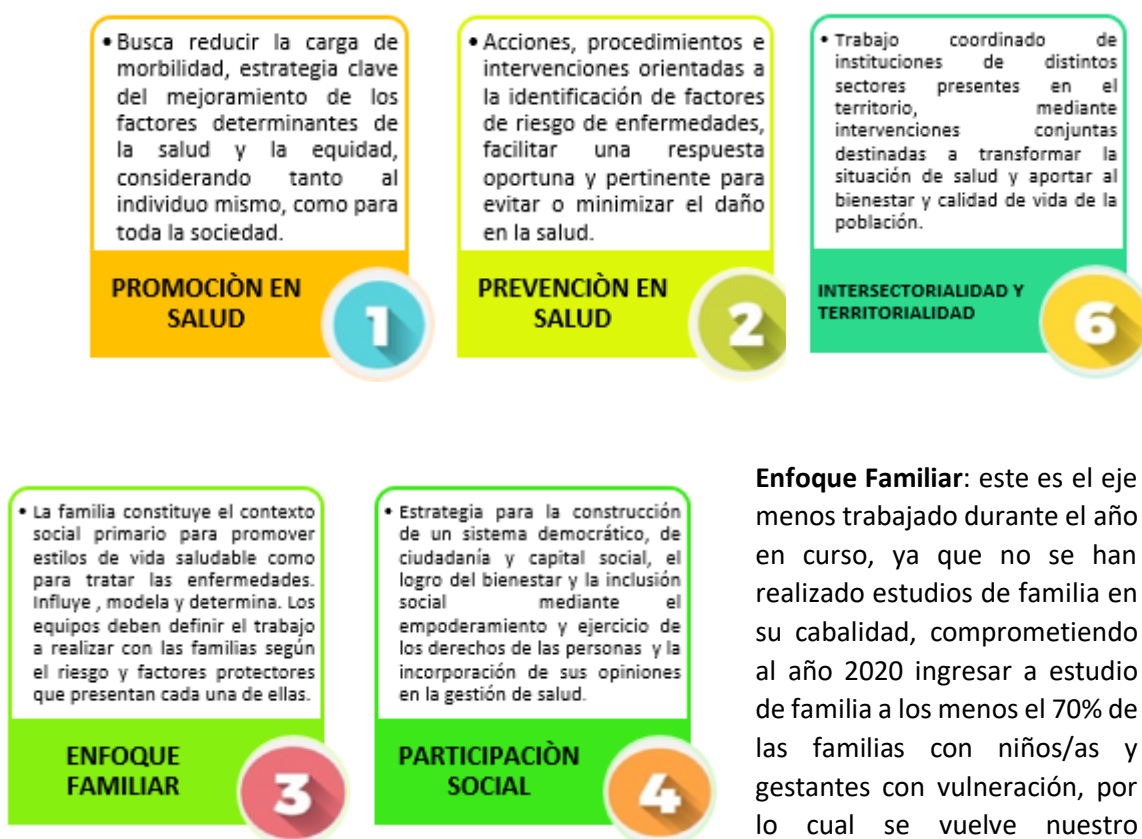
- Menor participación de adolescentes en talleres. Lo cual, dificulta la normal implementación de este.
- Deficiente adherencia en periodo de invierno (condiciones climáticas de la comuna), lo cual, disminuyen en 3 meses, el periodo adecuado para tales actividades.

Desafíos 2020

- Fomentar la participación de adolescentes en talleres de prevención de Salud Mental.
- Implementar talleres de prevención de temáticas depresión, manejo ansiedad e higiene del sueño.

MAIS

El programa Salud mental Comunitaria intenciona estrategias de forma continua para la implementación del Modelo de Atención Integral de salud (MAIS). En el caso del programa de salud mental comunitaria los ejes asociados serían: **promoción en salud, prevención en salud, intersectorialidad y territorialidad, participación social.**



Enfoque Familiar: este es el eje menos trabajado durante el año en curso, ya que no se han realizado estudios de familia en su cabalidad, comprometiendo al año 2020 ingresar a estudio de familia a los menos el 70% de las familias con niños/as y gestantes con vulneración, por lo cual se vuelve nuestro compromiso 2020.

PROGRAMA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR).

- **Profesional a cargo:** Priscilla Castro.
- **Equipo:** Priscilla Castro, trabajadora social-Francisca Rosales Acuña, trabajadora social

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, en la población de 10 o más años

Objetivos específicos:

- Aplicar tamizajes para evaluar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores.
- Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas, conforme resultados de la evaluación previa de consumo de riesgo. Esto es, intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.
- Asegurar la referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas (consumo perjudicial o dependencia).

Componentes

Objetivos específicos	Estrategias
Aplicar tamizaje para la detección de riesgos por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población de 10 años y más.	Aplicación de instrumento tamizaje desde 10 años a 165 usuarios/as de APS CMSJM, correspondiente al 8% de la población bajo control de centro de salud en el periodo 2019.
Realizar intervenciones breves para reducir consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en personas con consumo de riesgo.	Intervención breve en adultos e intervención motivacional en adolescentes en usuarios/as evaluados con consumo de riesgo.
Referencia asistida de personas detectadas en tamizaje previo con consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, esto es: consumo perjudicial o dependencia.	Referencia asistida efectiva a personas con alto riesgo, consumo perjudicial y/o dependencia.

Descripción del Programa

El programa tiene como objetivo reducir la carga de riesgo de enfermedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Chile. El referido está enfocado a la población que se atiende en establecimientos de la Atención Primaria de la Salud para que puedan acceder con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, basado en las orientaciones de Salud Familiar e Integral.

En CMSJM, la implementación del programa, se lleva a cabo en los 3 centros de salud, en los que se dispone de equipo transversal para la ejecución de tamizajes de alcohol, tabaco y otras

drogas. En las cuales, participan: matronas, nutricionistas, TENS, odontólogos, químico farmacéutico, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos/as, trabajadoras sociales. Estas son organizadas a través, de metas por prestador, a inicio del periodo anual, espacio en el que, a su vez, se evalúa proceso del año previo. Cabe destacar, que la aplicación de tamizajes e intervenciones correspondientes, se llevan a cabo en centro de salud, dentro de proceso de evaluación y control. Como también, son implementados en intersector educación, en el cual, se dispone de profesional enfermera, la cual realiza la evaluación de riesgo, en sus distintas dimensiones.

Cumplimientos 2019

- **Capacitación 2019:**

Se implementó capacitación para periodo 2019. Que constó de lo siguiente: Se llevó a cabo un total de dos capacitaciones, la primera de ellas, corresponde a réplica de capacitación, en la que se reforzó: tamizaje: ASSIST, tipos de intervención, importancia de la motivación en el proceso. La segunda de estas, se abordó: evaluación de proceso 2018, resultados de metas por prestador, revisión de convenio 2019 y estrategias de levantamiento de brechas, periodo 2019. En las presentes, se contó con la participación de equipo cabecera, coordinadores de programas, profesionales: odontólogos, TENS, enfermeras, matronas, nutricionistas, químico farmacéutico, entre otros.

- **Planificación de reproducción de material asociado al programa:**

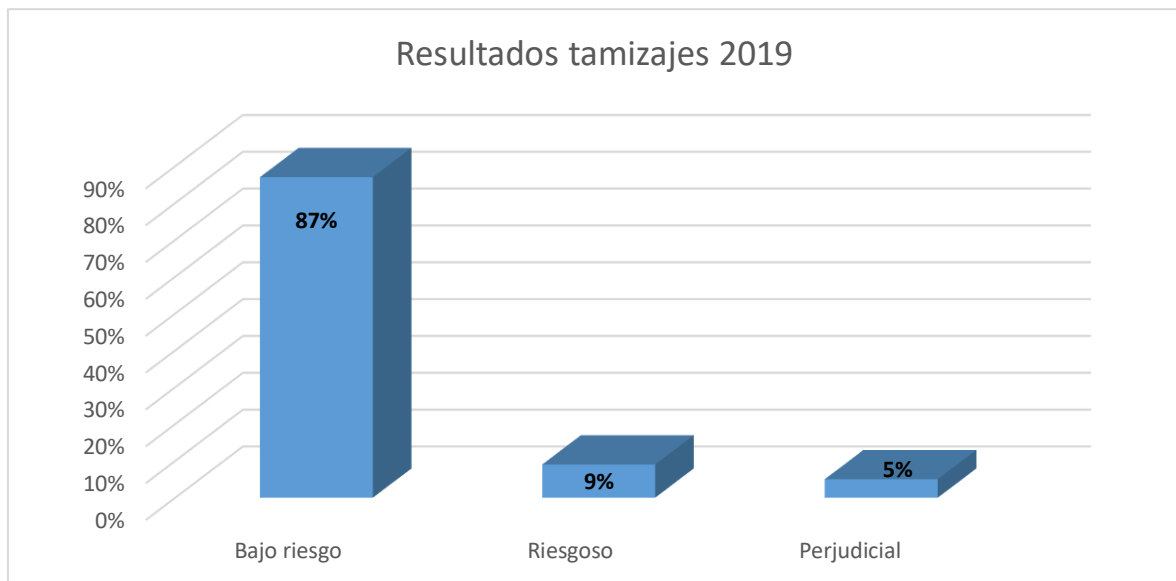
Se estableció material gráfico de elaboración propia, que consiste en:

1. Guía de reducción de consumo de tabaco y otras drogas (500 unidades).
2. Díptico de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, destinado a intersector educación y comunitario con información respecto a centros referenciales y acciones ante factores de riesgos asociados a estas (500 unidades).
3. Afiche de taller de prevención de consumo con orientación en proyecto de vida (100 unidades).

Las cuales han sido distribuidas en atención clínica, talleres promoción y prevención, disposición sala de espera, entrega a redes de intersector.

- **Priorización de atención en programa salud mental: Asignación** de horas protegidas para referencia asistida a Programa Salud Mental para casos de consumo perjudicial, dependencia de alcohol y drogas; factores de riesgo de población adolescente asociada a este. Total 9 horas al mes de dupla psicosocial del programa con rendimiento de 40 minutos.
- **Aplicación tamizaje alcohol y drogas:** La aplicación de tamizaje se realiza por el equipo clínico en totalidad, en el que participan profesionales: matronas, odontólogos, nutricionistas, TENS, químico farmacéutico, kinesiólogos, enfermeras, entre otros. Cabe destacar, que, al corte de 30 de junio, se ha logrado la ejecución de un total de 299 tamizajes aplicados, de un total de 165 requeridos, lo que, corresponde a un cumplimiento del 181% de la meta anual. De los cuales, 26 cuentan con consumo de riesgo, 14 con consumo perjudicial de alcohol y/o drogas y 259 con consumo bajo riesgo. Cabe destacar, que el total de estos, cuentan con las respectivas intervenciones, teniendo un cumplimiento del 100% (Gráfico N°131).

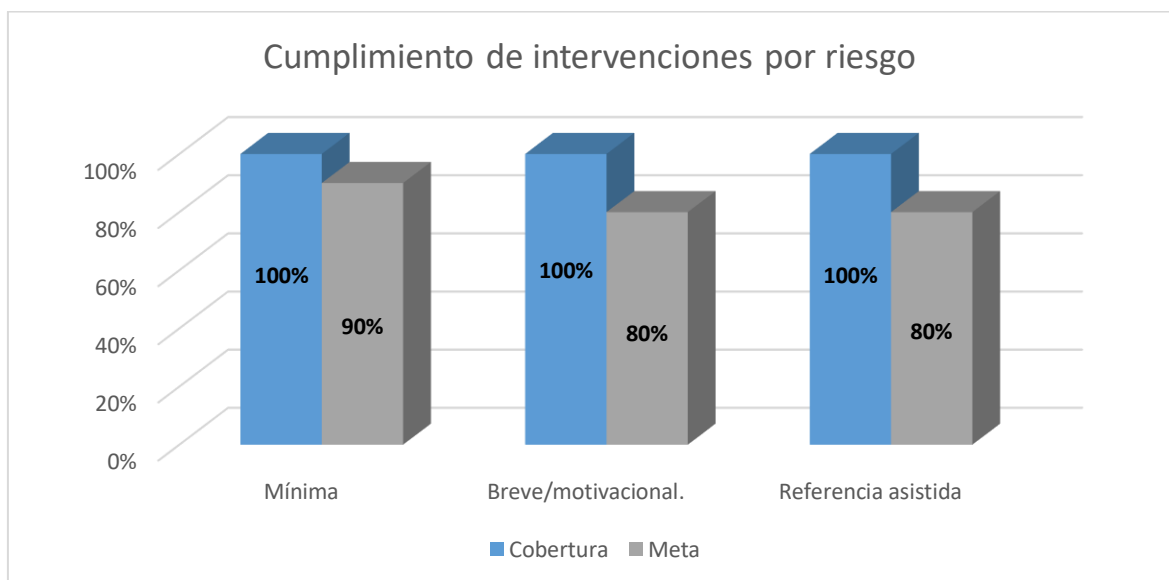
Gráfico N°131: Resultados tamizajes 2019



Fuente: Departamento Estadísticas SSMSO, corte junio 2019

Por lo que, en términos de compromisos 2018, se ha logrado la implementación de intervenciones por resultado en un 100%. Junto a una importante cobertura de la población bajo control del centro y espacios comunitarios.

Gráfico N°132: Cumplimiento de intervenciones por riesgo



Fuente: Departamento Estadísticas SSMSO, corte junio 2019

Brechas 2019

- Baja aplicación de tamizaje ASSIT con respecto a otros screening, como: AUDIT y CRAFFT.

- Bajo resultado de tamizaje: consumo perjudicial de 5%, en relación a resultados de consumo: bajo riesgo, que corresponden a 87% (gráfico N°132), lo que podría dar cuenta, de falta de demanda de atención en salud, de aquellas personas que presentan dependencia de alcohol, y drogas.

Desafíos 2020

- Aumentar la aplicación de tamizajes ASSIT en población adulta.
- Reforzar capacitación de equipo en tamizaje ASSIST.
- Implementar aplicación de tamizajes ASSIST y AUDIT en espacios comunitarios de participación de adultos (junta de vecinos, centros de padres, entre otros).

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

- **Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado.
- **Equipo:** Priscilla Castro, Trabajadora Social-Rosa Salazar, Trabajadora social-Natalia Albornoz, Gestor Comunitario.

Descripción del programa

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

Propósito: “Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental”.

El Programa tendrá una alta interacción con los programas existentes en la APS como: Salud Mental en APS, Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a los programas de la Red SENAME, Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Chile Crece Contigo, Espacios amigables para Adolescentes, Habilidades para la Vida de JUNAEB, y NNA con vulneración de derechos que deben ser integrados a la Red de Salud, entre otros. Con excepción del programa de JUNAEB, el resto de los programas está implementado en toda la APS del país. Por otro lado, se debe vincular a la familia con el servicio “Salud Responde” como una herramienta de soporte y consultas (WHO-AIMS, MINSAL, evaluación del sistema de salud mental en Chile, 2014).

Objetivos

Objetivo General:

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

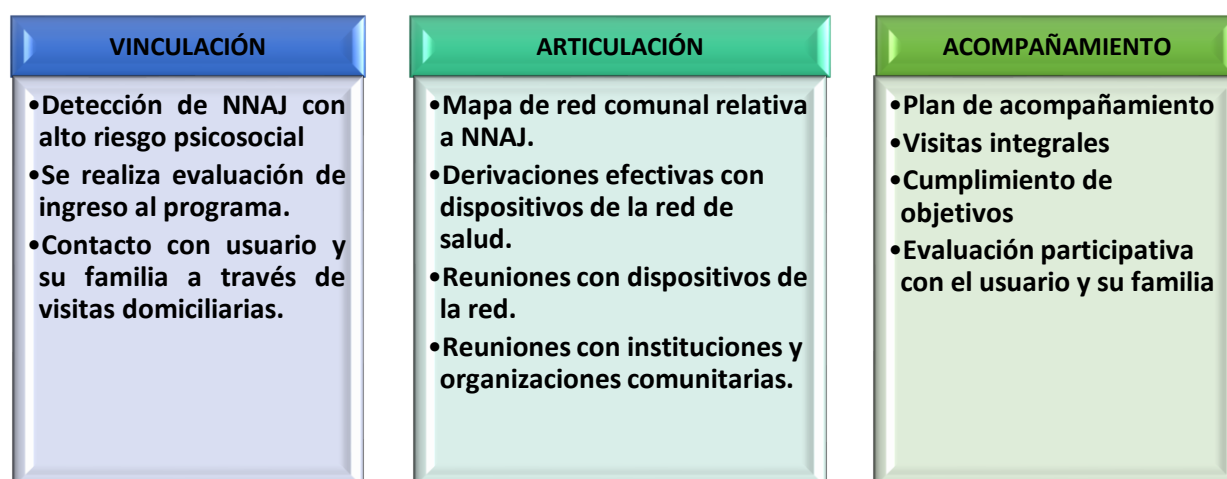
Objetivos específicos:

1. Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del

- establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.
2. Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.
 3. Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.

Programa de Acompañamiento Psicosocial está enfocado en tres lineamientos: (Figura N°14)

Figura N° 14: Lineamientos Programa de Acompañamiento Psicosocial



Fuente: Elaboración propia, 2019

Población objetivo 2019

Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, en establecimientos de Atención Primaria (CGU, CGR, y Hospitales comunitarios) con población mayor de 5.000 personas entre 0 y 24 años. Se deben realizar acciones para alcanzar el 3% de cobertura de la población de riesgo psicosocial.

Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes que presenten alguna de las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

1. Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y púerperas con hijos menores de 1 año.
2. Situaciones de violencia; esto es NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
3. Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
4. Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
6. Adolescentes gestantes.
7. NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Trastornos del Desarrollo)

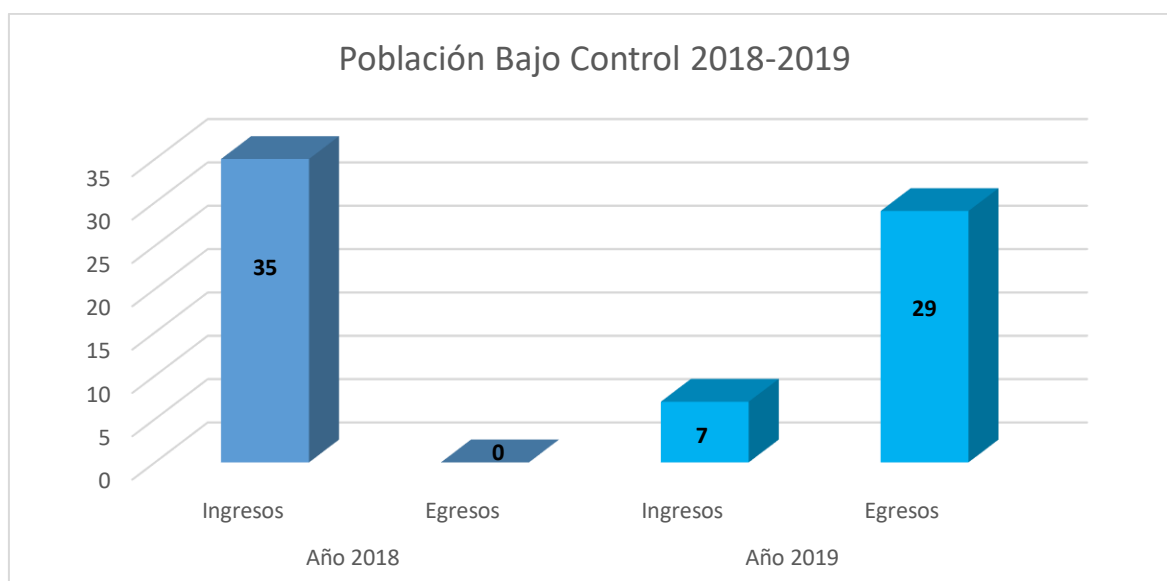
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME).
9. NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros).
10. NNA que no forman parte del sistema educativo y jóvenes que no se encuentran ni estudiando ni trabajando.
11. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

Cumplimientos 2019

Componente Nº 1: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria.

Detección e identificación de 35 NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, Realización de evaluación de ingreso, evaluación de la situación al ingreso y egreso del estado de salud mental y el funcionamiento familiar y Elaboración del Plan de acompañamiento, el cual se encuentra en concordancia con Plan de Cuidado Integral (PCI) del centro de Salud de APS de CMSJM. Por lo que, se cuenta con un cumplimiento del 100% correspondientes a ingreso y población bajo control del programa.

Gráfico Nº133: Población bajo control periodo 2018-2019.



Fuente: Elaboración propia, 2019

Componente Nº 2: Acciones de articulación

Elaboración del Mapa de Red comunal de SAN José de Maipo, el cual incorpora las Instituciones y Organizaciones Comunitarias que se encuentran en el territorio cercano a Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofré, con las respectivas derivaciones efectivas con los dispositivos de la red de salud, intersector y organizaciones comunitarias relacionados con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa.

Acciones realizadas:

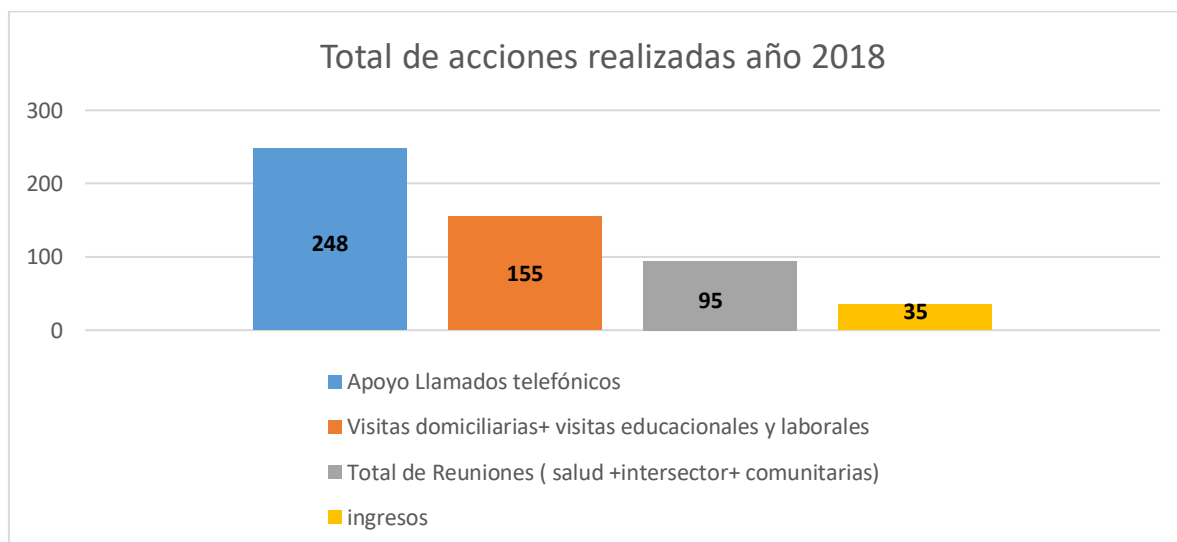
1. N° de Reuniones con el equipo de Salud: 43.
2. N° de Reuniones con el equipo Intersector: 17.
3. N° de Reuniones con Organizaciones Comunitarias: 13.

Por lo que, al corte de 31 de julio se cuenta con un total de 73 reuniones establecidas con la red, lo que, corresponde al cumplimiento de 40% de articulaciones totales de la red.

Componente N° 3: Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial:

Estas se realizan mediante de visitas domiciliarias, a espacios educacionales, laborales y contacto vía telefónica y por mensajería de texto. Al corte correspondiente a 30 de junio de 2019, se han realizados un total de 596 acciones, las cuales se distribuyen en las siguientes actividades: 172 visitas domiciliarias, 321 llamados telefónicos, 12 reuniones de salud, 74 reuniones de intersector y 17 reuniones comunitarias. Los cuales corresponden a un cumplimiento de Visitas domiciliarias en un 70% y un 25% de llamados telefónicos.

Gráfico N°134: Total de acciones realizadas año 2018

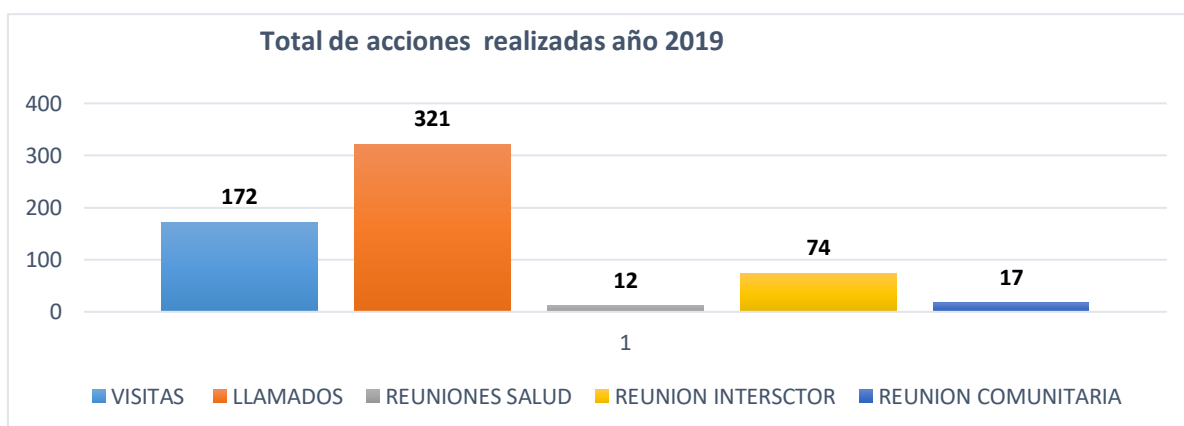


Fuente: Departamento Estadísticas SSMSO, corte junio 2019

Por lo que, dado que el Programa fue implementado en julio de 2018, se requirió un cumplimiento de 50% al corte de diciembre. De cual se logró un total de 67.4 % en 6 meses de ejecución de este. Pese a que, se presentaron diversas dificultades, tales como: desconocimiento de este en la comuna, cambios de profesional, agente comunitaria sin experiencia en este ámbito, resistencias de las familias a acceder al beneficio, largas distancias entre domicilios.

Cumplimiento año 2019 corte 30 de junio: cumplimiento a la fecha de un 67.1 % en 6 meses de ejecutado el programa durante el año 2019.

Gráfico N°135: Total de acciones realizadas año 2018



Fuente: Departamento Estadísticas SSMSO, corte junio 2019

Brechas 2019

- Insuficientes acciones relativas a llamados telefónicos, el cual debe contemplar el 80% al corte 31 de diciembre.
- Insuficientes acciones de articulación de la red, correspondiente al 40%, al corte 3º de junio, las cuales han aumentado progresivamente en los meses de julio y agosto, dado que ha mejorado las condiciones climáticas (aumento de licencias médicas de profesionales de la red, suspensión de actividades por condiciones climáticas extremas, deficientes actividades comunitarias, lo que disminuye las coordinaciones respectivamente.

Desafíos 2020

- Aumentar las articulaciones de la red, mediante reuniones de planificación a inicio del año.
- Establecer horarios protegidos en gestión de agenda, para fines de llamados telefónicos.
- Contar con ficha familiar de familias, con el fin, de disponer de mayor contacto de red familiar y con ello, identificar las redes de apoyo para adherencia al intersector.
- Establecer vinculación con red terciaria, con el fin, de contar con mayor seguimiento de casos de alta complejidad psiquiátrica, intentos y/o ideación suicida, entre otros.

PROGRAMA SENAME

Descripción del programa

Cabe destacar, si bien, este no constituye un Programa de implementación de APS CMSJM, el referido, establece seguimiento periódico desde Programa Salud Mental, para favorecer el seguimiento e intervención de aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes, pertenecientes a los centros de salud municipal de la comuna de San José de Maipo. Acciones que contemplan: activación de alertas de casos, priorización en atenciones de salud, seguimiento y coordinación con intersector, entre otros. Siendo el compromiso establecido con SSMSO, unidad Salud Mental, realizar seguimiento a los niños, niñas y adolescentes, favoreciendo que estos cuenten con una prestación anual en Atención Primaria de Salud, se proporcione atención priorizada en el centro y se mantenga actualizada la PBC, la cual debe ser informada a SSMSO (unidad SENAME), de manera trimestral.

Objetivos

Objetivo general:

Entregar lineamientos de acción a los equipos de Atención Primaria de Salud (APS), que permita identificar a los NNAJ que participan en programas residenciales, ambulatorios y de justicia juvenil y asegurar el acceso a una atención integral de salud, oportuna, continúa y con una mirada inclusiva e integradora.

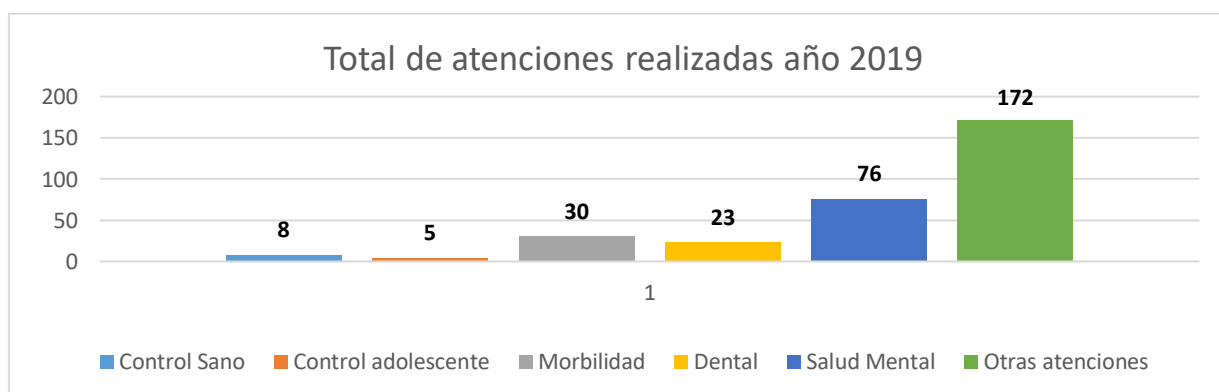
Objetivos específicos:

1. Desarrollar estrategias de intervención según el programa SENAME en el cual participan los NNAJ, al momento de abordar a esta población objetivo, enmarcadas dentro del Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario.
2. Planificar y programar acciones sanitarias, hacia este grupo particular de la población, que facilite la entrega de atenciones y el seguimiento del cuidado, con una mirada inclusiva.
3. Otorgar las prestaciones de salud integral incluidas en la cartera de servicios de APS, a los NNAJ que se encuentran vinculados a SENAME en:
 - Programas ambulatorios y de medio libre
 - Régimen semi cerrado.
 - Residencias (bajo programas de protección).
 - Centros privativos de libertad (CIP-CRC) para NNAJ infractores de Ley.

Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan de programas del SENAME ya sea residenciales, ambulatorios o de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (medio libre, CIP, entre otros).

Población Bajo control: 32 NNAJ.

Gráfico N°136: Total de atenciones realizadas 2019



Fuente: registro estadístico interno APS CMSJM, corte junio 2019.

PROGRAMAS DE SALUD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **Profesional a cargo:** Beatriz Elena Susarte Villegas
- **Equipo:** Carolina Meneses, Matrona clínica
- **Población Objetivo:** Hombres y Mujeres de 10 años y más

Descripción del Programa

Se define el término de salud sexual y reproductiva como “la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de enfermedad ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgo de efecto secundarios, desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros, de tener y criar hijos e hijas saludables.

Objetivos

Objetivo general

Promover un modelo de salud integral que incorpore la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Objetivos específicos:

- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y sexualidad saludable.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteran la salud de la mujer, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población.
- Contribuir a la promoción de estilos de vida saludable y autocuidado de la mujer y su entorno.
- Dar a conocer a la comunidad las actividades preventivas que se ofrecen dirigidas a la mujer y su entorno.
- Facilitar a nivel comunitario espacios preventivos en el área.

Compromisos 2019

I.- Área de Salud Sexual y Reproductiva

a) Fortalecer la calidad de atención de nuestras usuarias y sus parejas en la etapa del embarazo.

- Mejorar la vigilancia del proceso reproductivo y detectar precozmente a las embarazadas con algún factor de riesgo o patología, utilizando sistemáticamente el apoyo de las guías clínicas vigentes.
- Identificar población de embarazadas en riesgo Parto Prematuro, detectando precozmente síntomas o signos para referirlas oportunamente a nivel secundario, considerando que es una patología AUGE.
- Mejorar los mecanismos de coordinación interdisciplinaria entre los equipos maternal, odontológico, departamento social, departamento de salud mental y nutricionista.
- Incrementar el porcentaje de “Control Prenatal con Pareja” dentro de lo que sea posible dadas las características socio demográficas de nuestra población.

- Potenciar el rol del padre y/o persona significativa para la embarazada en los procesos de gestación y nacimiento a través de la participación de las actividades prenatales del programa Chile Crece Contigo.
- Favorecer intervenciones tendientes a detener el aumento de malnutrición por exceso en embarazadas y Puérperas, derivación interna a nutricionista a todas las embarazadas y puérperas que ingresan a control.

b) Salud de la Mujer y el Recién Nacido

- La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares, entre estos está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia del parto por personal calificado (derivación oportuna para que el parto ocurra en el centro hospitalario), el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario (traslado y derivación al centro asistencial en forma oportuna), educar a la madre en relación a la importancia del control del binomio antes de los diez días de vida del recién nacido y la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud.
- La APS se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida.

c) Salud Infantil

- El seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños/as se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre o algún adulto significativo para la madre y a su hijo o hija en el control de la diada.
- Coordinación multidisciplinaria para el seguimiento de esta diada, de acuerdo a evaluación en el primer control.

d) Salud del Adolescente

- La salud del adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales; por lo que se deben elaborar estrategias y lineamientos de modo de lograr una serie de objetivos con el fin de fortalecer las redes familiares y comunitarias como factores protectores de las conductas de riesgo, motivar a estos a que accedan a consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, incentivar el ingreso a control en regulación de fecundidad a Adolescentes hombres y mujeres con vida sexualmente activa, logrando así disminuir los embarazos adolescentes.
- Importante es la educación y talleres en los colegios, cabe destacar la intervención que se realiza en la Escuela Fronteriza de San Gabriel en donde Internas de La Escuela de Obstetricia y Neonatología de la Universidad Diego Portales implementaron un piloto de Clases de Educación Sexual para alumnos de 7º y 8º año, el cual ha sido muy bien evaluado por Profesores, Alumnos / as y Apoderados.
- Toda intervención en Adolescentes debe ser abordada desde nuestro equipo interdisciplinario de salud por lo que la coordinación entre estos es fundamental.

e) Salud de la población bajo control de paternidad responsable

- Aumentar el ingreso al programa de regulación de la fecundidad de usuarios sexualmente activos que no se encuentran en esta población.

f) Climaterio y Salud Sexual en el Adulto Mayor

- La mujer en etapa de menopausia está expuesta a factores de riesgo que disminuyen con prácticas de autocuidado, por lo que se realizaron este tipo de actividades acorde a las necesidades de la población, y así poder ofrecer una mejor calidad de vida en este importante periodo.

g) Prevención de ITS, VIH/SIDA.

- Las Infecciones de Transmisión Sexual conforman un grupo heterogéneo de patologías que comparten la vía sexual como mecanismo predominante de transmisión. Su importancia en salud pública radica en el impacto que tienen en la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, especialmente en la salud materno-infantil, donde la prevención de la sífilis congénita es una prioridad sanitaria. Por otra parte, una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el contexto de la prevención del VIH/SIDA, son las mujeres.
- Continuar con la realización de examen de screening para VIH a embarazadas, y a todo usuario/a que lo solicite en forma espontánea, que incluye consejería pre y post test, según norma.
- Capacitación permanente en la implementación del sistema de toma de exámenes, de La profesional Matrona y de un TENS encargado de la toma de muestras de laboratorio.
- Continuar con la capacitación en consejería en VIH / SIDA de todos los profesionales que se van incorporando al equipo de salud, lo que hará más más directo y confidencial el acceso al examen de detección.



Arsenal farmacológico

A mediados de 2018 se incorpora al arsenal farmacológico lubricante íntimo vaginal, el cual permitirá que nuestras usuarias principalmente climatéricas tengan acceso expedito al producto, que ha mejorado su calidad de vida integral.

II.- Área de enfermedades no transmisibles y de salud

a) Cáncer Cervicouterino (CaCu)

Seguir aumentando la cobertura de PAP vigente, en mujeres de 25 a 64 años; es una prioridad sanitaria ascendente.

- Nuestro compromiso dice relación con la pesquisa precoz de neoplasia intraepitelial y la referencia a nivel secundario para tratamiento oportuno.
- El protocolo AUGÉ actualizado garantiza que toda mujer con PAP (+), o sospecha clínica de cáncer cervicouterino derivada desde el nivel primario de atención, sea atendida por especialista del nivel secundario de atención (Unidad de Patología Cervical) en un plazo máximo de 30 días desde su derivación.
- Garantía de acceso
 - Todo beneficiario
 - Mayor de 25 y menor de 65 años, tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años
 - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
 - Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
- Garantía de oportunidad

Tamizaje:

Vacunación VPH 2019

Este 2019 será la primera vacunación contra Virus de Papiloma Humano que considerará a los varones de 4º año básico.



- Resultado con informe de examen de PAP para beneficiarios de 25 y menor de 65 años dentro de 30 días desde la indicación.

Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica dentro de 40 días desde la sospecha.
- Etapificación: dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento:

- Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: dentro de 20 días desde tipificación.
- Tratamientos adyuvantes: dentro de 20 días desde la indicación médica.

Seguimiento:

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica
- El monitoreo permanente de esta actividad en el sistema Citoexpert nos permite claridad en el cumplimiento de las metas comprometidas.
- Compromiso para el año 2019 fue aumentar la cobertura de PAP y para ello se reforzarán las estrategias de pesquisa como actualizando datos de pacientes con PAP atrasado, citación personalizada a la toma del examen, visita domiciliaria a usuarias inasistentes, operativos y difusión para la toma de este examen. Importante para estas actividades es el apoyo de las Internas de Obstetricia de la Universidad Diego Portales.

b) Cáncer de mamas.

- **Garantía de acceso**

Toda (o) beneficiaria(o) de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

- **Garantía de oportunidad**

Diagnóstico:

- Dentro de 45 días desde sospecha con resultado de mamografía. En caso de evidencia clínica de cáncer, no será exigible la mamografía y el plazo máximo para esta prestación igualmente será de 45 días desde la sospecha.
- Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento:

- Primario: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Tratamientos adyuvantes: dentro de 20 días desde la indicación médica.

Seguimiento:

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.
- Durante el año 2020 se espera potenciar el trabajo en red, fortaleciendo los espacios de coordinación y focalizar adecuadamente el recurso disponible en mamografías y ecotomografías mamarias en los grupos de mayor riesgo, mejorando el seguimiento y la evaluación de los resultados, así como la referencia al nivel secundario en los casos que corresponda.

- Para el desarrollo de este programa se firmó convenio con un prestador acreditado (Policenter) atendiendo a nuestras usuarias siguiendo los protocolos de derivación según norma ministerial.

c) Las Enfermedades cardiovasculares

- En el control Ginecológico otro de los desafíos 2019, era continuar pesquizando a las mujeres con riesgo Cardiovascular priorizando en edades de 45 a 64 años a cargo de matrona esta actividad (Examen de Salud Preventivo del Adulto) EMPA, la derivación interna a Medico, Enfermera y/o Nutricionista, nos permitió un seguimiento adecuado de las usuarias con riesgo cardiovascular.

PROGRAMA DE LA MUJER

Tabla N°28: Ingreso de embarazadas por edad y centro de salud

EDAD	MRC	SG	V	TOTAL	%
<20	3	0	0	3	7,89
20-34	28	2	0	30	78,94
35 y +	5	0	0	5	13,15
TOTAL	36	2	0	38	100

Fuente: Registros locales, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Según la Tabla N°28, De los ingresos de los menores de 20 años, hay una gestante de 18 años y dos de 19 años, los que pese a ser mayores de edad se consideran de riesgo al ser adolescentes, esto equivalen a que un 7,8 % de nuestra población gestante a la fecha corresponden a embarazos adolescentes. Agregar que dos de ellos fueron planificados, uno sin planificar. Dos de ellos fueron acogidos en Espacio Amigable y la última por matrona en horario regular.

Tabla N°29: Características embarazadas según edad gestacional y centro de salud

CARACTERÍSTICAS	MRC			SG			V			TOTAL		
	<20	20-34	>35	<20	20-34	>35	<20	20-34	>35	<20	20-34	>35
PRIMIGESTA	2	8	2	0	0	0	0	0	0	2	8	2
MULTÍPARA	0	10	3	0	2	0	0	0	0	0	12	0
MIGRANTE	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
RIESGO	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
EMBARAZO PLANIFICADO	2	18	0	0	0	0	0	0	0	2	18	0

Fuente: Registros locales, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Según la Tabla N°29 de un total de 38 gestantes que ingresaron, 20 de los embarazos fueron planificados, lo que equivale a un 53%. Esto refuerza nuestra estrategia de realizar consejería preconcepcional durante los controles de regulación de fertilidad

Tabla N°30: Ingresos de embarazadas según edad gestacional y centro de salud

EDAD GESTACIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
<14 SEMANAS	29	1	0	30	78,94
>14 SEMANAS	7	1	0	8	21,05

TOTAL	36	2	0	38	100
--------------	-----------	----------	----------	-----------	------------

Fuente: Registros locales, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Según la Tabla N°30 el 100% de gestantes que ingresaron a CPN, UN 78,94% lo hizo antes de las 14 semanas de gestación, paralelamente de las ocho gestantes que ingresaron posterior a las 14 semanas, cinco de ellas lo hicieron precozmente en el área privada y dos fueron trasladados desde otros centros que habían ingresado a control antes de las 14 semanas de salud, dado esto se considera que un 100% de la gestantes bajo control ingresaron a CPN de manera precoz.

Tabla N°31: Estado Nutricional de Gestantes al ingreso

ESTADO NUTRICIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
BAJO PESO	1	0	0	1	2,63
NORMAL	19	1	0	20	52,63
SOBREPESO	6	0	0	6	15,78
OBESIDAD	10	1	0	11	28,94
TOTAL	36	2	0	38	100

Fuente: Registros locales, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Al analizar Tabla N°31 podemos observar que el 28,94% de las gestantes ingresaron con un estado nutricional de obesidad de obesidad, disminuyendo un 50% referente al año 2018. Lo que vuelve a reforzar la importante estrategia de realizar consejería pre-concepcional durante los controles de regulación de la fertilidad.

Tabla N°32: Ingresos de diadas según edad y centro de salud

EDAD GESTACIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
≤ 10 días	23	0	0	23	85,18
>10 días ≤28 días	3	1	0	4	14,81
TOTAL	26	1	0	27	100

Fuente: Registros locales, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Según la Tabla N°32 cabe destacar que el 85,18% de las diadas ingresadas, lo realizaron antes de los 10 días de vida del recién nacido. Demuestra la importancia de la educación en los controles prenatales llevados a cabo. Tres de las diadas que ingresaron posterior a los 10 días de vida del recién nacido, dos se encontraban hospitalizados, lo que deja de manifiesto la importancia de la educación durante los CPN.

Prevención Cáncer cervicouterino

Tabla N°33: Población con Papanicolau (PAP)

Población de Mujeres de 25 a 64 años validada inscrita 2019	Cobertura Marzo 2019	Nº logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas con PAP Vigente a Junio 2019	Cobertura Junio 2019
730	67%	514	70%

Fuente: Registros SSMSO, 2019 (septiembre 2018 – agosto 2019)

Aumento de PAP 2019



Durante 2019 dado un aumento de 21.9% en la población de riesgo (entre 25 y 64 años), lo que equivale a 131 mujeres. Se debieron generar diversas estrategias para alcanzar el cumplimiento del compromiso, lo cual implicó difusión a través de material gráfico, listas de consultas, rescates telefónicos, revisión de agenda, atenciones espontáneas, entre otras. Lo cual a agosto 2019 ha implicado aumentar la toma de muestra en un 73.3% en el mismo periodo del año anterior.

Casos nuevos de PAP alterados

Tabla N°34: PAP alterados enero-agosto 2019:

TOTAL	% de PAP alterados en relación a PAP tomados
208	0

Fuente: Registros locales (enero-agosto 2019).

A partir de la Tabla N°34 podemos establecer que de un total de 208 PAP tomados de enero a agosto 2019, no se registran PAP alterados. Las anteriores se encuentran en control y seguimiento por UPC.

Tabla N°35: Comparación PAP tomados 2018-2019

PAP 2018	PAP 2019
120	208

Fuente: Registros locales (enero-agosto años respectivos).

A partir de la Tabla N°35 se establece que las diversas estrategias de rescate de PAP ha implicado aumentar la toma de muestra en un 73.3% en el mismo periodo del año anterior.

Prevención Cáncer de mama

Tabla N°36: Programa cáncer de mama, N° de mujeres con EFM (vigente)

GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con EFM vigente	GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con EFM vigente	GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con EFM vigente
Menor de 35 años	82	Menor de 35 años	50	Menor de 35 años	10
35 a 49 años	290	35 a 49 años	70	35 a 49 años	10
50 a 54 años	96	50 a 54 años	48	50 a 54 años	6
55 a 59 años	78	55 a 59 años	44	55 a 59 años	8
60 a 64 años	38	60 a 64 años	36	60 a 64 años	8
65 a 69 años	26	65 a 69 años	18	65 a 69 años	4
70 a 74 años	2	70 a 74 años	3	70 a 74 años	1
75 a 79 años	0	75 a 79 años	0	75 a 79 años	0
80 y más años	0	80 y más años	0	80 y más años	0
TOTAL	612	TOTAL	269	TOTAL	47

Fuente: Registros locales (junio 2018-junio 2019).

Tabla Nº37: Casos notificados 2019, Probable Patología Maligna

Sospecha patología maligna	Confirmaciones diagnósticas
6	2

Fuentes: Registros internos y Plataforma SIGEES, 2019 periodo enero -agosto

Las cuatro usuarias al ser pesquisadas fueron derivadas oportunamente a la Unidad de Patología Mamaria del CDT y los dos caso confirmados se encuentran en tratamiento, y los dos casos descartados fueron contrareferidos a su centro de APS correspondiente.

Regulación de fecundidad

Tabla Nº38: Población Bajo Control por centro:

MÉTODO	MRC		SG		V		TOTAL		TOTAL GENERAL
	<20	≥20	<20	≥20	<20	≥20	<20	≥20	
DIU	0	132	0	26	0	1	0	159	159
HORMONAL	48	230	11	72	0	4	59	306	365
CONDONES MUJER	4	11	2	2	0	2	6	15	21
CONDONES HOMBRES	17	12	4	1	0	0	21	13	34
TOTAL	69	385	17	101	0	7	86	493	579
TOTAL GENERAL	454		118		7		579		

Fuente: Registros locales (junio 2018-junio 2019).

En Posta Marta Ríos Cofre se incluyen 12 usuarias con DIU Medicado (Mirena)

En Posta San Gabriel se incluyen 3 usuarias con DIU Medicado (Mirena)

Brechas

- Baja considerable de controles en época de invierno.
- Falta de infraestructura adecuada en postas lo que se está trabajando de acuerdo a norma técnica básica para la demostración sanitaria.
- Al ser zona rural se carece de eficiente locomoción colectiva, lo que dificulta conectividad.
- Población muy dispersa lo que dificulta muchas veces el que lleguen las prestaciones en forma equitativa a toda nuestra población.

Desafíos 2020

- Reforzar consejerías preconceptionales para evitar principalmente iniciar embarazos con sobrepeso y/u obesidad, dado que en 2019 el 44,72% de las gestantes que ingresaron se encontraban bajo estos estados nutricionales, lo que claramente es un riesgo biomédico. Sin embargo, se comprobó empíricamente que las cifras hasta la fecha bajaron considerablemente, por lo que seguir reforzando este desafío es importante para el futuro de las gestantes.

- Elaborar estrategias más efectivas para rescatar usuarias inasistentes a control.
- Ampliar cobertura de aplicación test rápido para el VIH a toda la comuna, ampliando la cobertura e instalando dispositivos con horas protegidas para la toma del test en las tres postas.
- Capacitación de TENS en atención de parto de urgencias.

Innovaciones

- En el año 2018 nos sumamos al Plan Piloto de Toma de Test Rápido de VIH, dicho plan funcionó según lo esperado, inclusive los funcionarios incentivaban a los usuarios a la toma de este examen, en ferias saludables, y la misma difusión, hasta la fecha se han tomado 365 muestras. Desde el año 2019 esta prestación se encuentra programada y ha permitido ofertarse en terreno en diferentes instancias de participación social.
- Jornadas para gestantes con la participación del todo el equipo de salud y la entrega luego de la tutoría de fular a todas las gestantes.
- Trabajo en un proyecto de difusión de derechos y deberes de población migrante, sordomudas no videntes, destacar el apoyo de los internos de obstetricia de la UDP
- Desarrollo del piloto de educación sexual en escuela fronteriza para alumnos de 7º y 8º año.



Nuevos métodos anticonceptivos

Durante 2018 se incorporaron al arsenal de anticonceptivos el Dispositivo intrauterino medicado MIRENA y el implante subdérmico Jadelle. En la actualidad se encuentran nuestras dos matronas

MAIS

El programa de Salud Sexual y Reproductiva se identifica con tres ejes principales del MAIS **promoción, prevención y enfoque familiar**, por nuestro tipo de trabajo a lo largo de todo el ciclo vital. En cuanto a la adquisición de un compromiso de trabajo 2020 quisiéramos mantenernos en el desafío de la mejora continua de la calidad integral.



UNIDAD ODONTOLÓGICA

SALUD ORAL INFANTIL

Programa Población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO)

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista – Marta Villalón TONS.

En el Programa CERO se brinda consejerías a padres/ apoderados de niños desde los 6 meses a los 6 años de edad, respecto a hábitos de vida ligados a salud oral y en relación a la detección de factores protectores o de riesgo.

Objetivos

Objetivo General:

- Contribuir a la reducción de la prevalencia e incidencia de patologías orales más frecuentes en la población infantil, a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y refuerzo de hábitos saludables.

Objetivos Específicos:

- Realizar una consejería individualizada en salud oral tras tamizaje de riesgo cariogénico.
- Motivar a la familia respecto a la incorporación hábitos de salud oral.
- Evitar la aparición de lesiones de caries dental o gingivitis y pesquisar tempranamente alteraciones del sistema estomatognático.

Compromisos 2019

Cumplimientos: Para el año 2019 la meta de cumplimiento IAAPS corresponde al 60% de niños y niñas menores de 3 años, libres de caries dental.

Brechas: Actualmente se ha mantenido una estrecha coordinación con el equipo de salud en lo que respecta a la derivación de niños y niñas desde su control de los 6 meses hasta los 6 años para atención odontológica y debido a ello se ha podido abordar de manera adecuada el grupo objetivo.

Caries temprana de la infancia



A los 2 años de edad ya tenemos un **17% por ciento de niños con caries**; a los 4 años hay un **42,2 por ciento de niños con caries** y los 6 años un **70,36 por ciento**, y a los 12 años -cuando ya tienen dentición definitiva completa- es de **62,5 por ciento**. Existe, por lo tanto, una alta prevalencia de la llamada '**caries temprana de la infancia**' que se presenta en los menores de 5 años de edad.

Anomalías dentomaxilares

Son anomalías por mal posiciones dentarias y/o óseas. La prevalencia de esta patología es de un **33,3 por ciento de los niños a los 4 años**, **38,3 por ciento a los 6 años**, elevándose a **36,5 por ciento -entre anomalías dentomaxilares moderadas y severas- en los niños de 12 años**.

En los más pequeños se debe a malos hábitos: el uso prolongado de maderas y el uso de chupetes.

Por otro lado, las administrativas SOME se encuentran capacitadas en lo que respecta al programa, lo cual ha promovido el ingreso a éste, desde ventanilla.

Además, la unidad se encuentra en estrecha relación con el programa CHCC participando activamente.

No se detectan brechas, hasta el momento, en relación al programa.

Desafíos

El desafío de la unidad odontológica se relaciona con ingresar al 90% de los niños menores de 3 años, se encuentren o no libres de caries, con el objetivo de iniciar un control con odontólogo tempranamente y poder modificar factores de riesgo asociados a caries dental junto a sus padres y/o cuidadores, además de derivar de forma oportuna en caso de necesidad de tratamientos odontológicos restaurativos.

Diagnóstico Local

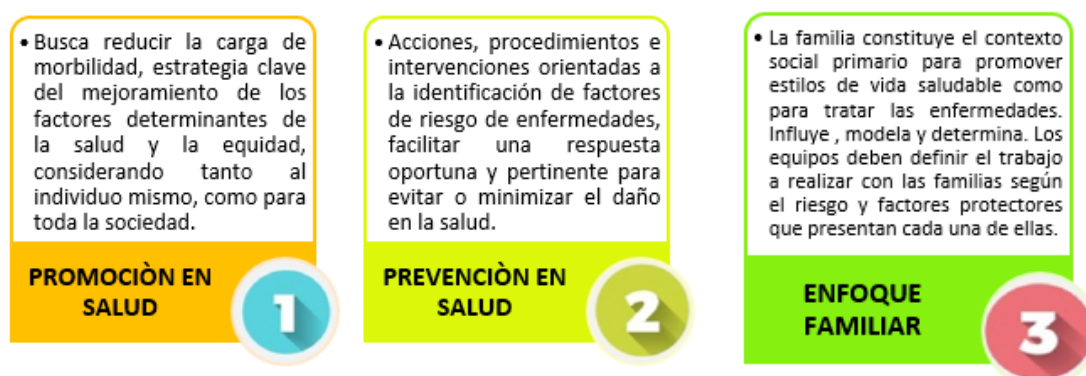
Durante el año 2019 contamos con 35 usuarios inscritos validados menores de 3 años, por lo cual la meta anual de niños y niñas con ceod=0 a la hora del examen, corresponde a 21 usuarios.

A junio 2019, se cuenta con 15 niños ingresados libres de caries, por lo cual ya se proyecta el cumplimiento de la meta IAAPS a diciembre 2019.

MAIS

Los ejes MAIS prevención, promoción en salud y enfoque familiar son aquellos más asociados al programa CERO, ya que el programa se basa en la modificación de hábitos, tras un análisis de riesgo y factores protectores en salud oral que pueden ser observados en la dinámica familiar, con un objetivo primordialmente preventivo/promocional

Para el año 2020 se pretende continuar trabajando en los ejes prevención, promoción y enfoque familiar, ideando nuevas estrategias para trabajar con las familias, con el objetivo de fortalecer hábitos positivos y cambiar aquellos que afectan la salud oral.



SALUD ORAL INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Patricio Domínguez Warrington, Cirujano Dentista – Marta Villalón TONS.

El Programa GES 6 años brinda atención odontológica a niños y niñas hasta su egreso, es decir su antigua alta integral.

Objetivos

Objetivo General:

- Asegurar la atención odontológica integral de niños y niñas de 6 años

Objetivos Específicos:

- Realizar un examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación por parte del profesional odontólogo, hacia el grupo objetivo.
- Entregar de un kit de salud oral que incluye 2 cepillos dentales infantiles suave y pasta dental, la cual debe tener una concentración de 1000 a 1500 ppm.

Compromisos 2019

Cumplimientos: El programa salud oral integral para niños y niñas de 6 años, forma parte de las metas sanitarias y además se incluye dentro de las garantías explícitas en salud (GES). Este programa tiene asociado el egreso del 79% de los usuarios inscritos validados.

Brechas: La brecha principal encontrada tiene relación con la pesquisa de usuarios inscritos en las Postas de Salud Rural, puesto que al acudir a los establecimientos educacionales, existen usuarios que se encuentran inscritos en otros centros de salud, principalmente CHSJM.

Desafíos: Uno de los desafíos de la unidad odontológica corresponde a realizar actividades preventivas – promocionales en establecimientos educacionales con el grupo objetivo, independiente de su lugar de inscripción, involucrando a padres/apoderados, profesionales y técnicos docentes, apoyadas por internos de odontología.

Diagnóstico local

Las Postas de Salud Rural de San José de Maipo durante el año 2019 consignan 34 usuarios inscritos validados en ese rango etario, por lo cual la meta a diciembre 2019 considera 27 niños (as) con egreso odontológico. A junio 2019, se ha logrado egresar a 15 usuarios, lo que equivale a un cumplimiento actual del 55% en relación con la meta, proyectando el cumplimiento del 79% en relación al total de inscritos a diciembre 2019.

¿Por qué es tan importante cuidar los dientes de leche si se van a caer?

Porque los dientes no están solo en la boca, están en una cavidad oral que tiene saliva, que tiene mucosa, que tiene microorganismos buenos y malos, entonces, tenemos que mantener esta boca en equilibrio. Un diente que está dañado, significa que es un foco infeccioso, que nos tiene la boca dañada, y además si el daño es muy grande y compromete el nervio y hacia la raíz del diente, el definitivo que se está formando va a estar alterado también



MAIS

El eje MAIS **enfoque familiar** es el eje más asociado al programa GES 6 años, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, ligada a cambiar hábitos en toda la familia, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa.

Para el año 2020 se pretende trabajar arduamente en los ejes prevención y promoción, incorporando la estrategia GES 6 años a las actividades ligadas a cambios de hábitos poco saludables en programa CERO.

- La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye, modela y determina. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

ENFOQUE FAMILIAR

3

- Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD

1

- Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA USUARIOS DE 7 – 19 AÑOS.

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Patricio Domínguez, Cirujano Dentista – Marta Villalón TONS.

La meta IAAPS pretende mantener a niños y adolescentes con una adecuada salud oral.

Objetivos

Objetivo General:

- Realizar atención odontológica Integral en usuarios de 7 – 19 años

Objetivo Específico:

- Realizar un examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación por parte del profesional odontólogo al grupo objetivo.

Compromisos 2019

Cumplimientos

Para el año 2019 se estableció la meta de cumplimiento IAAPS en base a la proporción de población de 7 a 19 años con alta odontológica total, de acuerdo con la población inscrita, la cual debe corresponder al 21% de ellos en diciembre 2018.

Desafíos

El desafío de la unidad odontológica se relaciona con disponer de mayor cantidad de horas de odontólogo para la realización de este índice, puesto que nuestra población se encuentra 2

veces más afectada oralmente que en los sectores urbanos, lo que implica la realización de mayor cantidad de sesiones para lograr el alta integral.

Diagnóstico local

Durante el año 2019 contamos con 435 usuarios inscritos validados de 7 a 19 años, por lo cual la meta anual de altas odontológicas integrales corresponde a 91 usuarios. A la fecha, se han logrado 41 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 45% en relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 21% del total de inscritos a diciembre 2018



Atención Odontológica a menores de 20 años, junto a interno de odontología UDP.

MAIS

El eje MAIS enfoque familiar es el eje más asociado a este programa odontológico, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa.

Para el año 2020 se pretende incorporar con mayor énfasis los ejes prevención y promoción, incorporando consejerías a los padres durante las atenciones odontológicas, a través de los estudiantes internos de odontología.

• La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye, modela y determina. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

ENFOQUE FAMILIAR **3**

• Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD **1**

• Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD **2**

SALUD ORAL DEL ADOLESCENTE

ALTAS ODONTOLÓGICAS INTEGRALES EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Patricio Domínguez, Cirujano Dentista – Marta Villalón TONS.

La edad de 12 años ha sido establecida por la Organización Mundial de la Salud como la edad global de vigilancia de la caries en comparaciones internacionales y de vigilancia de tendencias de la enfermedad, este programa brinda atención odontológica integral al grupo etario señalado.

Objetivos

Objetivo General:

Realizar atención odontológica Integral en adolescentes de 12 años

Objetivos Específicos:

Realizar un examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación por parte del profesional odontólogo al grupo objetivo.

Diagnóstico local

Durante el año 2019 contamos con 32 usuarios inscritos validados de 12 años, por lo cual la meta anual de altas odontológicas integrales corresponde a 24 usuarios.

Compromisos 2019

Cumplimientos: Para el año 2019 se estableció la meta sanitaria en base al porcentaje de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, de acuerdo con la población inscrita, la cual debía corresponder al 75% de ellos en diciembre 2019. A la fecha (corte junio) se han logrado 15 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 62,5% con relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 75% del total de inscritos a diciembre 2019.

Brechas La brecha principal encontrada tiene relación con la pesquisa de usuarios inscritos en las Postas de Salud Rural, puesto que al acudir a los establecimientos educacionales, existen usuarios que se encuentran inscritos en otros centros de salud, principalmente CHSJM. Debido a ello, se ha gestionado en las escuelas realizar exámenes de salud oral en contexto comunitario, enviando información al apoderado respecto al estado de salud oral del estudiante en la libreta de comunicaciones, con el objetivo de gestionar una hora de atención en la posta más cercana, en caso de estar inscritos en los centros de la CMSJM, o en su defecto en el CHSJM.

Desafíos Uno de los desafíos como unidad odontológica es realizar actividades preventivas – promocionales en establecimientos educacionales con el grupo objetivo, independiente de su

Higiene en la adolescencia



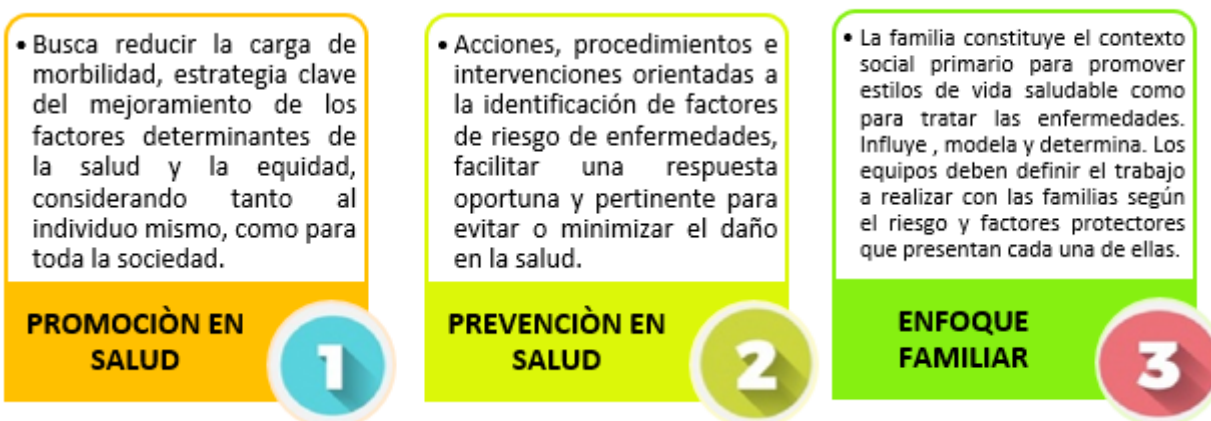
Una correcta higiene durante la adolescencia es fundamental. No sólo por razones estéticas, sino sobre todo para mantener una buena salud. Sin embargo no siempre es fácil. Los adolescentes en ocasiones se olvidan del baño y del cepillo de dientes. Esto se suma a las alteraciones hormonales de la pubertad, los olores, el exceso de grasa y el aumento de la sudoración. Por todo ello es imprescindible reforzar buenas medidas de higiene. Cuando esas normas se aprenden desde edades tempranas es mucho más fácil incorporar el hábito.

lugar de inscripción, involucrando a padres/apoderados, profesionales y técnicos docentes, apoyadas por internos de odontología.

MAIS

El eje MAIS **enfoque familiar** es el eje más asociado a este programa odontológico, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa.

Para el año 2020 el compromiso consistirá en realizar al menos 1 actividad promocional al semestre, vinculada a los objetivos del programa, es decir promoción y prevención en salud.



SALUD ORAL DEL ADULTO

PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Patricio Domínguez Warrington, Cirujano Dentista - Daniel Díaz Alfaro, Cirujano Dentista – Gonzalo González Herrera, Cirujano Dentista - Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista – Tania Oñate Potthoff, Rehabilitadora Oral – Marta Villalón, TONS - Lilian Arriaza, TONS – Romina Gaete TONS.

Objetivos

Objetivo General:

Asegurar el cumplimiento de las GES odontológicas en embarazadas, en población con urgencias odontológicas ambulatorias GES diagnosticadas y en adultos de 60 años.

Objetivos Específicos:

- Realizar un examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes por parte del profesional odontólogo, en usuarias Embarazadas y adultos de 60 años.
- Tratamiento odontológico inmediato e impostergable frente a urgencias odontológicas ambulatorias, posterior al diagnóstico realizado por el Cirujano Dentista.

Urgencia Odontológica Ambulatoria

Una urgencia odontológica ambulatoria es aquella prestación que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea. La Urgencia Odontológica Ambulatoria, se define como un conjunto de patologías buco máxilo

faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.

Las patologías garantizadas son:

- Pulpitis.
- Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico.
- Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales.
- Pericoronaritis aguda.
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis úlcero necrótica aguda.
- Complicaciones post exodoncia (hemorragia post exodoncia y alveolitis).
- Traumatismo dento alveolar.

Diagnóstico Local

Las Postas de salud Rural cuentan con horario de urgencias al inicio de la Jornada en todos sus establecimientos de salud. En la siguiente tabla se podrá observar el día, horarios y odontólogo que realiza atención de urgencias, en cada una de las Postas de Salud Rural. (Tabla N°39)

Salud oral en la gestación

Busca generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal. Para muchas mujeres, el embarazo es una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud, por ejemplo, abandonar el consumo de tabaco.



Tabla N°39: Matriz Horaria de Urgencias Odontológicas Ambulatorias por Odontólogo.

Posta de salud Rural	Día	Horario	Odontólogo
Marta Ríos (ex Las Vertientes)	Lunes	8:00 am	Dr. Patricio Domínguez
	Lunes	19:00 pm	Dr. Patricio Domínguez
	Martes	8:00 am	Dr. Daniel Díaz
	Miércoles	8:00 am	Dra. Macarena Osorio
	Jueves	8:00 am	Dr. Gonzalo González
	Viernes	8:00 am	Dra. Macarena Osorio
San Gabriel	Martes	9:30 am	Dr. Patricio Domínguez
	Miércoles (2° y 4°)	9:30 am	Dr. Daniel Díaz
	Jueves	9:30 am	Dra. Macarena Osorio
El Volcán	Miércoles (1° y 3°)	10:00 am	Dr. Daniel Díaz

Fuente. Registro interno Coordinación odontológica, 2019

SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

El programa busca entregar herramientas a las gestantes para lograr una adecuada salud oral y que estos conocimientos sean correctamente transmitidos a su futuro hijo. Por otro lado, se recalca la importancia de evitar cualquier infección en el territorio bucomaxilofacial debido a su correlación con parto prematuro.

Compromisos 2019

Cumplimientos: Para el año 2019 se estableció la meta sanitaria de cumplimiento en base al porcentaje de embarazadas con alta odontológica total, en relación con el total de embarazadas ingresadas al programa prenatal 2019, el cual debe corresponder al 68% en diciembre 2019.

Desafíos: El desafío de la unidad odontológica se relaciona con continuar con las consejerías grupales desarrolladas en conjunto con equipo transdisciplinario al grupo de embarazadas 3 veces al año, en el marco de educaciones grupales en el proceso de gestación del Programa CHCC, además de continuar ideando estrategias de prevención y promoción en este grupo, por ejemplo en educaciones grupales durante la semana de la lactancia materna.

Diagnóstico Local

A junio contamos con 14 usuarias ingresadas al programa prenatal y a la fecha, se han logrado 8 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 57% en relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 68% a diciembre 2018.

Salud Oral integral del Adulto de 60 años

El programa odontológico otorga atención integral a adultos de 60 años por medio de promoción y prevención en salud, además de permitir la rehabilitación de dientes perdidos, por medio de prótesis dental removible y además de la realización de endodoncias si fuese necesario.

Compromisos 2019

Cumplimientos: Para el año 2019 se estableció la meta de cumplimiento de 15 altas odontológicas totales. A julio 2019, contamos con el 40% de la meta anual, proyectando el cumplimiento del 100% del total solicitado a diciembre 2019.

Rehabilitación oral

Desde el año 2018 la Unidad Odontológica del Área de Salud de la CMSJM cuenta con una especialista en Rehabilitación Oral. Agregar además que cada año existe una evaluación del proceso de prótesis donde en 2018 por tercer año consecutivo nuestra área es reconocida con la mejor calificación del SSMSO.



Innovaciones Actualmente se continúa con la estrategia de contar con un odontólogo general, encargado de realizar las altas APS de los usuarios y un odontólogo especialista en rehabilitación oral quien realiza la rehabilitación protésica de los usuarios.



Referencia:Atenciones odontológicas en Posta de Salud Rural El

MAIS

Los ejes MAIS enfoque familiar y calidad son los ejes más asociados a los programas GES odontológicos, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, ligada a cambiar hábitos en toda la familia, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa, siempre en mejora constante, con profesionales capacitados

en las técnicas odontológicas actuales, con biomateriales idóneos.

- La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye, modela y determina. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

ENFOQUE FAMILIAR

3

- Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

CALIDAD

5

Para el año 2020 se pretende trabajar arduamente en los ejes prevención y promoción, incorporando la estrategia GES a actividades ligadas a cambios de hábitos poco saludables, ya sea a través de la derivación oportuna desde Urgencia odontológica Ambulatoria, para realizar un tratamiento odontológico integral, por medio de la oferta programática disponible, y los programas GES 60 y Salud oral integral de la embarazada a través de consejerías y/o talleres programados durante el año.

PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO EN APS (PRAPS) ODONTOLÓGICOS

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Tania Oñate, Cirujano Dentista con especialidad en Rehabilitación oral – Gonzalo González Cirujano Dentista – Daniel Díaz, Cirujano Dentista – Macarena Osorio, Cirujano Dentista – Marta Villalón TONS – Lilian Arriaza, TONS – Romina Gaete, TONS

Objetivos

Objetivo general:

- Resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial en usuarios APS.

Objetivos específicos:

- Dar prioridad a la estrategia de atención primaria.
- Diseñar y probar nuevas tecnologías orientadas a las iniciativas locales.
- Reforzar acciones de salud.

Diagnóstico local

Las Postas de Salud Rural de San José de Maipo durante el año 2019 en sus programas de reforzamiento en APS (PRAPS) realizan atenciones en toda la población FONASA/PRAIS a nivel comunal, no sólo limitándose a la población inscrita, es por esto que la población a abarcar es mucho mayor a la población observada en los programas odontológicos antes mencionados.

En lo que respecta al programa de atención odontológica integral para estudiantes de 4to año medio, el Liceo Polivalente cuenta con 69 estudiantes matriculados FONASA/PRAIS. Debido a que la meta comunal corresponde a 80 altas integrales, los cupos restantes se otorgan al Liceo Rafael Eyzaguirre.

El eje MAIS enfoque familiar es el eje más asociado a los PRAPS odontológicos, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa.

Actualmente la Unidad odontológica cuenta con los siguientes PRAPS

Programa Sembrando Sonrisas Consiste en visitas del equipo de salud odontológico a los establecimientos educacionales de párvulos, para la aplicación de flúor barniz (2 veces al año), la realización de un examen de salud oral a cada niño o niña y al trabajo intersectorial con educadoras de párvulos para implementar en conjunto la promoción de la salud a través de sesiones educativas. El grupo objetivo del programa corresponde a niños y niñas entre 2 y 5 años.



Referencia: Realización Programa Sembrando Sonrisas en Jardín

Odontológico Integral

El objetivo general del programa consiste contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en Atención Primaria de Salud de los grupos más vulnerables y con alto daño en el perfil epidemiológico. Este programa consta de 3 componentes:

- **Atención odontológica Integral en Hombres de escasos recursos:** Altas odontológicas integrales para hombres de escasos recursos con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis, mayores de 20 años, que corresponden a pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.
- **Atención Odontológica Integral Más sonrisas para Chile:** Altas odontológicas integrales para mujeres mayores de 20 años de grupos priorizados y especialmente vulnerables, que corresponden a pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.
- **Atención Odontológica Integral a estudiantes de cuarto año de educación media:** Consiste en la atención odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media en establecimientos de APS o en establecimientos educacionales a través de dispositivos portátiles, unidades dentales móviles y salas de procedimientos odontológicos ubicados al interior del establecimiento.

Programa Atención Domiciliaria

El objetivo general del Programa consiste en entregar atención odontológica a usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, en coordinación con el equipo de atención domiciliaria del establecimiento, la red de salud y la red intersectorial de servicios.



Referencia: Atención odontológica a usuario perteneciente al Programa Sociosanitario del Complejo Hospitalario de San José de Maipo, gestionados a través de la red odontológica comunal.

Atención domiciliaria

Este 2019 se incorporó el componente de atención domiciliaria lo que ha permitido que personas en situación de dependencia severa reciban prestaciones odontológicas en su domicilio. Cuando la condición del usuario ha requerido atenciones que deben ser realizadas en box, han sido trasladados al centro de salud y posteriormente a su hogar.

También tuvieron acceso a este beneficio usuarios pertenecientes al Programa Sociosanitario del CHSJM.



Mejoramiento del acceso odontológico

El Programa tiene como propósito contribuir con el Plan de Salud Oral a través de estrategias que facilitan el acceso de los grupos más vulnerables a la atención odontológica en la Atención Primaria de Salud (APS) y consta de 4 componentes, de los cuales, como Postas de Salud Rural, disponemos de uno:

Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto: Corresponde a actividades de morbilidad odontológica en población adulta de 20 años y más, en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria, según programación de realidad local. La consulta de morbilidad debe incluir una o más **actividades recuperativas**, tales como:

- Pulido coronario
- Destartraje supragingival
- Exodoncia (en caso de restos radiculares u otros que por su diagnóstico no correspondan a Urgencia GES)
- Restauración estética
- Restauración de amalgamas
- Destartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante



Atenciones odontológicas de Morbilidad en el Adulto en Posta de Salud Rural San Gabriel

Compromisos 2019

Cumplimientos

Tabla N°40: Resumen cumplimiento PRAPS Odontológicos, corte junio

PRAPS	POBLACIÓN	META COMPROMETIDA	CUMPLIMIENTO JUNIO
SEMBRANDO SONRISAS	480	429	80%
HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	4.083	50	52%
MÁS SONRISAS PARA CHILE	4.090	110	44.5%
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES DE 4TO MEDIO	69	80	65%
ATENCIONES DE MORBILIDAD EN EL ADULTO	8.173	7.680	61%
ATENCIONES ODONTOLÓGICAS DOMICILIARIAS	15	18	88.9%

Fuente: Unidad de estadísticas de SSMSO y Corporación municipal de San José de Maipo, 2019

La meta solicitada por el SSMSO al 31 de agosto 2019 corresponde al 50% de cumplimiento de todos los convenios odontológicos, lo cual se proyecta con creces al corte antes señalado, así como también el cumplimiento del 100% de los convenios comprometidos a diciembre 2019.

En lo que respecta a las Atenciones odontológicas domiciliarias, considerar que se otorgaron 3 cupos a usuarios pertenecientes al programa sociosanitario, perteneciente al CHSJM, como se señaló anteriormente.

Innovaciones

En el marco del Programa Sembrando Sonrisas, en lo que respecta a las educaciones al equipo escolar, desde el año 2018 se realiza una “Jornada Comunal para educadoras y técnicos de párvulo”, la cual tiene el objetivo de actualizar y otorgar pautas de acción respecto a temáticas de salud oral, dentro de las Escuelas y Jardines Infantiles. Para la realización de esta Jornada, se trabaja estrechamente con el intersector Educación, sobre todo para brindar los tiempos y espacios físicos para su realización.

Además, cabe destacar la incorporación de la Unidad odontológica en la estrategia centrada en la personas, con énfasis en la multimorbilidad con mirada integral, considerándoles usuarios prioritarios.

BUENAS PRÁCTICAS EN ODONTOLOGÍA

PROGRAMA SONRISAS INCLUSIVAS

- **Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.
- **Equipo:** Gonzalo González, Cirujano Dentista – Lilian Arriaza TONS.

El programa sonrisas inclusivas atiende odontológicamente, en contexto comunitario, a niños en situación de discapacidad y a la totalidad de estudiantes de kínder y pre- kínder de Escuela Integradora El Manzano.

Objetivos

Objetivo General:

El programa tiene como objetivo de promover los cuidados en salud oral a cuidadores de niños con necesidades educativas especiales, docentes y asistentes de la educación, además realizar de prevención y rehabilitación en salud oral a niños y niñas dentro de la Escuela Integradora El Manzano, pertenecientes al PIE, Kinder y Pre- Kinder, a través de una técnica atraumática (ART).

Objetivo Específico:

Realizar prevención y promoción en salud oral, examen, diagnóstico, prevención específica y rehabilitación por parte del profesional odontólogo al grupo objetivo, en contexto comunitario y escolar.

Diagnóstico local

Durante el año 2019 contamos 50 estudiantes matriculados pertenecientes al Programa de Integración Escolar (PIE), junto a kínder y pre- kínder, lo que constituye nuestro grupo objetivo. Se proyecta el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas a diciembre 2019.

El eje MAIS enfoque familiar es el eje más asociado a este programa odontológico, ya que se basa en la promoción y prevención en salud oral, así como en la limitación del daño a través de terapia restaurativa.

Compromisos 2019

Cumplimientos: Para el año 2019 se establecieron diversas actividades para dar cumplimiento a los objetivos del programa. En la siguiente tabla se pueden observar las actividades comprometidas, con sus respectivos indicadores y porcentajes de cumplimiento a junio 2019.

Sonrisas inclusivas

Este 2019 ha sido el segundo año consecutivo que “Sonrisas inclusivas” se adjudica financiamiento como Buena Práctica promovida desde el SSMSO.

Actualmente, además se encuentra en proceso de postulación al 1º Congreso de Salud Oral organizado por la SEREMI de Salud de la región de Antofagasta.





Referencia: Programa Sonrisas Inclusivas en Escuela El Manzano. Atención odontológica con técnica de restauración atraumática, en contexto escolar, 2019.

SONRISAS INCLUSIVAS	
Actividades	Educación para asistentes profesionales de la educación y educadora de párvulos
	Taller para padres y apoderados de estudiantes pertenecientes al Programa de Integración Escolar con Necesidades Especiales Educativas Permanentes
	Actividades educativas lúdicas sobre temáticas de salud oral en grupo objetivo
	Atenciones odontológicas clínicas (prevención específica, técnica ART)
	Registro de atenciones odontológicas
Indicadores	Número de educadores y asistentes profesionales de la educación participantes de la charla/número total de educadores y a asistentes profesionales de la educación del establecimiento*100
	Número de padres de estudiantes con NEEP participantes del taller/número total de padres de estudiantes con NEEP del establecimiento *100
	Número de actividades realizadas/número de actividades comprometidas*100
	Número de altas odontológicas en grupo objetivo con requisitos /Número de estudiantes pertenecientes al grupo objetivo que cumplan requisitos*100
	Número de atenciones con registro clínico/ número de atenciones realizadas*100
Metas	100% de asistentes profesionales de la educación y educadoras de párvulos de escuela integradora el manzano con educación en salud oral (1 sesión)
	70% de los padres y apoderados de estudiantes pertenecientes al PIE con NEEP con asistencia a 3 sesiones de taller en salud oral

	9 actividades educativas lúdicas sobre temáticas de salud oral en grupo objetivo
	50 altas odontológicas (libres de lesiones de caries) en grupo objetivo (100% grupo objetivo)
Cumplimiento (junio)	Pendiente sesión educativa a asistentes profesionales de la educación y educadoras de párvulo
	Pendiente taller para padres y apoderados de niños con NEEP
	33,3% de actividades lúdicas educativas realizadas e grupo objetivo
	70% de niños libres de carias pertenecientes a grupo objetivo
	100% de registro electrónico de las atenciones clínicas realizadas

Desafíos: El desafío de la unidad odontológica se relaciona a dar continuidad al programa a través de la repostulación de la buena práctica para el año 2020, barajando la posibilidad de ampliar la prestación a otros establecimientos educacionales.

ESTRATEGIA DE ATENCION CENTRADO EN LAS PERSONAS CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD CRÓNICA

- **Profesional a cargo:** Ricardo Hernández Duran, Medico
- **Equipo:** Ricardo Hernández, Médico – Yeans Fonseca, Enfermera - Rodrigo Veliz, Químico Farmacéutico – Priscila Castro, Trabajadora Social- Valentina Espinoza, Enfermera - Tania Triviño, Técnico en enfermería Nivel Superior

Objetivos

Objetivo general

A través de la comprensión teórico/practico del Modelo de Atención integral en Salud (MAIS) nos enfocamos en prevenir nuevas complicaciones en personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de alto riesgo, fortaleciendo el automanejo por parte del usuario desde Atención Primaria, de igual manera, disminuir demanda asistencial en los niveles secundarios y terciarios de atención.

Objetivos específicos

- Rediseñar e implementar una atención centrada en la persona con morbilidad crónica, con énfasis en gestión de casos, seguimiento clínico, apoyo al automanejo y coordinación en red.
- Disminuir las consultas de urgencia por descompensación de patología/s crónicas no transmisibles en la población intervenida.
- Disminuir las hospitalizaciones y promedio días de estadía, por descompensación de patología/s crónicas no transmisibles en la población intervenida a través de seguimiento, plan de cuidados y fomento el automanejo.

Descripción del programa

La comuna de San José de Maipo es ideal para pilotear el “Modelo de Atención Centrado en las Personas”, dado que presenta una carga de morbilidad 30% mayor al resto de las comunas del SSMSO, por lo cual la organización interna se adscribe al modelo propuesto.

En acompañamiento constante de referentes del Servicio de Salud, se da inicio a la puesta en marcha con un grupo control de usuarios hipertensos descompensados, determinado por la propia comuna en base a un diagnóstico realizado en 2018 donde se identifican tres principales variables que inciden en sus resultados:

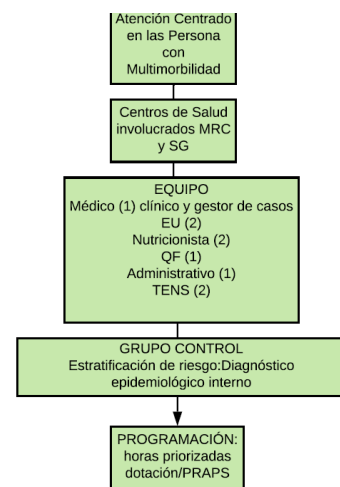
Figura Nº15: Variables comunes grupo control hipertensos con descompensación



Fuente: Elaboración propia, 2019

Se inicia con un equipo motor (ya que su ejecución implica redistribuir horas de lo ya consignado por programación), dando conocimiento a todo el resto de los colaboradores en concordancia con el modelo, en vías de que en un futuro próximo este deberá extenderse al resto de la población y al total de los centros de salud de administración Corporativa. Tras un mes de iniciada la ejecución del modelo se da inicio a la presentación de casos clínicos en compañía de referentes del Servicio.

Figura Nº16: Flujograma inicial MACEP



Fuente: Elaboración propia, 2019

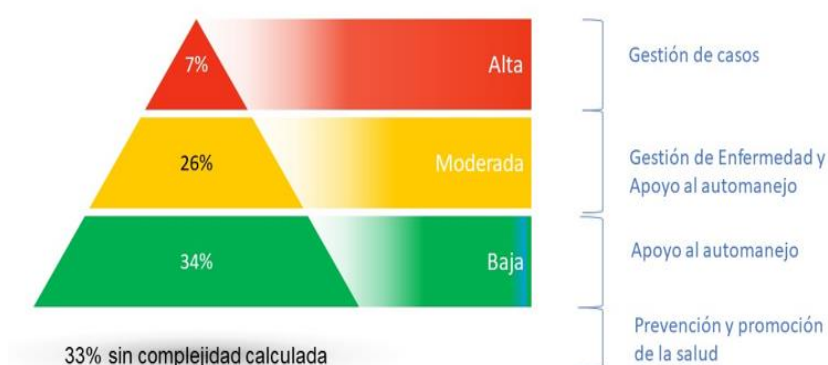
Compromisos 2019

Este modelo impulsado por las postas rurales pertenecientes a la corporación municipal de San José De Maipo bajo el apoyo del servicio de salud metropolitano sur oriente (SSMSO) que comenzara inicialmente en Posta Marta Ríos Cofre durante el mes de julio del presente año. La selección de los Usuario/a corresponde a pacientes de mayor o igual a 18 años que presenten dos o más condiciones crónicas de salud, además de que cumplan al menos una de las siguientes características y que su puntaje en el estratificador de riesgo (Kaiser adaptado) arroja un valor igual o mayor a 9 puntos y que se encuentren inscritos validados en centros de APS en este caso Postas de Salud Rural de la CMSJM.

- Polifarmacia (>5 fármacos)
- Mala adherencia al tratamiento (periodos de inasistencia a retiro de fármacos)
- Presencia de complicaciones derivadas de problemas cardiovasculares (amputación, úlceras, problemas de visión, ERC.)
- Descompensaciones cardiovasculares (HbA1C > 9%, PA>140/100)
- Presencia de patología de salud mental
- Derivados desde atención secundaria o terciaria (IAM, ACV, amputaciones) inicialmente se seleccionaron 46 pacientes para comenzar el piloto del modelo pero se expandirá progresivamente el alcance del proyecto a los usuarios de la posta Marta Ríos Cofre después a posta de San Gabriel y Volcán. Este modelo es piloto a nivel nacional en contexto ruralidad que en conjunto a MINSAL – SSMSO conllevara futuro un cambio de paradigma del actual modelo de salud familiar.

En este modelo se basa en el autocuidado del paciente conociendo su contexto biopsicosocial y trabajar de la mano con ellos. Bajo modelo de intervención transdisciplinario de salud. Su base epidemiológica se establece a partir de la estratificación de riesgo de la población del SSMSO según ACG 2017. (Figura N°15).

Figura N°17: Estratificación de riesgo de la población del SSMSO según ACG 2017



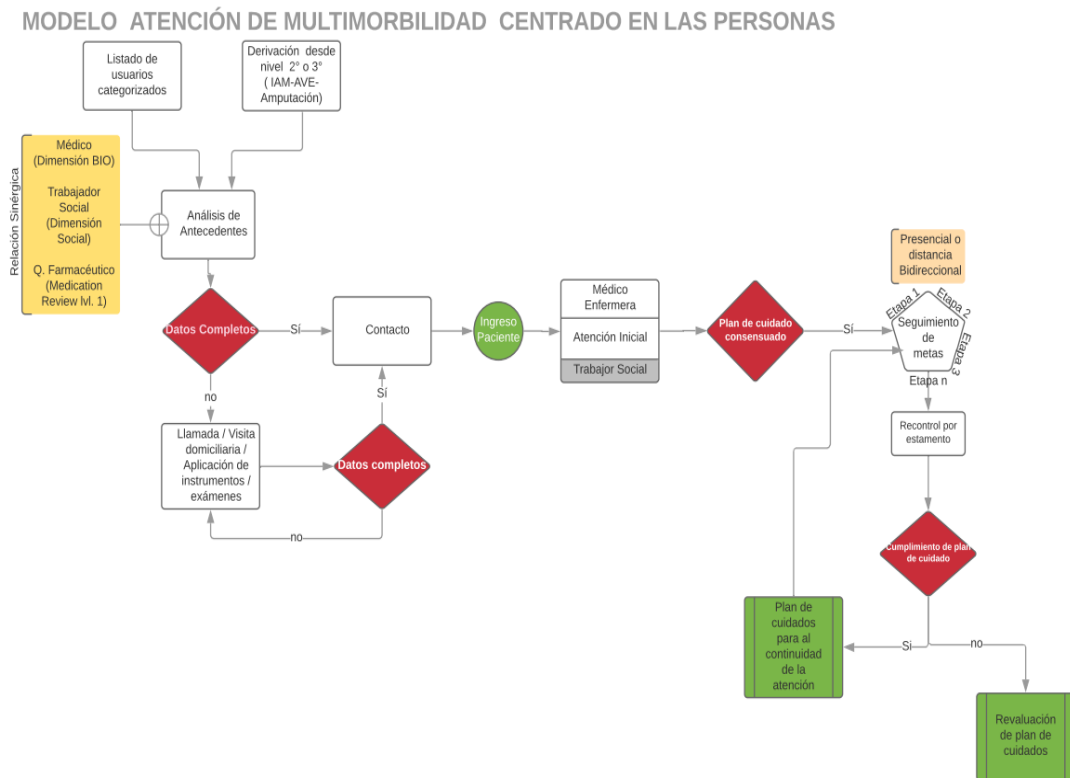
Fuente: SSMSO, Unidad de Gestión de la información, 2019

Encuesta Nacional de Salud 2017

El 70% de los adultos tiene dos o más condiciones crónicas que requerirían atención médica individual. Entre estas enfermedades, tales como, obesidad, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, dislipidemia, Enf. musculoesquelética no traumática con dolor al menos moderado, bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroidea, elevación de enzimas hepáticas, o deterioro cognitivo



Figura N°18: Flujograma de atención de la estrategia



Brechas

- Dificultad de rescate de usuarios/as dado contexto rural y cambio de medio – actualización de datos de contacto (número telefónico) de pacientes que en su mayoría dada su complejidad son poco adherente a controles médicos.
- Cohesión de los distintos programas de salud con la implementación del modelo.
- Prestación no programada en 2019
- Implementación del modelo aún no contempla recursos monetarios.

Innovaciones

- Atención en triada con enfermera - medico - trabajadora social
- Atención individualizada con una mirada biopsicosocial
- Motiva el automanejo y autocuidado de el /la paciente
- Generar planes consensuados entre equipo de trabajo y usuario.
- Intervención transdisciplinaria por multiprofesional si el /la paciente requiere
- Controles y seguimiento no estandarizados, sino personalizados según la intensidad de automanejo e intensidad de intervenciones.

Desafíos

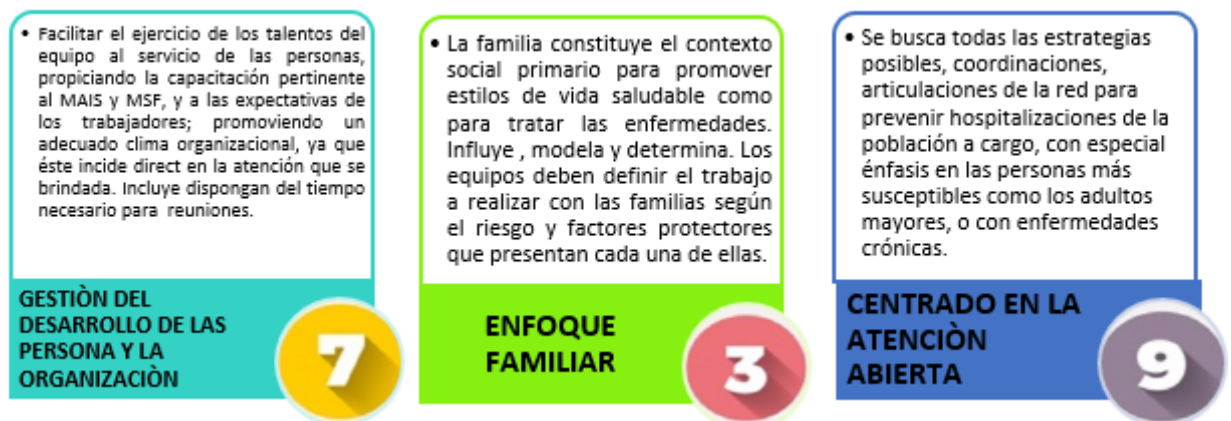
- Difundir este modelo de salud con la comunidad.
- Implementar a la mayor cantidad de población posible.

- Aumentar la adherencia y compensación de los pacientes.
- Disminuir las horas de morbilidad de consultas asociadas a consulta de Multimorbilidad crónicas descompensadas.
- Enlazar el modelo a las Postas Rurales de San Gabriel y El Volcán.
- Involucrar a todo equipo de salud.
- Convertirlo en un modelo replicable y aplicable a nivel local como en otros centros de salud (APS).
- Realizar la programación realizada a esta prestación

MAIS

Si bien los ejes de MAIS son transversales a todos los tópicos y unidades hay algunos que hacen más sentido. En el caso del *Modelo de Atención Centrado en las Personas* estos serían **Enfoque familiar** y **Centrado en la atención abierta** dada su naturaleza integral y concepción biopsicosocial.

Para 2020 como modelo en vías de formación esperamos capacitar de manera continua al equipo motor y el resto de los colaboradores, con lo cual se busca potenciar el eje



GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (GES)

- **Profesional a cargo:** Kinesióloga Ligia Gallardo Susarte.
- **Equipo:** Coordinadora Garantías Explícitas en Salud (GES) - Digitadora unidad GES.

Objetivos

Objetivo General

La Unidad GES tiene por objetivo vigilar y favorecer el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) de los beneficiarios pertenecientes a nuestras postas de salud (Marta Ríos Cofré, San Gabriel y El Volcán).

Objetivos específicos

- Coordinar los servicios clínicos para la gestión de la demanda GES.
- Monitorear garantías explícitas periódicamente.
- Favorecer el seguimiento del proceso asistencial de los pacientes GES.
- Gestión de reclamos de pacientes GES en conjunto con OIRS.
- Informar puntos críticos del proceso asistencial que propendan al incumplimiento de garantías.
- Coordinar con el resto de los integrantes de la red de salud promoviendo el óptimo funcionamiento y cumplimiento de las garantías GES.

Descripción

Dentro del año 2017 se formalizó el trabajo de la unidad GES de las Postas Rurales de San José de Maipo, estandarizando procesos, generando protocolos de atención, organigramas y optimizando los recursos para entregar de la mejor forma posible las prestaciones asociadas a las patologías GES que son de resolución de Atención Primaria de Salud.

Una vez instalada la unidad nuestro objetivo ha ido modificándose en pro de mejorar principalmente los procesos de gestión en red con el servicio de salud correspondiente, para esto se han protocolizado y estandarizado procesos clínicos y administrativos siempre promoviendo la comunicación efectiva dentro del equipo de salud local.

El objetivo principal busca eficiencia en el sistema de Referencia y Contrareferencia que facilite el tránsito del usuario a través de la Red, la trazabilidad de sus prestaciones y el acceso de la información desde cualquier punto de la Red, con énfasis en la pertinencia de la derivación.

Beneficiarios

Las personas beneficiarias de las garantías explícitas de salud son aquellas que cumplen los siguientes requisitos:

- Presente una enfermedad o problema de salud que se encuentre incluida en el listado de enfermedades o patologías AUGE o GES.
- Poseer las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras, definidas para cada patología o problemas de salud.
- Atenderse en la red de prestadores que determine FONASA.

No pueden acceder los pacientes afiliados a instituciones de seguridad social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, tales como DIPRECA o CAPREDENA.

Proyecciones 2019 Unidad GES y Referencia Contrareferencia (R-CR)

- Constante actualización de datos de los usuarios en su ficha clínica para lograr tener contacto efectivo en caso de necesitar informar estado de interconsultas, listas de espera, citaciones, etc.
- Lo anterior además nos permitirá contar con una base de datos para iniciar el proceso de creación del departamento de estadística e investigación.
- Mantener y mejorar el trabajo completo de seguimiento de interconsultas y derivaciones a nivel secundario; se requiere generar el proceso de seguimiento de interconsultas desde que éstas son emitidas por el profesional, luego la atención en nivel secundario y las

indicaciones entregadas para seguimiento en nivel primario. Las interconsultas GES además tendrán seguimiento en conjunto de coordinador GES y contralor médico para asegurar cumplimiento de los plazos estipulados por ley.

- Colaboración constante al equipo gestor en lo que respecta al mejoramiento, evaluación y seguimiento de estrategias, optimización de procesos, asesorías para cumplimiento de plan de salud, metas sanitarias, IAAPS y otros objetivos planteados por departamento de salud de la Corporación Municipal de Salud de San José de Maipo.
- Participar en actividades de prevención y promoción de la salud, generar espacios de información para nuestros usuarios, darles a conocer nuestro trabajo, darles a conocer sus derechos y deberes, presentarles garantías explícitas de salud (GES), etc.
- Mantener y mejorar el trabajo realizado hasta ahora en lo que respecta al cumplimiento de las GES, seguimiento de los casos nuevos levantados, regularización de casos antiguos, trabajo de monitorización de cumplimientos de garantía de acceso y oportunidad de las patologías GES en atención primaria.
- Realizar evaluación regular de los registros en fichas clínicas con el objetivo de lograr entregar información relevante para el trabajo en equipo facilitando procesos tanto clínicos como administrativos.
- Intencionar y coordinar trabajo en red con Complejo Hospitalario Sotero del Río, Complejo Hospitalario San José de Maipo y Postas Rurales de Corporación Municipal de San José de Maipo, esto con el objetivo de dar a conocer y optimizar los recursos que nos otorga esta red de salud para el beneficio del acceso y la oportunidad de atención de nuestros usuarios. Lo anterior relacionado con atención y derivaciones según corresponda a cada requerimiento mejorando los protocolos de atención y entregando la información directa y oportuna a nuestros usuarios.

Brechas

- La principal dificultad del trabajo del año en curso han sido la reiteradas mantenciones de la plataforma oficial, siendo éstas NO programadas, lo que dificulta las actividades planificadas de los colaboradores involucrados y finalmente perjudicándose la calidad integral del servicio.
- Falta de un espacio físico exclusivo.
- Fortalecer la red de distribución de internet.

Cumplimiento

Contamos a la fecha con un cumplimiento del 100% de nuestras garantías gestionadas de manera efectiva.

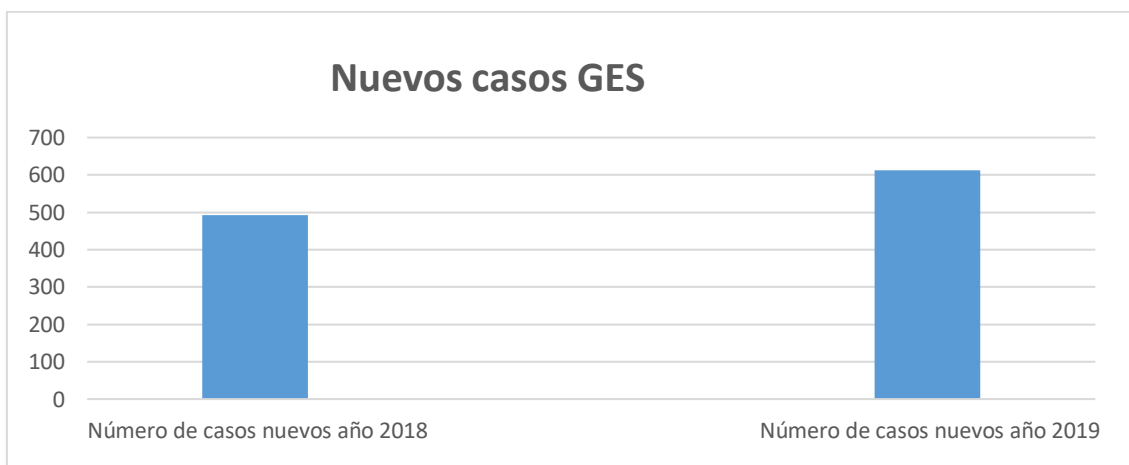
Datos estadísticos comparativos

La formación de la Unidad GES ha logrado estandarizar procesos y entregar cobertura a las patologías GES, con esto las actividades coordinadas del equipo de salud intencionan mejoras continuas en el acceso y la atención oportuna de nuestros usuarios.

Cuando alguna de las patologías GES es diagnosticada se desencadena una serie de procesos con el objetivo de dar cumplimiento a lo estipulado por ley.

El inicio del proceso administrativo parte con el levantamiento de un nuevo caso en la plataforma de registro SIGGES, iniciando la cadena de eventos que se deben cumplir para dar cobertura a nuestros usuarios; por lo anterior es relevante mostrar este ejemplo de crecimiento comparativo de los nuevos casos GES levantados en las tres postas.

Gráfico N°137: Cuadro comparativo del número de casos nuevos GES Postas Rurales de la CMSJM.



Fuente: Plataforma SIGGES, años respectivos.

En el Gráfico N°137 se observa un crecimiento del 25% de casos comparativamente entre el primer semestre de 2018 y el primer semestre de 2019, respectivamente.

MAIS

La unidad GES del Área de Salud CMJSM trabaja organizadamente con el equipo de salud promoviendo el desarrollo de los ejes del modelo de atención integral destacando **calidad**: Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario; uno de los principales ejes de trabajo de la Unidad GES promoviendo estandarización de los procesos, generando nuevas estrategias, cumpliendo los requerimientos de nuestros usuarios.

- Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

CALIDAD

Como compromiso 2020 destacamos **intersectorialidad y territorialidad**: Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población, otro eje relevante que tiene relación con el trabajo coordinado de la red de salud para el beneficio de los usuarios, constante mejoramiento de los procesos y gestiones en pro de mejorar los estándares de atención y cumplimiento de las expectativas de nuestra población a cargo.

• Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

PROGRAMA DE SALUD ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

- **Profesional a Cargo:** Enfermera Valentina Espinoza Reyes
- **Equipo:** Kinesiólogo Marco Contreras-Trabajadora Social Rosa Salazar-Psicóloga Betzabé Inostroza- Enfermera Isis Toro- Médico Ricardo Hernández -Técnico en enfermería Miriam Ortega.

Características del programa

Este programa surge de la necesidad de generar una red de cobertura estatal hacia las personas en situación de dependencia severa, sus familias y/o cuidadores.

El resultado de este programa se ve reflejado en disminución de tiempos de espera entre una visita y otra. Atención más cercana los usuarios, familiares y cuidadores entendidos en el programa, atenciones más resolutivas y, por último asegurar al paciente una atención continua y de calidad integral.

Objetivos

Objetivo general:

Otorgar a las personas con dependencia severa una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social. Mejorando la calidad de vida de ellos y potenciando su recuperación y rehabilitación. Además de entregar cuidados necesarios a su familia y cuidadores.

Objetivos específicos:

- Atender de forma integral a los usuarios, familias y cuidadores del programa de dependencia severa, involucrando integralmente aspectos biopsicosociales
- Entregar a los cuidadores y familiares herramientas para entregar atenciones oportunas y de calidad a los pacientes de dependencia severa.
- Generar instancias de continuidad en la atención de los pacientes de dependencia severa y de sus cuidadores.
- Coordinar gestiones oportunas en el caso a caso.

Tabla N°41: Dependencia severa según grupo etario y centro de salud

CENTRO	SEXO	0-19	20-64	≥65	TOTAL	%
PSR MRC	HOMBRE	0	1	1	2	20
	MUJER	0	1	7	8	80
PSR SG	HOMBRE	0	0	0	0	0
	MUJER	0	0	0	0	0
PSR V	HOMBRE	0	0	0	0	0
	MUJER	0	0	0	0	0
TOTAL			2	8	10	100%

Fuente: Registros locales, 2019

Las Postas de san Gabriel y Volcán, no tienen usuarios con dependencia severa. (Tabla N°41)

La Tabla N°41 muestra los pacientes ingresados al programa de visita domiciliaria a personas con dependencia severa, en esta se aprecia que existe 1 hombre menor de 20 años, una mujer de 20 años y en su gran mayoría son adultos mayores.

Actualmente en las postas con más lejanía (San Gabriel y El Volcán) no existen pacientes con dependencia severa, pero si en alguna parte del año se ingresó a paciente perteneciente a programa de cuidados paliativos derivado desde Hospital Sotero del Rio. (Tabla N°42)

De esta totalidad de usuario bajo control solo uno de ellos, cuenta con el beneficio de estipendio y es mujer. Actualmente, se está realizando el trámite para obtención de la ayuda para los nueve restantes.

Tabla N°42: Usuarios con dependencia severa y estipendio

CENTRO	TOTAL DE USUARIOS EN PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA	HOMBRES	%	MUJERES	%	RECIBEN ESTIPENDIO	%
PSR MRC	10	2	20%	8	80%	1	0%
PSR SG	0	0	0	0	0	0	0
PSR V	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	2	20%	8	80%	0	0%

Fuente: Registros locales, 2019

Compromisos 2019

- El compromiso que se establece en el año 2019 fue realizar y cumplir con todas las visitas acorde a lo solicitado por el SSMSO, otorgando prestaciones ambulatorias domiciliarias de calidad integral, favoreciendo el acceso en forma oportuna a las necesidades presentadas en cada usuario (a).
- Mantener en año 2020 un cronograma de visitas el cual debe ser específico según cada paciente y según el plan de trabajo realizado en el año 2019. Con esto se puede gestionar necesidades referenciadas por cada dependiente severo, cuidador y familiares.
- Realizar actualización de los datos de los pacientes en plataforma de MINSAL, esto para ayudar en la toma de decisiones de cada paciente.

- Analizar de manera conjunta la dependencia, manteniendo un equipo multidisciplinario enfocado en la mejora en calidad de atención y continuidad de atención.
- Otorgar prestaciones de nutricionista en las atenciones para despejar la brecha de estado nutricional de cada paciente.

Brechas

- Incorporación de pacientes que no cumplen con criterios de inclusión para programa de dependencia severa, se incluyeron pacientes con dependencia moderada y leve.
- Reclamos de parte de pacientes que no cumplen con criterios de inclusión.
- Inadecuado material para cuidados a cuidador.
- Inexistencia de diagrama de cambios de posiciones en domicilios de usuarios de dependencia severa.
- Paciente refiere no recibir visitas el último tiempo, por lo que sus visitas no ayudan a la continuidad de la atención, mayor población con recetas vencidas.
- Inadecuada gestión en red para los pacientes oxígeno dependientes y pacientes con patologías crónicas respiratorias.
- Visitas insuficientes de kinesiólogo para ayudar y evitar el deterioro de los pacientes.

Desafíos 2020

- Trabajar según la norma técnica de programa de dependencia severa.
- Integrar a todos los pacientes de cuidados paliativos, atendidos en Sotero del Rio, en el programa de dependencia severa.
- Seguir con la continuidad de atención según programación establecida en diciembre 2019 para 2020.
- Realizar capacitaciones a cuidadores, enfocándose en 5 ejes :

Figura Nº19: Ejes de cuidados a dependientes severos



Fuente: Elaboración local, 2019

Seguimiento de planes de intervenciones consensuado con el grupo familiar, considerando las características del paciente, familia y entorno.

Plan de cuidados integrales consensuado

Instrumento que explicita un diseño de intervención para cada usuario elaborado en base a un motivo de consulta, evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la familia, y red de apoyo



- Estimular y generar instancia de participación activa de los cuidadores de las distintas áreas en las actividades que programa, con calidad y enfoque de salud familiar.
- Realizar el estudio de las necesidades de cada usuario, para diseñar plan individualizado de cuidados, realizándolo por el equipo de dependencia severa, cuidador y familia.

En junio de 2019, cambia la coordinación de Programa de visitas domiciliarias en pacientes con dependencia severa. Éste programa se entrega con 15 pacientes en total de los cuales 5 eran dependientes totales, 5 eran dependientes severos, 3 dependientes moderados y solo dos dependientes leves. Solo 10 de estos pacientes cumplían con los criterios de inclusión con este programa.

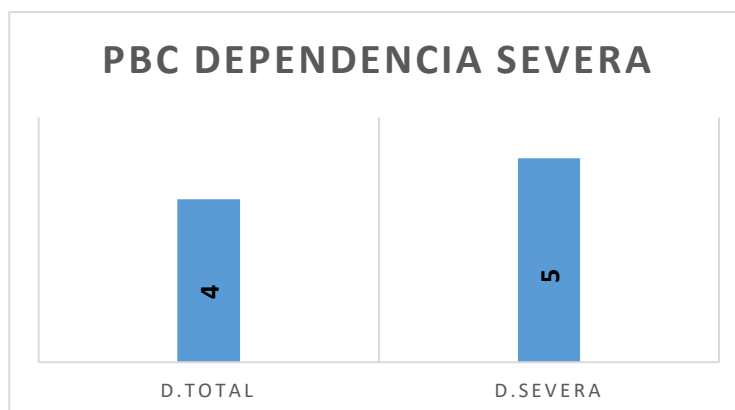
En el mes de junio se realiza un plan de mejora relacionado con el programa:

- Calendarización visitas domiciliarias
- Gestión de recurso humano
- Plan de cuidado integrales consensuados

La idea fue realizar un diagnóstico de pacientes con dependencia leve y moderada, esto se realizó con la ayuda de kinesiólogo, el cual aplicó escala de Barthel a los pacientes que tenían una categorización de moderado y leves. De estos cinco pacientes solo un cambio su estado de leve a severa y el resto no cumplían con criterios de inclusión, se les informó a los cuidadores y familias que no se realizarían más visitas de programa pero que a su vez se gestionarían los recursos necesarios para intervenir en su tipo de dependencia, como por ejemplo entregas de ayudas técnicas, rehabilitación musculo esquelética, priorización de horas médicas, etc.

Por lo tanto, en el programa de dependencia severa hoy en día solo cuenta con una PBC de 9 usuarios, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y para cada uno se gestionan los recursos necesarios. (Gráfico N°138).

Gráfico N°138: Población Bajo Control Dependencia Severa



Fuente: Registro internos, 2019

Telecuidados paliativos

Con el fin de apoyar la atención de los pacientes terminales oncológicos mediante asesoría a equipos encargados de



Innovaciones

La estrategia de innovación trabajada en el 2019 y que se pretende replicar para año 2020 fue la educación y manejo de los cuidadores en el cambio de posiciones de pacientes con dependencia severa, evitando así las lesiones por presión, ya que en esta población hay más probabilidad de lesiones de este tipo. La idea es que cada paciente que reciba visitas cuente con el diagrama de cambio de posiciones con instrucciones mínimas de uso, realizando los cambios cada 2 a 3 horas, con una educación exhaustiva por parte del

profesional a cargo que incluye los cuidados de la piel, la educación de cambio de posición se realizaba en visitas pero nunca existió un material de apoyo para los cuidadores y lo cual es una gran ayuda a su labor diaria.



Otra innovación y que queda como objetivo de buena práctica para el año 2020 es la jornada a cuidadores de dependencia severa, que nace a raíz de que no existe hoy en día un plan de cuidado a los cuidadores y que tiene como objetivo entregar material de apoyo (librillo) con contenido como: Cuidados básicos a usuarios con dependencia severa, rehabilitación y movilización, hidratación y cuidados de la piel, alimentación y por ultimo espiritualidad en cuidadores, etc. Y que además concentra todas las educaciones en una sola, sacando al cuidador de lo cotidiano, brindando un espacio de dispersión.

Fuente: Elaboración propia, 2019

Otra innovación y que queda como objetivo de buena práctica para el año 2020 es la jornada a cuidadores de dependencia severa, que nace a raíz de que no existe hoy en día un plan de cuidado a los cuidadores y que tiene como objetivo entregar material de apoyo (librillo) con contenido como: Cuidados básicos a usuarios con dependencia severa, rehabilitación y movilización, hidratación y cuidados de la piel, alimentación y por ultimo espiritualidad en

cuidadores, etc. Y que además concentra todas las educaciones en una sola, sacando al cuidador de lo cotidiano, brindando un espacio de dispersión.

Otro acontecimiento importante fue nuestra incorporación a la estrategia de Hospital Digital Rural, con énfasis en atención para usuarios con cuidados paliativos. Eficiencia en el sistema de Referencia y Contrareferencia que facilite el tránsito del usuario a través de la Red, la trazabilidad de sus prestaciones y el acceso de la información desde cualquier punto de la Red.

Cumplimientos 2019

Dentro de los cumplimientos 2019 esperados por el ministerio de salud según las directrices del programa de visitas domiciliarias en pacientes con dependencia severa se encuentran las siguientes actividades: 2 visitas domiciliarias integrales a cada paciente de tratamiento o seguimiento que deben ser planificadas según plan de cuidado consensuado con hoja de seguimiento del plan de atención integral; 6 visitas de domiciliarias de tratamiento contando el ingreso al paciente, con inducción específica de deberes y derechos y firma de carta de compromiso del cuidador, todas las actividades tienen como finalidad la continuidad de los cuidados de la persona con dependencia severa; y capacitación a los cuidadores que busca apoyar a los cuidadores en su rol propiamente tal, pero sobre todo la entrega de herramientas para mejorar su calidad de vida. Esta última actividad se concentrará en una jornada de cuidados al cuidador.

Estrategias 2020

Dentro de las estrategias de innovación trabajadas en el 2019 y que se pretende replicar para año 2020 son: La educación y manejo de los cuidadores en el cambio de posiciones de pacientes con dependencia severa, evitando así las lesiones por presión, ya que en esta población hay más probabilidad de lesiones de este tipo. La idea es que cada paciente que reciba visitas cuente con el diagrama de cambio de posiciones con instrucciones mínimas de uso, realizando los cambios cada 2 a 3 horas.

La educación de cambio de posición se realizaba en visitas pero nunca existió un material de apoyo para los cuidadores y lo cual es una gran ayuda a su labor diaria.

MAIS

Las prestaciones que se entregan en este programa tienen estricta relación con MAIS en eje **enfoque familiar** ya que en el contexto biopsicosocial la familia constituye de forma primaria de promover estilos de vida saludable evitando el avance de enfermedades. Además, del cuidado entregado por cada cuidador hacia el paciente, familia y con su autocuidado.

- La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye, modela y determina. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

**ENFOQUE
FAMILIAR**

3

El compromiso para el año 2020 es trabajar más de lleno con el eje **centrado en la atención abierta** para buscar las mejores estrategias posibles, para prevenir el deterioro y hospitalización de la población a cargo.



- Se busca todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo, con especial énfasis en las personas más susceptibles como los adultos mayores, o con enfermedades crónicas.

**CENTRADO EN LA
ATENCIÓN
ABIERTA**



Fuentes: Registros internos, Equipo de Atención Domiciliaria en pacientes con Dependencia Severa, año 2019.

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

- **Profesional a cargo:** EU Yeans Fonseca Córdova
- **Equipo:** EU Isidora de la Paz Salinas -TENS Tania Triviño Abarca

Descripción

El país cuenta desde 1978 con un Programa Nacional de Inmunizaciones. Esto ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad de la población.

Objetivos

Objetivo general:

Prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital

Objetivos específicos:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que están contenidas en el MINSAL.
- Erradicar la poliomielitis y el sarampión
- Mantener los niveles de protección adecuada
- Prevenir enfermedades como Eliminar el sarampión, el tétano neonatal y en el menor de 5 años, la meningitis tuberculosa. tos convulsiva, poliomielitis, difteria, Rubeola, Parotiditis, enfermedades invasivas producidas por haemophilus influenzae tipo b(Hib)
- Programa de vacunación a realizar a edades mayores.
- Es un derecho de toda la población la inmunización. Se realizan campañas de vacunación contra influenza y escolares para otorgar un refuerzo en la inmunización, en poblaciones de riesgo (niños, adulto mayor, crónicos, embarazadas, etc.)

Cumplimientos 2019

- Se logra un 125 % de cobertura con respecto a vacunación influenza a grupos objetivos
- Se obtiene el 100 % de vacunación contra Neumococo en adultos mayores
- Se realiza puesta al día en calendario de vacunación en niños y niñas con calendario de vacunación atrasado.
- Al inicio del año 2019 se obtiene un equipo electrógeno automatizado para hacer frente a los problemas de energía recurrentes del sector y así, se ha subsanado una brecha que ha permitido mantener la cadena de frío de las vacunas y, con ello, asegurar la máxima calidad y seguridad de las inmunizaciones.
- Actualmente contamos con una enfermera con 11 horas destinadas a Inmunización y procesos de vacunatorio, junto con esto un TENS designado para campañas de vacunación.
- Se proyecta vacunación de los niños y niñas de los 4° básicos contra el VPH en un 100%, según indicación Ministerial 2019

Desafíos 2020

- Cobertura 100% vacunación influenza 2020
- Cobertura 100% vacunación neumococo en adultos mayores
- Cobertura 100% vacunación escolar, sin rechazos
- Capacitación a TENS sobre Inmunización.

Cobertura de inmunización en campaña



Movimiento antivacunas

Aunque desde 1978 Chile cuenta con un programa ampliado de inmunizaciones, la cobertura ha descendido notoriamente, pasando de un 98.3% en 2014 a un 85.5% en 2015 en el caso de la tuberculosis, estos por grupos de la población que se niegan a vacunar a sus hijos. Entre los riesgos de no vacunarse se cuentan enfermedades como difteria, tos feria, tétanos y sarampión, podrían resurgir. Los “antivacunas” son, junto a la obesidad, la contaminación, el ébola, el dengue y el SIDA, las más grandes amenazas, según la OMS.

Tabla Nº43: Resumen campaña de influenza

GRUPO DE RIESGO	6 MESES A 5 AÑOS 11 MESES 29 DIAS	MAYORES DE 65 AÑOS	CRÓNICOS	EMBARAZADAS >13 SEMANAS	PERSONAL DE SALUD	AVÍCOLAS Y CRIADEROS DE CERDO	OTRAS PRIORIDADES	TOTAL
TOTAL	612	340	1171	20	46	2	46	2237
INMUNIZADOS	644	385	1526	21	85	11	228	2900
COBERTURAS	105%	113%	130%	105%	148%	550%	495%	129,6%

Fuente: Registro Nacional de Inmunización (RNI)

Vacunación escolar proyección 2019

Tabla N°44: Vacuna Tres vírica (Sarampión, Rubeola y Paperas) + Dtp (Difteria, Tétano y Tos convulsiva)

Cobertura por vacunar 1º básico		
TOTAL	VACUNADOS	COBERTURA
164	164	100%

Fuente: MINEDUC, matriculados 2019

Tabla N°45: Vacuna Difteria tétano y tos convulsiva (Dtp)

Cobertura por vacunar 8º básico		
TOTAL	VACUNADOS	COBERTURA
160	160	100%

Fuente: MINEDUC, matriculados 2019

Tabla N°46: Vacuna Virus Papiloma Humano

	4º BÁSICO			5º BÁSICO		
	TOTAL	VACUNADO	RECHAZO	TOTAL	VACUNADO	RECHAZO
TOTAL	150	150	0	80	80	0
COBERTURA	100%	100%	0	100%	100%	0

Fuente: MINEDUC, matriculados 2019

En las Tablas N°44, 45 y 46 se observan los cumplimientos y proyecciones para el año 2019, todo con un cumplimiento mínimo del 100%, estrategias las cuales se trabajan de manera rigurosa y cuidadosa, considerando no solo a nuestra población inscrita validada sino también a la comunal y otras en correspondencia con la normativa.

Vacunación VPH 2019

Este 2019 será la primera vacunación contra Virus de Papiloma Humano que considerará a los varones de 4º año básico.



MAIS

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) nos permite satisfacer las necesidades y expectativas del usuario para mantenerse saludable, mejorando su estado de salud actual en caso de enfermedad, a través de principios tales como, **promoción y prevención** de la salud. Como medio preventivo tenemos como estrategias la inmunización de patologías que pueden causar daño en la salud del individuo y población a través de campañas ministeriales y vacunas calendarizadas para lactantes menores de 2 años, embarazadas y adultos mayores.

Durante el año 2020, el programa de Inmunización se compromete a trabajar en conjunto con el Modelo de atención Integral en Salud, en el ámbito de intersectorialidad y territorialidad, tal como dice este abordando a través del intersector el estado de salud y bienestar de la población, coordinando acciones efectivas integrando al intersector del establecimiento siendo esto centrado en la persona y de esta forma abarcar con la prevención de enfermedades a través de la inmunización en la mayoría de la población de la comuna de San José de Maipo

- Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD

1

- Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

- Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

PROGRAMA IRA – ERA EN SALA MIXTA DE SAN JOSÉ DE MAIPO

Profesional encargado: Kinesiólogo Pablo Araya Contreras

Propósito

Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población de San José de Maipo con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

Descripción de los Programas

En la comuna de San José de Maipo se establece estrategia nacional de salud respiratoria implementando el dispositivo de Sala Mixta, la cual está ideada en poblaciones de baja densidad poblacional, cuyo objetivo incorporar atenciones de programa IRA y programa ERA en un mismo dispositivo de salud. A continuación, se describe cada programa.

Programa IRA

La población objetivo de intervención del programa IRA se enfoca en los menores de 19 años, portadores de patologías crónicas respiratorias y los usuarios derivados desde las atenciones de morbilidad, post hospitalizados y desde el servicio de urgencias.

Objetivos

Objetivo general

Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas.

Objetivos específicos

- Reducir la mortalidad por neumonía en menores de 1 año (con énfasis en la disminución de la mortalidad domiciliaria)
- Disminuir las hospitalizaciones por SBO, reducir el uso de fármacos inapropiados (en especial el uso irracional de antibióticos)
- Dignificar el nivel primario de atención, reconociendo la importancia de su labor.

Para cumplir los objetivos descritos se diseñaron diversas estrategias de acción, en distintos frentes. En primer lugar, focalización de la atención y de la educación, aplicando el puntaje de riesgo de morir por neumonía a toda madre consultante desde el control prenatal, del recién nacido y en adelante.

En segunda instancia, para mejorar el poder resolutivo de los Centros de APS, se planeó la elaboración de normas sindromáticas de diagnóstico, tratamiento y derivación, basado en una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención.

Como otra forma de mejorar la calidad y resolutivez del nivel primario, se planteó la utilización racional de antibióticos y una modernización del arsenal terapéutico (incorporación de fármacos inhalatorios para el manejo de cuadros de IRA baja).

Programa ERA

Las salas ERA se constituyen como un espacio físico donde se focaliza un trabajo dirigido a la prevención de la enfermedad y promoción de la Salud, para la pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias crónicas, se refuerzan estrategias de vacunación estacional Antiinfluenza y anual antineumocócica en grupos de riesgo, además de la educación anti tabáquica y de estilos de vida saludable entre otros.

El propósito del Programa es otorgar atención de salud a personas de 20 y más años con enfermedades respiratorias crónicas y adultos mayores de 65 años que cursen con Neumonía adquirida en la Comunidad conforme a las guías y normas Ministeriales vigentes.

El Programa ERA se centra en el manejo ambulatorio de personas adultas de 20 y más años, con enfermedades respiratorias crónicas, así mismo prioriza dentro de este grupo etéreo la atención a adultos mayores de 65 años que cursan con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), dentro de su ámbito de desarrollo ejecuta actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Objetivos

Objetivo General

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a

disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

Objetivos Específicos

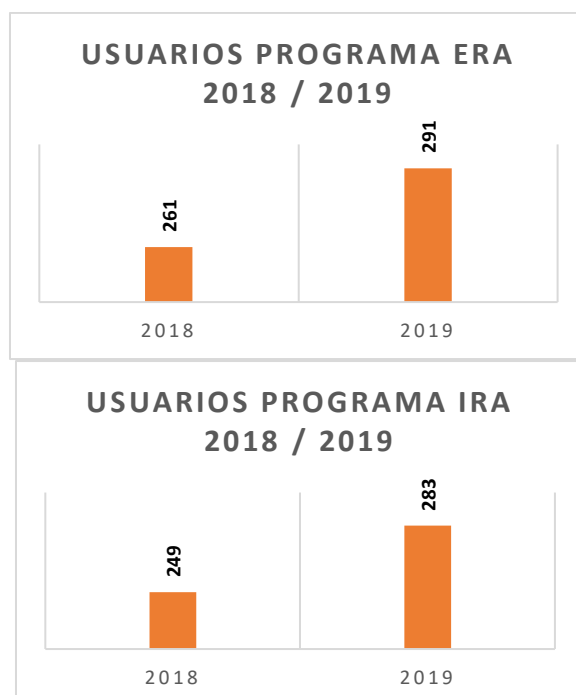
- Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas.
- Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.
- Aumentar la pesquisa de pacientes EPOC y Asmáticos en Postas de Salud Rural.
- Generar protocolos, flujogramas y guías para la mejora en la calidad asistencial de la Sala Mixta.
- Mejorar la infraestructura de la Sala Mixta Comunal.

Compromisos

El compromiso para el año 2019 es mantener el aumento de la población bajo control con enfermedades respiratorias crónicas, mejorar las instalaciones de Sala Mixta de acuerdo a lo solicitado por calidad, para entregar una atención más digna y segura para el usuario. Otro compromiso para el año es estandarizar y potenciar la Rehabilitación Pulmonar dentro de las prestaciones de los programas respiratorios, ya que, según la evidencia, mejora la calidad de vida de los pacientes crónicos respiratorios.

Con el posicionamiento logrado de la Sala Mixta Comunal, tanto de las atenciones en PSR de la Corporación Municipal de San José de Maipo como las del Hospital de San José de Maipo, con los flujogramas de derivación y la correcta gestión de derivaciones de casos GES, se logra un incremento sostenido de la población bajo control de los programas IRA y ERA.

Gráfico N°139: PBC Sala Mixta distinguiendo IRA-ERA, periodo 2018-2019



Fuente: Registros locales, periodo 2018-2019

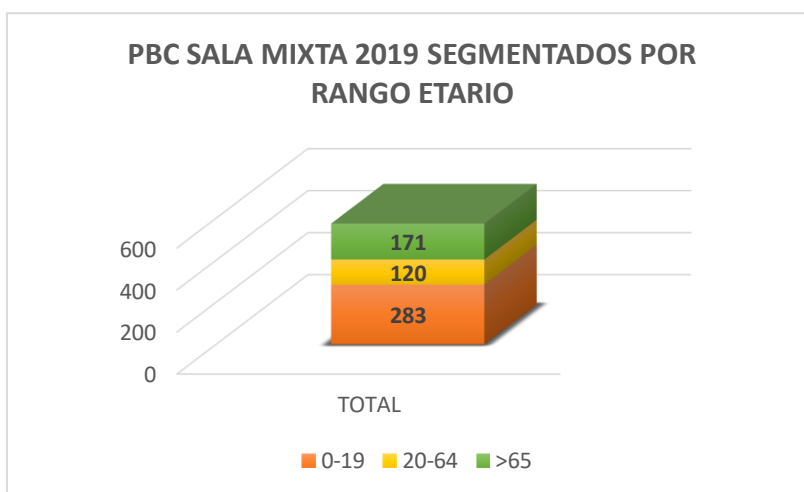
Tabla N°47: Población crónica respiratoria en control sala mixta IRA/ERA, según grupo etario:

Grupo etario	Total
0-19	283
20-64	120
≥65	171

Fuente: Registros locales, periodo 2018-2019

A partir de la Tabla N°47 podemos establecer que el 62,54% de los usuarios mayores de 19 años son mujeres y en el caso de los menores de 19 años el 45.23% son mujeres.

Gráfico N°140: PBC Sala Mixta 2019 segmentado por rango etario



Fuente: Registros locales, periodo 2018-2019

Para complementar el análisis y de acuerdo al último censo, donde la población total de la comuna alcanza a 18.189 personas y los mayores de 65 años de edad son 2003 personas, nuestra Sala Mixta atiende al 3,15% del total de la población (574 personas) y al 9% del total de adultos mayores de 65 años de edad, es decir 171 personas con patología respiratoria crónica de estas edades. Con la estrategia empleada logramos dar cobertura de atención efectiva a una importante población dentro del grupo más vulnerable de la comuna. **Gráfico N°140.**

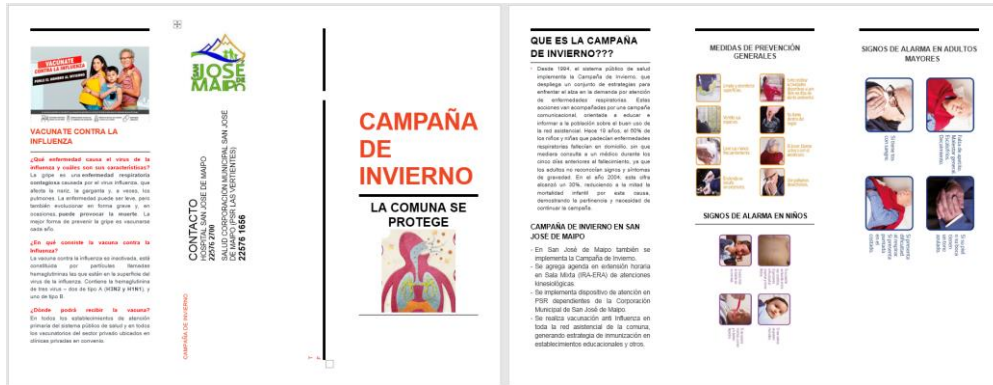
Innovaciones

Se lleva a cabo la estrategia en jardines infantiles, donde se enseña a educadoras y auxiliares en temas básicos de prevención de infecciones respiratorias y el correcto manejo de niños con indicación de uso de terapia inhalatoria, previo al inicio de Campaña de Invierno.

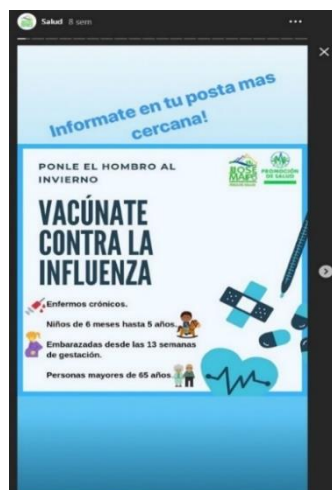


Referencia: TENS de Sala Mixta Alejandra Acevedo mostrando la correcta técnica inhalatoria a funcionarias de Jardín Infantil.

Para el año 2019 y con el fin de contribuir a descongestionar el Servicio de Urgencias y dar continuidad de tratamiento a pacientes con enfermedades respiratorias agudas en las Postas de Salud Rural, se mantiene la estrategia de incorporar atención de Kinesióloga, Enfermera y Médico en extensión horaria al igual que en 2018 (Dispositivo adaptado), ampliando la cobertura a PSR San Gabriel. Además, para el año 2019 se fortalecerán las estrategias comunicacionales de prevención y promoción, con lo que se generan capsulas para radio local de la CMSJM y capsula para ser mostrada en TV de salas de espera. Se entregan volantes con información de atenciones en PSR tanto en PSR Marta Ríos Cofré como en PSR San Gabriel.



Referencia: Material gráfico campaña de invierno, 2019



Referencia: Difusión por redes sociales campaña de invierno, 2019

Mejoramiento de la infraestructura

Según lo comprometido el año 2018, se realizan arreglos estructurales y estéticos de Sala Mixta IRA/ERA, donde se estandariza infraestructura acorde a lo que se solicita por calidad (pisos, paredes y techos rasos lavables, lavamanos adecuados, etc.). Con esto se logra una atención a usuarios y usuarias en un espacio digno, apropiado y amigable.



Referencia: Sala Mixta, 2018



Referencia: Sala Mixta, 2019

Brechas

El año 2019 se logra mantener el aumento sostenido de la población bajo control con enfermedades respiratorias crónicas, pero junto con el aumento de la población existe un aumento de la demanda horaria del equipo de Sala Mixta, lo que conlleva a una disminución en las horas disponibles para lograr de forma adecuada la labor de promoción y prevención en cuanto a las enfermedades respiratorias.

Otras brechas relevantes de mencionar son:

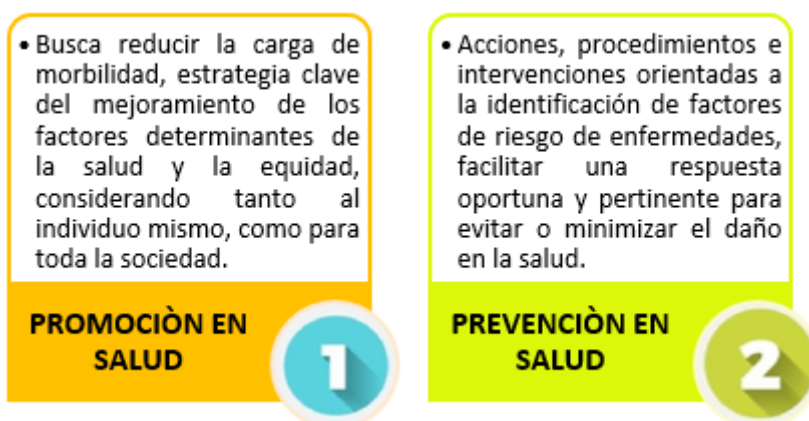
- Poco tiempo para participar en las actividades de promoción planteadas.
- Dualidad administrativa y de coordinación entre dos APS.
- Falta de Implementación adecuada para la realización de Rehabilitación Pulmonar.
- Pocas estrategias conjuntas de promoción y prevención con área de salud de la corporación municipal de San José de Maipo.

MAIS

Para abordar esta temática en particular, hay que entender que cada intervención, cada proceso y cada acción sanitaria se debe guiar por cada uno de los puntos del MAIS, pero hay algunos que son más orientadores según el trabajo de cada estamento, es así que se describen dos ejes que son importantes para los procesos de Sala Mixta.

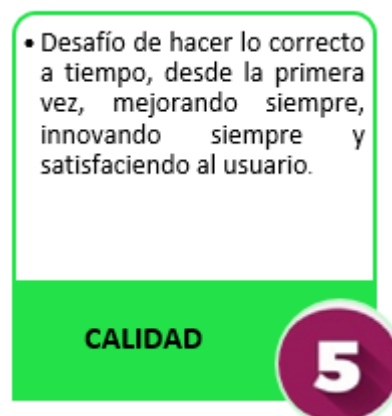
Eje promoción y prevención

En Chile y en particular en la comuna de San José de Maipo hay una gran prevalencia de enfermedades respiratorias y, como la gran mayoría de estas enfermedades son debido a factores prevenibles, como son el tabaquismo, uso de calefacción a leña o parafina, baja escolaridad, condiciones habitacionales poco adecuadas, hacinamiento, etc., los ejes de Promoción y Prevención son fundamentales para cortar o por lo menos disminuir la incidencia de estas enfermedades en las personas de nuestra comuna.



Eje de calidad

Desde que el Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo se hace más presente en la Sala Mixta Comunal y con la Visión de la Dirección de Salud de esta corporación y el Kinesiólogo a cargo, el eje de Calidad toma una importancia fundamental, ya que, cuando se asume el desafío de mejorar los programas de salud respiratoria nos encontramos con un déficit de protocolos, estandarización de procedimientos e infraestructura alejada de lo que solicitan todos los manuales de calidad. Así, el año 2019 se centró en este eje, normalizando y mejorando la infraestructura, generando manuales, flujogramas y protocolos.



Para el año 2020, el compromiso de la Sala Mixta y su Equipo es profundizar en el eje de **Intersectorialidad**, ya que es fundamental lograr la interconexión entre los diversos entes participantes dentro de la comuna y que están en estrecha relación con la comunidad de San José de Maipo, ya que cada individuo, portador de una patología crónica o persona “sana” debe tener la oportunidad de integrarse de la mejor manera posible a la comunidad y tener la posibilidad de desarrollarse en esta.

• Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

Desafíos 2020

- Potenciar el programa de Rehabilitación Pulmonar, mejorando la implementación, generando un espacio físico adecuado y estandarizar los indicadores y la mejor forma de evaluar los resultados.
- Generar una buena práctica desde equipo de Sala Mixta, la cual pueda ser presentada el año 2020 - 2021.
- Seguir con la visión planteada en temas de calidad, aumentando y mejorando los protocolos, guías y manuales.
- Continuar con la estrategia de aumentar la población bajo control, potenciando las actividades de pesquisa dentro del ambiente comunitario.
- Que el eje de la Intersectorialidad sea asumido dentro del quehacer del equipo de Sala Mixta e incorporado dentro de todos los programas de Salud Respiratoria.

UNIDAD DE FARMACIA

Descripción

La unidad de farmacia es una unidad crítica dentro de las componentes del apoyo clínico, dado que es la puerta de acceso del usuario a sus tratamientos farmacológicos, tanto agudos como crónicos. Así, la unidad comunal comprende un botiquín por centro de salud que vela por el despacho oportuno de medicamentos a los usuarios y, una bodega comunal de medicamentos que centraliza los procesos de almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos.

Objetivos

Objetivo general

- Participar de forma activa dentro de los procesos biomédicos para alcanzar mejores niveles de compensación y calidad de vida en los usuarios de cada centro de salud a través del manejo integral de los procesos asociados al medicamento e insumos.

Objetivos específicos

- Garantizar la entrega segura y oportuna de medicamentos e insumos médicos requeridos por la población usuaria de los centros de salud.
- Brindar atención integral al usuario y sus requerimientos para contribuir a su proceso de salud.
- Participar en el equipo biomédico a través de atenciones farmacoterapéuticas para contribuir a mejorar niveles de compensación y calidad de vida en los usuarios.

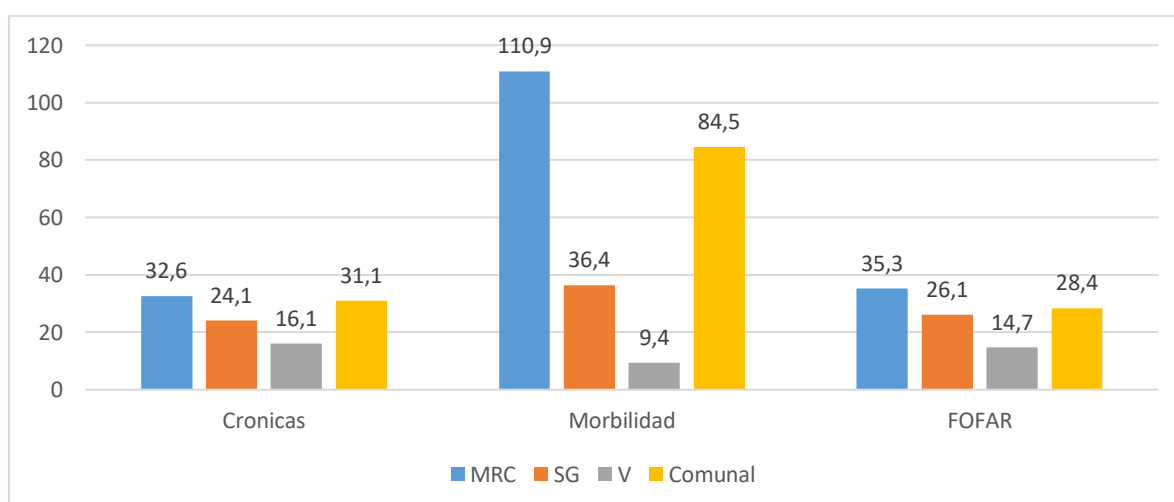
Equipo de farmacia CMSJM

PSR Marta Ríos Cofré	PSR San Gabriel	PSR Volcán
TENS Nicole Guardia G.	TENS Luz Aguirre (Residente)	TENS Francisco Vivallo (Residente)
TENS Mario Nuñez N.		
TENS Tania Triviño A.		
Encargado Comunal: Químico Farmacéutico Rodrigo Véliz Vivar		

Análisis de demanda

En relación al año 2018 y, siguiendo con la tendencia evidenciada durante el año 2017, se registró un alza significativa en la cantidad de recetas despachadas por parte de los botiquines de los centros de salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo, arrojando un promedio de crecimiento comunal de 31,1% en materia de recetas crónicas (prescripciones emitidas por un periodo mayor a 30 días) de la mano con un crecimiento de un 28,4% en recetas crónicas del programa FOFAR. Además, se registró un aumento de 84,5% en recetas de morbilidad (prescripciones emitidas por un periodo menor a 30 días para manejar patologías de tipo aguda). (Gráfico N°141)

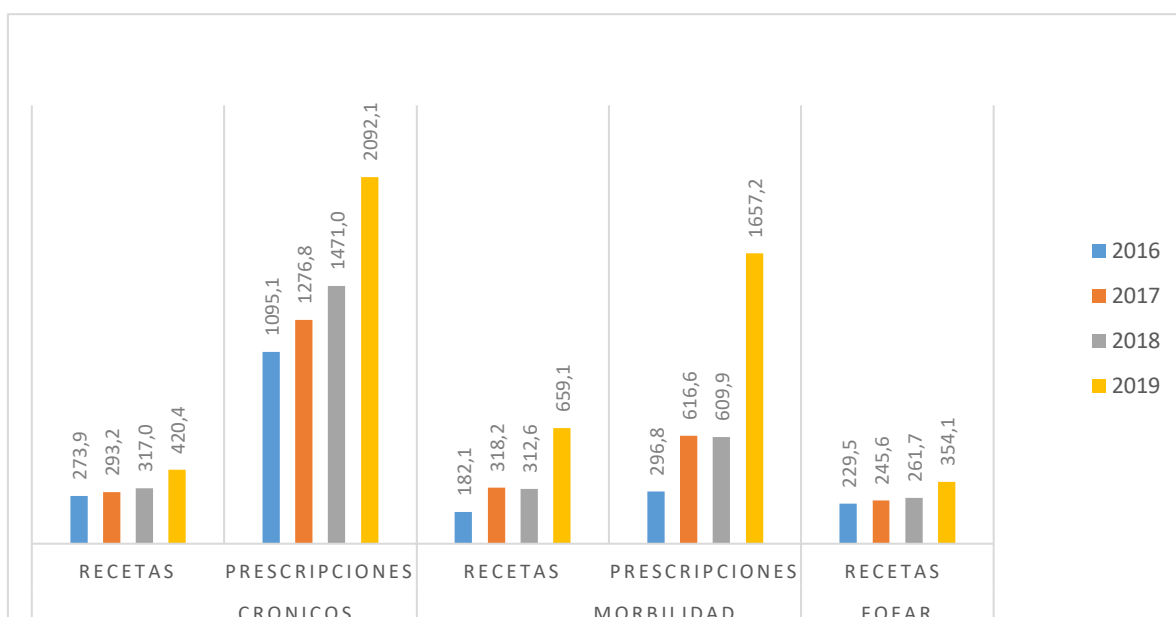
Gráfico N°141: Variación porcentual de recetas despachadas respecto al año anterior (2018)



Fuente: Consolidación de planillas de registro de entrega de medicamentos.

Luego, el análisis por centro de los centros consolida mayoritariamente los aumentos de cada tipo de receta en PSR Marta Ríos Cofre, con aumentos que superan el 100% en el caso tanto de recetas, como a su vez de prescripciones debido, principalmente a la incorporación de nuevas horas de médico, concentradas mayoritariamente en este centro y, además, al aumento de población consultante en el centro. (Gráfico N°142)

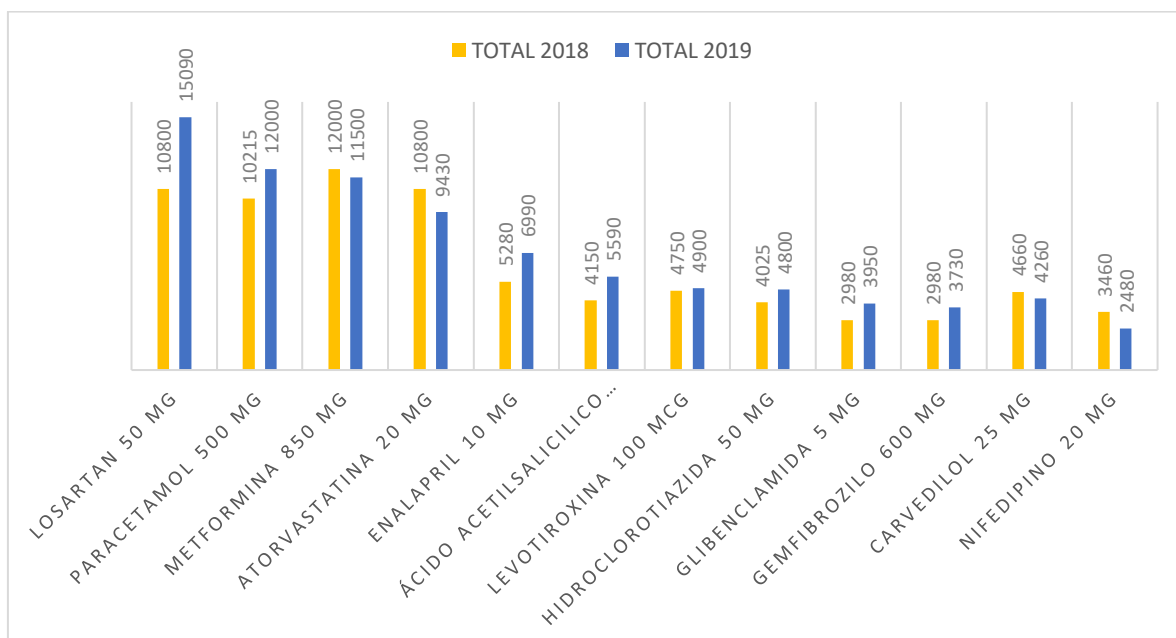
Gráfico N°142: Variación histórica de recetas y prescripciones en PSR Marta Ríos Cofré



Fuente: Consolidación de planillas de registro de entrega de medicamentos

Luego, el análisis puntual de despachos arroja el mismo universo de medicamentos del año 2018 con alto flujo de salida, que se asocian a diagnósticos cardiovasculares y manejo del dolor, con incrementos marcados en el caso de los antihipertensivos. (Gráfico N°143)

Gráfico N°143: Comparativa de mayores flujos de salida de medicamentos a nivel comunal



Fuente: Registro de movimientos de stock local, unidad de Farmacia.

Cumplimientos 2019

- **Atenciones farmacéuticas en salud mental**

Durante 2019, se mantuvo el posicionamiento dentro del flujograma de salud mental, rompiendo la propuesta inicial de fomentar la salida de medicamentos de larga data en marco de antidepresivos y ansiolíticos, para dar paso a la implementación efectiva de la herramienta de Seguimiento Farmacoterapéutico y psicoeducación. De esta manera se realizó una cobertura de 78 pacientes bajo a esta estrategia, lo que se traduce en una cobertura efectiva del 25% del total de la población bajo control de salud mental. Si acotamos la población a aquella que se encuentra bajo tratamiento farmacológico prescrito, el porcentaje de cobertura del Seguimiento Farmacoterapéutico alcanza el 67,8%.

La participación en el equipo de Salud Mental ha permitido la visión transdisciplinaria de los pacientes, generando estrategias de abordaje adecuadas a cada caso, esquemas farmacológicos adecuados y acotados, además de un seguimiento activo y efectivo por el equipo de salud mental.

- **Informatización de los procesos relacionados a la gestión farmacéutica para PSR Marta Ríos Cofré para mejorar el quehacer en programación, manejo de inventarios.**

Durante el año 2019 se implementó la informatización de los procesos relacionados a la gestión farmacéutica, referente a materia de gestión de inventario en bodega central de medicamentos mediante el sistema de automatización de movimientos bajo registro de código de barra. Esta implementación permitió mejorar el control de inventario y, con ello, obtener información en tiempo real del comportamiento del flujo de medicamentos e insumos médicos para mejorar la gestión farmacéutica en materia de programación, prevenir quiebres de stock y mejorar el sistema de rotación de inventarios para la reducción de la merma por vencimiento.

De esta forma, durante 2019 se logró reducir al mínimo el vencimiento de medicamentos dejando un valorizado de 26252 (precio CENABAST 2019) gracias al sistema de gestión de inventario, desarrollado íntegramente por la unidad de farmacia.

Registros

Durante 2018 se detectó la no informatización de la información de recetas (prescripción electrónica por plataforma de registro clínico unificado RAYEN). Durante 2019, en conjunto con la unidad de gestión de la información, se gestionó el sistema de capacitación al equipo

Seguimiento farmacoterapéutico

Es la herramienta mediante la cual, el profesional químico farmacéutico puede evaluar y monitorizar la farmacoterapia, en función de las necesidades particulares del usuario, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados en su salud, con la finalidad de obtener el máximo beneficio de la medicación que toma, midiendo su necesidad, efectividad y seguridad en cada situación clínica. Como proceso asistencial implica que se efectúe de forma sistemática, continuada, documentada y describe como el farmacéutico pueden coordinar su trabajo con otros profesionales, respecto a un proceso asistencial enfocado en el usuario.



prescriptor con la finalidad de fortalecer el uso de receta electrónica. En la actualidad, el equipo médico en pleno se encuentra realizando prescripción electrónica. El equipo de matronas y odontólogos se encuentra comenzando gradualmente con este proceso, teniendo como meta la informatización de los procesos de prescripción en un 85% de los usuarios inscritos (no considerando los usuarios cubiertos por programas de reforzamiento que pertenecen a otros centros de la RED).

Farmacovigilancia

Durante el año 2018, se implementó un plan de farmacovigilancia aplicado a todos los profesionales que brinden algún tipo de atención clínica a los usuarios consultantes mediante el uso de un formato local de reporte abreviado de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM), protocolos, instructivos y fomento del reporte, en conjunto con el apoyo de la prestación de seguimiento Farmacoterapéutico. A la fecha, se tiene un total a la fecha de 13 reportes (15 en 2018).

La implementación de un plan funcional de farmacovigilancia nos permite concientizar de manera efectiva sobre los potenciales efectos nocivos del uso de medicamentos comunes para la población usuaria, y con ello, aumentar la seguridad de los tratamientos por vigilancia de los potenciales efectos nocivos no intencionados de estos. Además del cumplimiento de lo establecido en la NT 140 sobre la temática de farmacovigilancia.

Brechas

- Mejorar el sistema de gestión de medicamentos sujetos a control legal en los centros extremos con la finalidad de evitar descuadres u otros problemas relacionados a la gestión de stock de estos medicamentos.
- Levantamiento de brechas de la bodega comunal de medicamentos para la presentación al proceso de autorización sanitaria.

Desafíos 2020

- Realizar atención farmacéutica en usuarios de alto riesgo para aportar en las metas de compensación y calidad de vida de estos usuarios de PSR Marta Ríos Cofré (piloto modelo de atención de Multimorbilidad Crónica)
- Informatizar procesos de gestión de la información en PSR San Gabriel y PSR El Volcán
- Mejorar el sistema de gestión de medicamentos controlados en centros extremos, desarrollando la estrategia de calendarización contra receta despachada en desmedro de la estrategia del maletín flotante.
- Trabajar en el cierre de brechas para la presentación del recinto de bodega de farmacia para autorización sanitaria.

Psicoeducación

Tiene como función informar al usuario y su familia sobre la enfermedad, sus posibles causas, síntomas, signos de agudización, necesidad de cumplimiento de la medicación, etc. Destacar que este proceso de innovación de incorporar al profesional químico farmacéutico en el flujograma de atenciones del Programa de Salud Mental Integral, fue seleccionada y presentada en la versión 2019 de las Jornada de Buenas Prácticas de la Universidad de Concepción.



MAIS

La unidad de farmacia, como unidad ha participado de forma constante en la implementación y ejecución del modelo MAIS, a través de la generación de **tecnologías** para favorecer el quehacer clínico asistencial. Además, del trabajo con la red de salud (subred cordillera) para acercar los medicamentos de especialidad, prescritos en el nivel secundario (Hospital Sótero del Río) con la finalidad de mejorar el acceso oportuno a medicamentos de la población de nuestros centros.

- Cualquier dispositivo médico, procedimientos clínicos y/o procedimientos de gestión en salud que faciliten las atenciones a los usuarios y que permita ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados de las personas

TECNOLOGÍA

8

Como compromiso MAIS 2020 Fomentar el trabajo intersectorial, del eje con el nombre **Intersectorialidad y Territorialidad** de la unidad de farmacia al servicio de las necesidades de la comunidad, a través del trabajo participativo con las diversas instituciones, agrupaciones comunitarias donde la unidad pueda ser parte activa de intervenciones realizadas.

- Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC)

- **Profesional a cargo:** Nelly Standen Fuentealba, Nutricionista
- **Equipo:**

Tens Fernanda Gonzales	Encargada de: <ul style="list-style-type: none">• Bodega Central en Posta Marta Ríos Cofré en localidad de Las Vertientes.• Coordinación con Postas san Gabriel y Volcán, para traspasos de productos según necesidad.• Distribución de Alimentos• Registros estadísticos: Libro Foliado Tarjeteos, etc.• REM mensual de las tres Postas, más REM consolidado de la Corporación.
Tens Luz Aguirre Gonzáles	<ul style="list-style-type: none">• Encargada de bodega y distribución de productos en Posta San Gabriel• Registros estadísticos: Libro Foliado, tarjeteros, etc.
Tens Francisco Vivallo	<ul style="list-style-type: none">• Encargado de Bodega y distribución de productos en Posta El Volcán• Registros estadísticos: Libro Foliado, tarjeteros, etc.

Descripción del programa

En Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) se creó en 1954, presentando una historia ininterrumpida de más de medio siglo, período en que se han producido adaptaciones a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población y a los nuevos conocimientos en alimentación y nutrición. Desde su creación, el propósito del programa ha sido "contribuir a mantener y mejorar el estado nutricional de la población", apuntando al control de los problemas de malnutrición, con un énfasis inicial en la malnutrición por déficit¹ (desnutrición), incorporando luego los problemas de malnutrición por exceso² (sobrepeso y obesidad y, a partir de la disminución de éstos, contribuir al control de las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación)

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados, en el inicio del programa, a niños/as menores de 6 años, gestantes y nodrizas. A partir de 2003 se agregaron otros grupos poblacionales con necesidades nutricionales especiales, como son los prematuros extremos⁴ y los menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM)⁵. En 2008, se extienden los beneficios del programa a las embarazadas portadoras de fenilketonuria con el fin de asegurar el desarrollo fetal normal, previniendo la microcefalia, el peso de nacimiento menor de 2.5 kilos, la cardiopatía congénita y el posterior retardo mental, complicaciones propias de esta condición cuando no se elimina de la dieta el aminoácido (fenilalanina) comprometido en la cadena metabólica.



Prematuro

Este año destacamos que tuvimos el primer caso de Recién Nacido prematuro que se incorpora al centro de salud y accede al beneficio Destinado a prevenir y/o recuperar el daño nutricional de estos lactantes. Entrega hasta la edad de 12 meses, corregida por edad gestacional, fórmulas especiales destinadas a cubrir la alta demanda nutricional de los prematuros que pesan menos de 1500 gramos de peso al nacer y/o que tienen menos de 32 semanas de gestación.

Objetivos

Objetivo general:

- Mantener el estado nutricional de gestantes para favorecer el desarrollo fetal armónico, lactancia materna exitosa, crecimiento y desarrollo normal del niño y niña.
- Contribuir a la reducción de prevalencia de enfermedades crónicas en la vida adulta

Objetivos específicos:

- Promover la Lactancia Materna
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Contribuir a la prevención de enfermedades no trasmisibles desde las primeras etapas de la vida.
- Prevenir y reducir enfermedades crónicas asociadas a la mal nutrición.

Tabla N° 48: Distribución de productos en kilos por Centro de Salud (enero a Julio 2019)

PRODUCTO	Posta MRC	Posta San Gabriel	Posta El Volcán	TOTAL
Purita Fortificada	207	30	14	251
Purita Cereal	446	90	34	570
Purita Mamá	107	7	0	114
Mi Sopita	30	0	0	30
Fórmula Prematuros	8	0	0	8
Fórmula de Continuación	0	0	0	0
Años Dorados	507	111	152	770
Bebida Láctea	507	111	152	770

Fuente: Registro estadístico interno, 2019

Tabla N° 49: Total de Kilos Distribuidos en los últimos 4 años: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

	2016	2017	2018	2019
Nº kilos distribuidos	1903	2035	2478	2764 (Proyectado a Diciembre 2019)

Fuente: Registros internos de distribución en CMSJM (PNAC), 2019.

Los datos anteriormente expuestos evidencian un importante aumento en la distribución de kilos de alimentos (leche, fórmula, sopas y cremas), en los últimos cuatro años, lo cual se relaciona principalmente con el aumento de población de niños y niñas menores de 6 años inscritos en los centros de salud de CMSJM, además de las estrategias para aumentar el consumo de purita mamá en gestantes y madre en periodo de amamantamiento. (Tabla N° 49)

PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR

Objetivo

Objetivo general:

- Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de optimizar su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Entregar un complemento alimentario especialmente diseñado para el adulto mayor acorde a su necesidad.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor.

Tabla N°50: Distribución productos PACAM periodo 2015-2019

2015	2016	2017	2018	2019
670	710	730	826	1320 *proyectado a dic. 2019

Fuente. Registros internos, 2019

En los últimos cinco años la distribución de productos para el adulto mayor (Bebida Láctea y Crema Años Dorados), ha tenido un aumento significativo. Lo anterior debido a

- Aumento de usuarios inscritos en los centros de salud de CMSJM
- Educación al momento de la entrega (variedad de formas de preparación e importancia de uso), rescate de inasistentes, visitas domiciliarias, entre otros.

Compromisos y cumplimientos

- Entrega oportuna de los productos a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solicitados según la norma vigente.

Brechas

- No contar en Posta de Salud Rural, Marta Ríos Cofré, localidad Las Vertientes, con bodega de almacenamiento y box de distribución según la Norma vigente.
- No contar con Mural exclusivo programa alimentario (información y educación) en los 3 centros de salud de CMSJM.

Desafíos

- Contar con bodega de almacenamiento y distribución de productos, de acuerdo a Norma vigente.
- Contar con TENS de reemplazo capacitada, en caso de ausencia de TENS encargada.
- Mantener y mejorar educación a usuarios, para hacer un mejor uso de los productos, a través de apoyo audiovisual, mural exclusivo, afiches, dípticos, degustaciones, entre otros.
- Entregar Guías anticipatorias en Autocuidado.

Buenas Prácticas

Desde marzo 2019 se entregan “*Guías de Autocuidado*” (cada vez que el usuario asiste a retirar productos), con una temática diferente por mes: Importancia Lactancia Materna, mes del Corazón, Actividad Física, Recetarios Saludables, etc.

MAIS

Los objetivos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, como mantener y mejorar el estado nutricional a través del ciclo vital, prevenir ECNT, mantener o mejorar la funcionalidad en adultos mayores, está muy ligado a algunos ejes del Modelo Atención Integral en Salud (MAIS), como **Prevención y Promoción**. Así también como algunas actividades

implementadas en nuestras Postas, como la entrega de material informativo relacionado al buen uso de los productos, entrega de guías anticipatorias de autocuidado.

Durante el año 2020, nos comprometemos con el eje MAIS, **Centrado en la atención abierta** estando más alerta, al momento del retiro del beneficio, si el usuario tiene su próxima citación agendada y por otro lado, reforzar a los distintos profesionales, que al momento de la atención verifiquen en Carnet Control que estén retirando el producto que le corresponda, de acuerdo a edad y los beneficios de su adecuado consumo.

• Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD

1

• Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

• Se busca todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo, con especial énfasis en las personas más susceptibles como los adultos mayores, o con enfermedades crónicas.

CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA

9

REHABILITACIÓN INTEGRAL Y REHABILITACIÓN EN BASE COMUNITARIA

Profesional a Cargo: kinesiólogo Marco Contreras.

Equipo: Dra. María Gracia Bracho- Dra. Pilar Silva- Dr. Ricardo- kinesiólogo Marco Contreras- Yasna Rodríguez.

Descripción del programa

Existen diversos factores que desencadenan alteraciones funcionales y discapacidad en nuestra población, tanto de manera permanente como transitoria. Según ENDISC (2004) cerca del 12,9% de la población presenta algún grado de discapacidad, produciendo una carga importante de años perdidos por discapacidad, la cual va aumentando con la edad, y se hace más prevalente en mujeres (representando el 58% de la población total con discapacidad), causando un gran impacto económico. Dentro de los AVISA el porcentaje asociado a patologías musculoesqueléticas asciende a 22,21% en menores de 19 años, 52,06% en mayores de 20 años y al 25,73% en mayores de 65 años, de los cuales la demanda estimada según Estudio de Carga Enfermedad del año 2007 era de 210.246 personas. (Cuevas, et al. 2010).

Objetivos

Objetivo General

Proporcionar las herramientas para la inclusión social de las personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, incentivando a la población a promover y mantener estilos de vida saludables mediante la consecución de cambios de hábitos y de paradigmas relacionados a salud y calidad de vida, siendo la comunidad el actor principal, en donde tendrán un rol activo y desarrollarán sus capacidades físicas, mentales y sociales.

Objetivos Específicos

- Facilitar el acceso oportuno de atención a personas en situación de discapacidad a la red de rehabilitación del servicio de salud.
- Hacer entrega a la comunidad y familias herramientas de rehabilitación para que sean estos capaces de tener una continuidad en los cuidados ya sea en el hogar, trabajo u o lugar de estudio de las personas con discapacidad, Completando el proceso de rehabilitación y logrando su inclusión en el ambiente familiar, social y laboral.
- Establecer redes locales comunitarias, gubernamentales, privadas y/o públicas que permitan brindar soporte a personas en situación de discapacidad y sus familias.

Población objetivo

Toda persona en situación de discapacidad producto de una alteración musculoesqueletica, que se encuentre inscrito en el sistema de previsión FONASA y sea derivado por profesional médico con su respectivo diagnóstico.

Compromisos 2019 PSR Marta Ríos Cofré

Durante este año comienza la implementación del modelo de atención de multimorbilidad, el cual hace énfasis en la aplicación del modelo integral y transdisciplinario en aquella población que padece patologías crónicas múltiples y por tanto su manejo se en causa en un esquema integral de salud familiar.

Reinvención de estrategias de intervención en visitas domiciliarias por dependencia severa. En comparación años anteriores donde se fijaban visitas domiciliarias 2 veces al año. A contar de marzo de este año se amplió la cobertura en donde los usuarios en situación de dependencia severa cuentan con visitas bimensuales. Esto ha permitido lograr el levantamiento de brechas en cuanto a nivel de requerimiento, actualización de la condición funcional de los usuarios y además permitir la continuidad en el cuidado, factor fundamental en la integralidad de nuestro modelo de salud.

Inasistencias y falta de adherencia a tratamiento kinésico dentro de los aspectos a fortalecer el año anterior, era generar tiempos para realizar rescates telefónicos por parte del profesional, ya que debido a la alta demanda no se podían generar tiempos para realizar rescate telefónico. Este año debido al aumento de horas de atención kinésicas por rehabilitación integral, se ha podido establecer tiempos de una hora semanal para realizar rescate de usuarios faltantes a sesiones kinésicas y además de usuarios con diagnóstico de artrosis GES que a la fecha solo reciben su prestación farmacológicas, para que acudan a rehabilitación (prestación que por garantía explícita deben de tener todos).

Se fijan talleres anuales para trabajar como equipo de rehabilitación en San Gabriel y Las Vertientes.

Se da continuidad para la localidad de Vertientes el taller de prevención de caídas modalidad teórico práctico el cual se realizó a fines del año 2018 en localidad de San Gabriel y Volcán con finalización en diciembre.

Realización de intervenciones (talleres) transdisciplinarias con matrona, nutricionista, odontóloga, etc. en programa Chile Crece para mujeres gestantes, con énfasis en manejo del dolor no farmacológico durante la gestación y trabajo de parto.



Referencia. Charla informativa en sala de espera EMPA y OIRS, 2019

Participación activa como equipo de rehabilitación encargado de eje intersectorialidad en el modelo de atención integral de salud.

Compromiso 2019 PSR Sn Gabriel

- Meses octubre – noviembre 2018 rescate en Posta San Gabriel población con alteraciones musculoesqueléticas crónicas.
- Acercamiento de la población a la sala de rehabilitación en San Gabriel a través de trípticos informativos.
- Apoyo octubre/febrero 2019 a sala de rehabilitación en Posta Las vertientes para descongestión.
- Realizar taller teórico/practico manejo del dolor crónico octubre 2019.
- Operativos de salud en la localidad de San Gabriel pesquisa EMPA/EMPAM.
- Taller prevención de caídas comunidad San Gabriel octubre – noviembre – diciembre.

Brechas 2019

- Protocolizar flujo de derivaciones para aplicación de herramienta IVADEC.
- Implementar estrategias de intervención para usuarios de multimorbilidad con equipo salud mental y PSCV.
- Optimizar mecanismo de evaluación y derivación desde equipo multimorbilidad a rehabilitación
- Realizar talleres teórico/practico a la población con discapacidad musculoesquelética permanente.

Buenas Prácticas

Nombre: “Movámonos todos juntos “: un esquema de trabajo que optimiza el proceso de rehabilitación y salud comunitaria.

Profesional a Cargo: kinesiólogo Marco Contreras.

Equipo: administrativo SOME (Verónica Contreras Karina Urtubia).

Descripción de la experiencia

El enfoque de la rehabilitación hoy en día se basa en la salud comunitaria como principal eje, donde el actor principal ya no es tan solo quien padece la enfermedad, sino más bien el conjunto de factores (extrínsecos e intrínsecos) que hacen que la persona se encuentre en una situación de discapacidad permanente o transitoria. Estos factores como el ambiente donde vive las relaciones interpersonales, el acceso a servicios básicos, el estado psicoemocional de la persona, la geografía y clima del lugar donde reside determinaran su estado de salud.

Es por esto que las estrategias sanitarias hoy en día incitan a que el proceso de búsqueda de salud no se enmarque en los márgenes y comodidad de los servicios de salud, sino más bien fuera de estos, en donde el profesional deberá impregnarse de la realidad local para que en conjunto con los usuarios se generen herramientas atingentes.

En el plano local, lo anteriormente dicho queda al debe, ya que no contamos actualmente a nivel comunal con servicios o programas corporativos que permitan dicha continuidad terapéutica como talleres de actividad física, plazas activas, programa MAS, etc.

A comienzo de año 2018 se reforman las horas de atención, creando segmentos de horas exclusivas de atención grupal dentro de las dependencias del servicio de salud, dando cobertura a una gran cantidad de usuarios con diagnóstico de artrosis de; cadera, rodilla y columna. Las horas de atención son de 90min con capacidad para 15 usuarios (esto por condiciones del recinto). Son derivados todas aquellas personas que cumplen los objetivos dentro de su rehabilitación individual, siendo principalmente la reducción de sus síntomas como el dolor y contar con condición funcional acorde con las actividades que se realizan.

Buenas Prácticas



Durante el 2019 este proyecto fue presentado al Programa de Buenas Prácticas del SSMSO, adjudicándose financiamiento para fortalecer su desarrollo.

Se pretende para este año modificar esta metodología de la forma en que: Con la conformación de líderes y monitores que se han gestado a la fecha, se realizaran grupos de rehabilitación fuera del servicio de salud, los cuales operaran de manera semiautónoma (con supervisión de profesional kinesiólogo) y con recursos brindados por el servicio de salud. Esto será posible gracias a la colaboración del club deportivo Unión Libertad con los cuales se gestionó el uso y disposición de las dependencias del club para generar actividades para la comunidad.

Objetivos

Objetivo general

Optimizar la funcionalidad de los usuarios, permitiendo ampliar el concepto de salud desde una mirada integral, y así dar continuidad al cuidado.

Objetivo específico

- Aumentar frecuencia de atenciones para disminuir lista de espera.
- Disminuir agendamientos por sobrecupo, y optimizar atenciones por morbilidad.
- Generar autonomía de grupo.
- Proyectar iniciativa fuera del servicio de salud.

Innovaciones

Se destinan horas protegidas de kinesióloga para toma de examen médico preventivo del adulto y adulto mayor, lo que genero para este año cumplir con las metas sanitarias y además un mayor control de nuestra población adulta.

Desafíos

- Generar estrategias de intervención para el año 2019, para aumentar cobertura de atención en localidades de San Gabriel y Volcán.
- Implementar modalidad de trabajo grupal en usuarios con patologías de mayor prevalencia en localidades de San Gabriel y Volcán.
- Generar red de derivación usuarios con patología crónica osteoarticular.
- Realizar charla a funcionarios y usuarios sobre certificación de discapacidad, para optimizar flujo de derivación y aumentar número de consultas.
- Formalizar visitas domiciliarias a usuarios con dependencia severa en localidad de Volcán y San Gabriel
- Formalizar visitas domiciliarias a usuarios con dependencia severa.
- Sistematizar proceso de acreditación de discapacidad para los usuarios, con equipo interdisciplinario.

Resumen Rehabilitación en Base Comunitaria

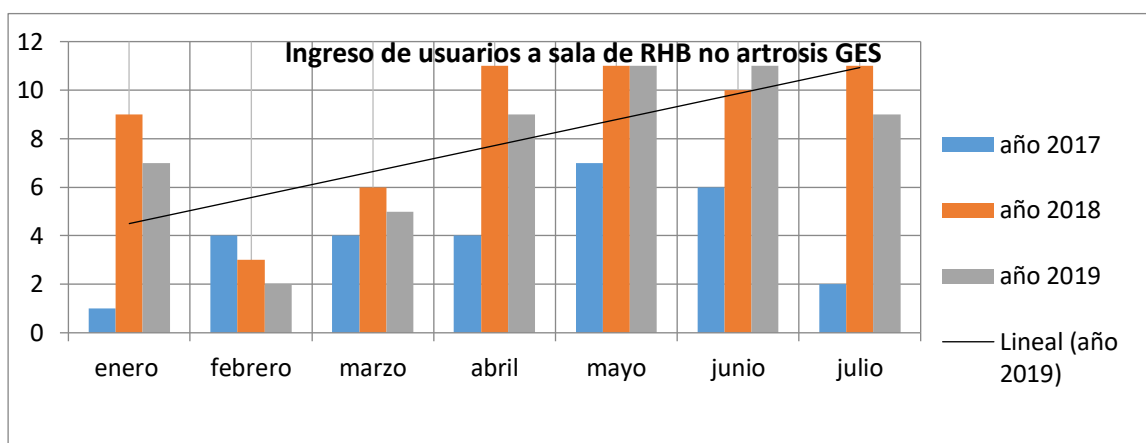
Tabla Nº51: Resumen procedimiento RBC, según centro

PROCEDIMIENTOS RBC MRC	TOTAL
INGRESOS	78
INGRESOS POR DG OA CADERA RODILLA (GES)	11
SESIONES KINESIOTERAPIAS	574
TALLERES DE EDUCACIÓN GRUPAL	4
Nº PARTICIPANTES DE TALLERES	56
PROCEDIMIENTOS RBC San Gabriel	TOTAL
Ingresos total	28
Ingresos Mujer	19
Ingresos Hombre	9
Ingresos OA cadera rodilla	11

Ingresos por SD DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMÁTICO	4
Ingresos por SD DOLOROSO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO	13

Fuente: Registros locales, 2019

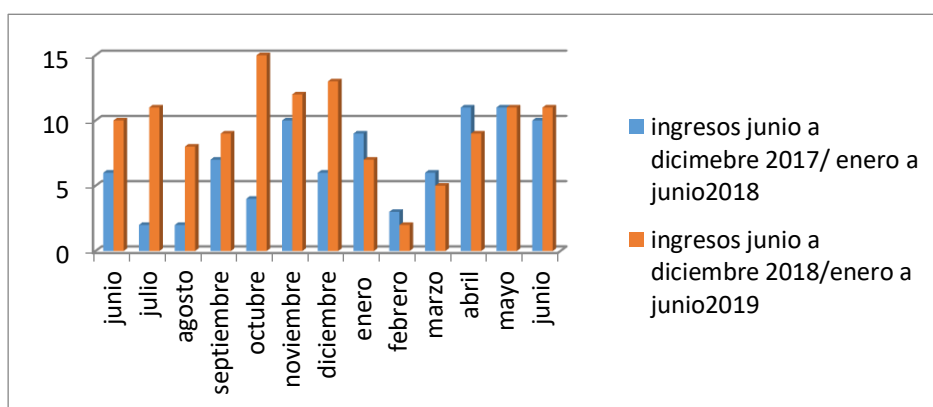
Gráfico N°144: Ingresos 2017-2019 PSR MRC



Fuente: Registros locales, años respectivos

En el Gráfico N°144 se puede apreciar una tendencia hacia el aumento de ingresos a RHB durante los últimos años, en donde el año 2018 a la fecha (julio) ya sobrepasa el número de ingresos (61) de los años 2017 (28), manteniendo la proporción el año 2019 (54), lo que se debe en parte a las estrategias de derivación médica oportuna y a la redistribución de horas kinésicas.

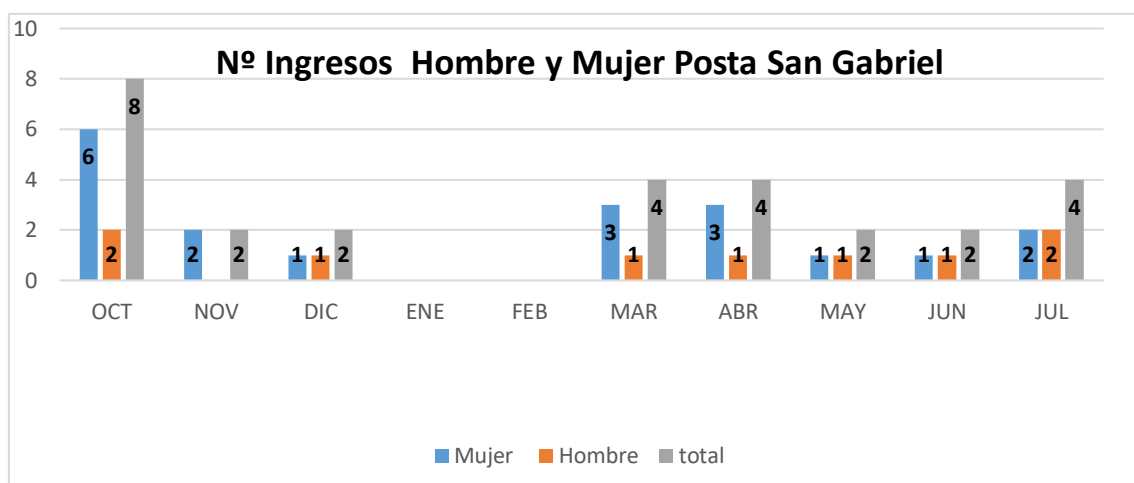
Gráfico N°145: Comparación en cantidad de ingresos realizados entre los años 2018-2019 con corte junio de cada año en PSR MRC



Fuente: Registros locales, años respectivos

Se puede apreciar en el Gráfico N°145 que la tendencia desde el corte de junio del año 2017 a junio de 2019 es al alza incluso en los meses de declive, con mayor incidencia de casos nuevos en los meses de julio a diciembre de cada año.

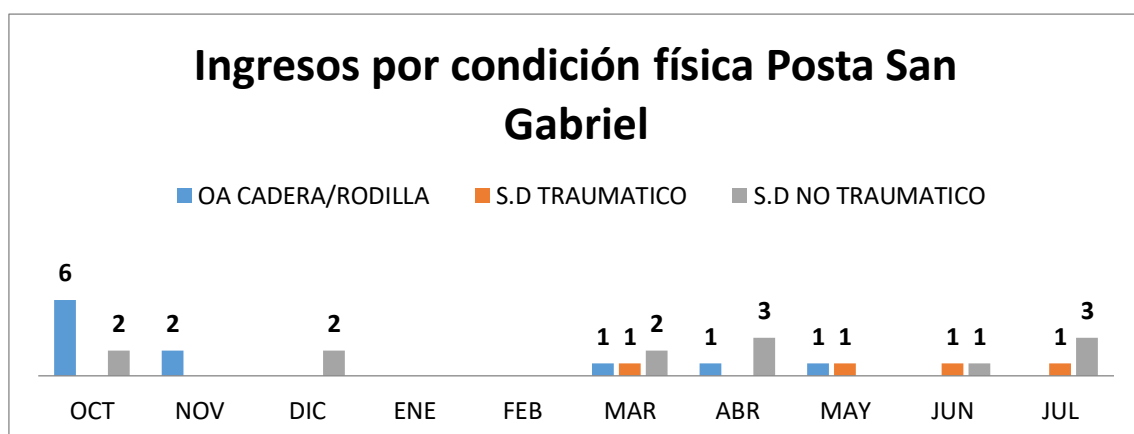
Gráfico N°146: Número de ingresos 2019, según sexo



Fuente: Registros locales, años 2018-2019

El Gráfico N°146 ejemplifica que en los meses de octubre a diciembre se realizó el rescate de usuarios con patologías músculos esqueléticos de tipo crónico como la OA rodilla/cadera correspondiente a 12 usuarios que se mantiene en control hasta la actualidad. Se evidencia un descenso considerable en los meses de enero y febrero debido a las vacaciones de la comunidad y del personal de la Posta San Gabriel.

Gráfico N°147: Ingresos por condición física San Gabriel



Fuente: Registros locales, años 2018-2019

Los ingresos por condición física corresponden en un 39% a OA de rodilla y cadera. El otro 46% corresponde a ingresos por síndrome no traumático. Evidenciando que nuestra población en tratamiento es mayoritariamente musculoesquelética crónica.



Taller de prevención de caídas, club de Adultos Mayores San Gabriel



Taller transdisciplinario psico-kinesico "saca el gris y busca tu color".

MAIS

El enfoque que se fomenta y donde las estrategias de intervención se centran en la sala de rehabilitación integral, son las basadas en el modelo de atención integral en salud, poniendo énfasis en la integralidad, la

promoción y prevención. Lo que se ha reflejado en intervenciones comunitarias que se han realizado durante este periodo, tales como; talleres en clubes de adultos mayores, intervenciones breves en sala de espera, etc. Además, de fortalecer redes comunitarias con colegios, club deportivo, club de adultos mayores, que si bien se trabaja de manera activa con estas, se fijaran nuevos desafíos para reforzar medidas que logren aumentar el vínculo con estas y así lograr mayor participación comunitaria a partir de espacios brindados, mediante el trabajo mancomunado.

De manera indirecta pero no menos importante, se han puesto en marcha estrategias que nos permiten medir brechas y cuantificar el trabajo transdisciplinario, lo que optimiza el flujo de derivaciones y facilitan el trabajo en red. Con esto se espera que para el próximo año se logre mecanizar las acciones que permitirán el trabajo más afín con el modelo MAIS, específicamente comprometiendo el eje de **intersectorialidad y territorialidad.**

- Busca reducir la carga de morbilidad, estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando tanto al individuo mismo, como para toda la sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD

1

- Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

- Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

PROGRAMA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL DE LA ATENCION EN SALUD

- **Profesional encargado:** EU Yeans Fonseca Córdova.
- **Equipo:**
 - Matrona Carolina Meneses, encargada REAS
 - Químico farmacéutico, encargado Eventos adversos
 - Enfermera Yeans Fonseca, encargada IAAS

Descripción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que la calidad asistencial es “La medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados, Para lograr esto, la atención debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”, lo que nos lleva a que, en el ámbito de salud se evidencia que calidad tiene dos grandes atributos que se encuentran relacionados , aunque son diferentes entre sí: La calidad técnica es la relacionada en como la organización busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los centros de salud, por otro lado tenemos la calidad percibida por los usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

La percepción de la calidad es subjetiva y va a depender de los criterios personales y de las experiencias de cada individuo, pero a pesar de ello existen maneras objetivas y cuantitativas de medir y gestionar la calidad. Al alero de la Ley de Garantías Explicitas en Salud del MINSAL Ley 19.966, la calidad pasa a ser un mandato al cual los centros de Atención Primaria de salud no están ajenos (DFL n°1/2005 del MINSAL), a esto se une la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria que también avala el concepto de calidad, la Ley 20.584 que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud (Decreto n°15/2007) donde la calidad pasa a ser parte fundamental al momento de gestionar la acreditación de un servicio de salud.

Desde el año 2014, se crea por mandato de Dirección de Salud la Unidad de Calidad y Seguridad asistencial, compuesto por Encargado de calidad comunal quien cuenta con 22 horas destinadas para dicho programa y un equipo conformado por encargado REAS, IAAS y Eventos adversos.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar e implementar un Programa de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención, conforme a la normativa establecida en el Manual Estándar



Manual estándar generales de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta

Permite a los Prestadores Institucionales acceder a la información contenida en los estándares necesarios para la preparación del proceso de acreditación.

Cultura de la calidad

Es el conjunto de comportamientos individuales y de una organización que busca continuamente alcanzar los objetivos en relación a la calidad de sus servicios y la satisfacción de las necesidades de sus usuarios

General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, con énfasis en la construcción de una cultura organizacional en torno a la calidad para garantizar atenciones seguras a los usuarios.

Establecer un proceso de mejora continua en la calidad de la gestión, en la asistencia técnico profesional y en el servicio de atención de salud, asegurando un trato digno al usuario y su familia, con énfasis en la identificación, evaluación y prevención de acontecimientos o situaciones adversas que pongan en riesgo la integridad usuaria. El Comité de Calidad con el respaldo de la Dirección del Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo, velará que todos los miembros de la organización se involucren en la responsabilidad de la mejora continua de la calidad y seguridad en la atención de salud y promoverá la activa participación y capacitación de todos los colaboradores.

Objetivos específicos

- Iniciar proceso de Demostraciones Sanitarias de nuestros centros de salud, para posteriormente obtener las Autorizaciones Sanitarias y finalmente presentarse al proceso de acreditación.
- Establecer un plan de trabajo relacionado a la preparación para el ingreso al proceso de Demostraciones Sanitarias.
- Establecer una estrategia de implantación de cultura de la calidad.

Implementación Cultura Calidad en el Equipo de Salud y Buenas Prácticas

Es importante sensibilizar a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino de por qué se creó, para qué, qué persigue y cuál es su fin último. También lo es el trabajar con un equipo que incluya todos los profesionales: técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos, y realizar el trabajo con una organización más horizontal que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al cliente. Es fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos los actores, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados.

En el área de Salud de CMSJM uno de los desafíos 2019 era implementar una Cultura de Calidad y Seguridad Asistencial, la cual se ha llevado a cabo en distintas actividades en donde el equipo de salud es el protagonista de las actividades, trabajando



Buenas Prácticas: “Integración de la organización en la cultura de calidad asistencial”

Durante el 2019 este proyecto fue presentado localmente adjudicándose financiamiento para fortalecer su desarrollo.

y participando bajo un mismo lema “La acción y efectividad de los procesos la dan los funcionarios”



Referencia: Actividad de promoción de cultura de calidad y seguridad asistencial, 2019

Como parte de la implementación de la Cultura de Calidad en nuestros centros de Salud se realiza Postulación a Buenas Prácticas de APS denominada “**Integración de la organización en la cultura de la calidad asistencial**”, con el objetivo de Implementar y fortalecer de Cultura de Calidad y seguridad asistencial en el equipo de salud pertenecientes a PSR del área de salud de CMSJM, en donde se asigna un monto con el cual se realizaron inversiones en la realización de poleras y polerones para identificación del equipo de salud, de igual forma compra de mesas, sillas, toldos, etc. para realización de actividades con la comunidad.

Postulación Plan de Mejoramiento Infraestructura (PMI) en APS

Como parte de los objetivos de este año 2019 se encuentra obtener la Demostración Sanitaria en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofre, para el próximo año continuar con PSR San Gabriel, por lo cual, la finalidad de la postulación al PMI, el cual es otorgado con un monto asociado a levantamiento de brechas de infraestructura en PSR Marta Ríos Cofre, que consideró baño de acceso universal, mejoramiento box de atención ginecológica y en el caso de San Gabriel se otorga un equipo electrógeno para cubrir los cortes de luz al ser una zona cordillerana, los cuales interferían en el normal funcionamiento del centro de Salud, dificultando la oportunidad y el acceso al usuario externo, así también mermando el trabajo del usuario interno, afectando el registro, vida útil de equipos de atención y claridad en el agenda miento del usuario.

Brechas 2019

- Difusión protocolos y documentos institucionales validados

- Gestionar capacitaciones a colaboradores no profesionales relacionados a acreditación, calidad y seguridad asistencial integral.
- Deficiencias en infraestructura equipamiento e implementación de calidad y seguridad asistencial
- Recursos financieros

Innovaciones 2019

Sin duda la innovación es clave para mejorar la calidad asistencial, durante el año 2019 se han presentado las siguientes innovaciones:

Modernización y digitalización de procesos a través de la implementación de una buena práctica denominada “Disminución de la intervención humana en procesos de digitación y control de la información por proceso pistoleo: Gestión y trazabilidad de exámenes, insumos y medicamentos y agendamiento de horas”, el cual mejora la eficiencia de ciertos procesos y el tiempo de respuesta a estos, que será detallada en componente SYDRA

Cumplimientos 2019

- Actualmente nos encontramos en proceso de presentarnos a Demostración Sanitaria en PSR Marta Ríos Cofre, se realizó levantamiento de brechas las cuales a través de Proyecto PMI serán cubiertas enfocándonos en brechas como remodelación de Box Ginecológico, baño acceso universal y generador par PSR San Gabriel.
- Se realiza plan de trabajo en Programa de Calidad y seguridad asistencial, el cual es evaluado se semestralmente, en la evaluación realizada en el primero de este año 2019, se cumple al 95% con los objetivos esperados.
- Se establece una comunicación más efectiva con referentes del departamento de Calidad y Seguridad asistencial, involucrando referentes de IAAS y Eventos adversos respectivamente.
- Se evidencia mayor compromiso en notificación de eventos adversos, los cuales se capacita al equipo de salud con respecto a la notificación oportuna de estos en plataforma y creación de planes de mejora.
- Se realiza más del 90% de los documentos, ya sea normas y protocolos con respecto a la atención en salud y pertinentes a las características obligatorias requeridas según Norma técnica básica de acreditación en atención abierta.
- Se encuentra en proceso la implementación de cultura de calidad y seguridad asistencial, comprometiendo al equipo de salud en todo el proceso de demostración sanitaria y en brindar una atención de calidad al usuario.

Desafíos 2020

- Incorporar la calidad a las tareas diarias de los equipos y no el cumplir solo con un proceso, debemos ir por el camino de la calidad.
- Fortalecer los liderazgos necesarios para motivar e incentivar a los equipos a los cambios de conductas necesarios para cumplir con los estándares.
- Comprometer a los equipos de salud.
- Avanzar en levantamiento de brechas para proceso de Demostración Sanitaria en PSR San Gabriel. Ampliar el programa de IAAS a la atención Abierta, ejerciendo mayor supervisión y acompañamiento.
- Los Eventos Adversos en la atención Primaria recién se están notificando es necesario fomentar esta práctica para así, evaluar el verdadero impacto de estos y producir mejoras para brindar una mayor seguridad del paciente.

- Vacunación con esquema completo en Funcionarios clínicos del equipo de salud contra Hepatitis B.
- Capacitación a más del 90% del equipo de salud con respecto a Calidad y seguridad asistencial.
- Cumplimiento al 100% en procedimiento lavado de manos según los distintos estamentos clínicos.

EVENTOS ADVERSOS

Descripción

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención de salud, constituyendo una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. Además, debemos considerar que la seguridad del paciente, es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.

De esta forma, podemos definir un evento adverso como una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Se considera desde el ingreso hasta el egreso del usuario. Estos pueden ser clasificados según su gravedad en leve, moderado, grave y centinela.

Objetivos

Objetivo general

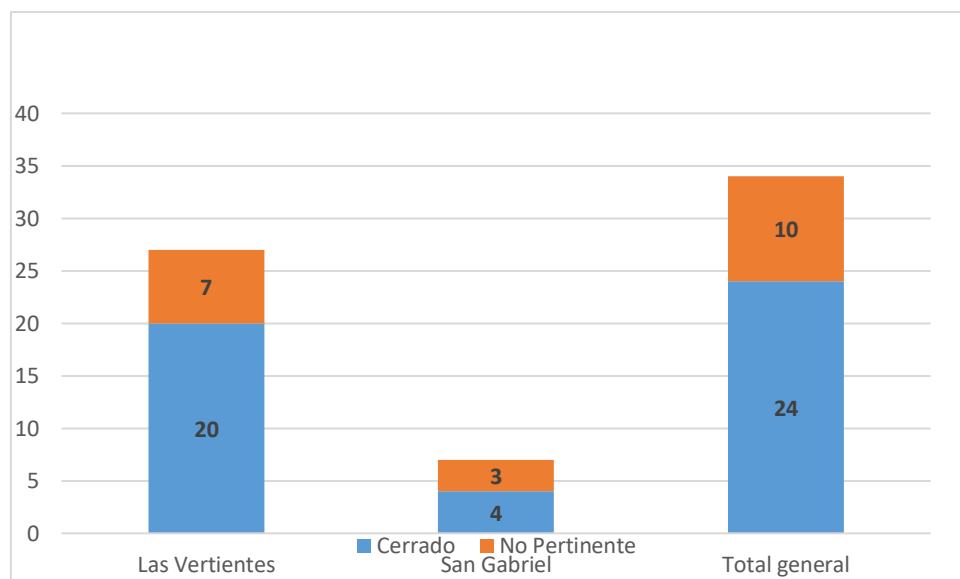
Definir las barreras de seguridad que permitan reforzar las acciones encaminadas a brindar un entorno más seguro en los procesos prioritarios de atención de pacientes.

Objetivos específicos

- Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos adversos que se presenten en la institución, mediante la participación activa del coordinador de área.
- Analizar los eventos adversos de forma participativa con las áreas involucradas, identificando sus causas y factores contributivos de manera que se pueda incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención.
- Realizar seguimiento a las acciones de mejora generadas de los análisis de eventos adversos.

Durante noviembre de 2018 se desarrolló una estrategia para impulsar el reporte de eventos adversos que, históricamente, se mantuvo en cero no por no ocurrencia de estos, sino que por la nula notificación por desconocimiento del mismo, mitificación punitiva, entre otros. Motivado por ello, esta estrategia abordó elementos desde la estructuración administrativa (protocolos, instructivos), a capacitaciones constantes y asesoramiento en materia de reconocimiento y reporte del mismo, haciendo partícipes a los funcionarios de todas las etapas desde el reconocimiento hasta el análisis de las causas del mismo. De esta forma, a la fecha se alcanza un total de 34 reportes en la totalidad de los centros. (Gráfico N°148)

Gráfico N°148: Distribución de reportes de eventos adversos en plataforma según centro y estado.



Fuente: Registros locales, 2019

INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIONES EN SALUD (IAAS)

Descripción

La APS está orientada a incrementar los niveles de cobertura, resolutivez y calidad integral de las prestaciones, como también determinar un diagnóstico preventivo y un tratamiento oportuno de las enfermedades.

Para nadie es desconocido los avances que ha tenido la APS en estos últimos 20 años, en todo lo que concierne los centros de atención primaria. No obstante, no existe el programa de control de infecciones como se ha desarrollado en los hospitales y clínicas. Sin embargo, tenemos la responsabilidad y el deber dar cumplimiento al Programa de las IAAS y el proceso de Acreditación y seguridad del paciente, el Servicio de Salud es quien vela que estas normas y protocolos sean cumplidos a través, de un proceso de supervisión y acompañamiento, exigiendo que se cumpla el programa en lo que respecta a las diferentes actividades, procedimientos y prevención de infecciones en el personal, desarrollando estrategias como; inmunizaciones: anti-influenza y anti-hepatitis B, y vigilancia de accidentes por corto punzantes, por nombrar algunos ejemplos.

Objetivos

Objetivo general

Minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del usuario al trabajador de salud y viceversa.

Objetivos específicos

- Fomentar y supervisar la prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos y no invasivos a través de evaluaciones y capacitaciones.
- Prevenir infecciones asociadas a brotes epidémicos

- Prevenir infecciones que se transmiten entre pacientes y personal, de igual forma previniendo exposiciones laborales.
- Disminuir costos asociados a infecciones.

Innovaciones Programa IAAS

Durante el 2019 se busca implementar el Programa de control de la Tuberculosis (TBC), para muchos una enfermedad erradicada, más las tasas de disminución se han detenido. Para afrontar la contingencia destaca el eficiente manejo de los estudios de contacto y las normativas que se han ido exigiendo tanto para la pesquisa como para el tratamiento. Siendo hoy exigible un espacio específico con ciertas características para la toma de la baciloscopia.

MAIS y su relación con calidad y seguridad asistencial

Dentro de los objetivos del Modelo de Atención Integral en salud (MAIS) se encuentra el diseñar procesos de mejoramiento continuo de la calidad, el cual este año en el ámbito de calidad se realizaron planes de mejora con respecto a:

- Obtención de información con respecto al número de interconsultas emitidas, a través de informe trimestral y anual de medico contralor.
- Diseño de un plan de acción para disminución de hospitalizaciones de población inscrita menor de 65 años
- Implementación de un plan de acción en el área del trato usuario.

Dichos planes de mejora se encuentran enfocados en la entrega de una atención integral y de calidad al usuario enfocándonos en los temas mencionados anteriormente, haciendo participe al usuario en el dicho modelo de atención.

Para el año 2020 el Programa de Calidad y Seguridad Asistencial con respecto al Modelo de Atención Integral en salud (MAIS) se enfocará independiente del ámbito ya establecido por este, se compromete a trabajar en conjunto con el Modelo de Atención integral de Salud para todos los ámbitos que este modelo establece, ya que al estar establecida una cultura de calidad en los centros de salud esta, debe llevarse al usuario a través de actividades de promoción, en las atenciones centradas en el usuario, etc., sin dejar de lado las evaluaciones al equipo de salud y fomento de entregar al usuario una atención de calidad e integral al usuario externo.

• Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

CALIDAD

5

CONVENIOS IMÁGENES DIAGNÓSTICA Y RESOLUTIVIDAD

- **Profesional a cargo:** Enfermera Valentina Espinoza Reyes
- **Equipo:** -Medico María Gracia Bracho - Médico Pilar Silva -Médico Ricardo Hernández - Kinesiólogo Pablo Araya -Kinesióloga Yasna Rodriguez - Matrona Carolina Meneses.

Características del convenio

Los programas de Resolutividad e Imágenes Diagnosticas tienen como objetivo brindar atenciones de especialidades en usuarios de Atención Primaria sin la necesidad de derivarlos a atención secundaria y realizar estas prestaciones de forma rápida, resolutiva y efectiva. Lo que permite reducir las listas de espera y descongestionar el La Red.

En el caso de nuestra Área de Salud se realizan las compras a centros externos particulares entregando prestaciones de Imágenes Diagnósticas de mamografías, ecotomografía mamarias, proyecciones mamarias, radiografías de pelvis, ecotomografía abdominal y radiografías de tórax. Por otro lado en Resolutividad se entregan prestaciones de oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología, cirugía menor y tele dermatología.

Objetivos

Objetivo general

Mejorar el acceso de los usuarios atendidos en el área de Salud de la CMSJM a prestaciones de especialidades en centros externos de salud.

Objetivos específicos

- Otorgar prestaciones de forma preventiva en todo el ciclo vital.
- Entregar cupos de mamografías en mujeres de 50 a 69 años para detección precoz y oportuna de cáncer de mama.
- Entregar prestaciones de radiografías de cadera en niños y niñas de 3 meses para detección precoz de displasia luxante de cadera.
- Entregar cupos de ecotomografías abdominal en pacientes de 35 a 49 años para detección precoz oportuna de patologías biliares (colelitiasis) y cáncer de vesícula.
- Otorgar prestaciones de radiografías de torax en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y sospecha de neumonía adquirida en la comunidad con el fin de mejorar la Resolutividad de patologías respiratorias.
- Otorgar prestaciones de oftalmología en usuarios de 15 a 64 años para pesquisar problemas de visión.
- Entregar prestaciones de otorrinolaringología a pacientes menores de 65 años o pacientes sin patología GES.
- Otorgar prestaciones de endoscopia digestiva alta a pacientes para detección precoz de patologías gástricas.
- Capacitar al equipo de salud para mejorar la focalización y detección en grupos definidos y otras edades, asegurando una prestación oportuna y resolutive.

Compromisos 2019

El compromiso que se establece en el año 2019 es realizar y cumplir con todas las prestaciones enviadas desde el SSMSO, otorgando consultas de especialidad ambulatoria, favoreciendo el acceso en forma oportuna en consultas que se encuentra con gran demanda en la Atención Primaria de Salud y largos tiempo de espera en Nivel Secundario.

Seguir con una encargada profesional sanitaria para ambos convenios con una visión clínico asistencial, para que así la priorización del usuario sea adecuada y los recursos sean ocupados de forma eficaz y eficiente, ya que con la visión administrativa que existía anteriormente se entregaban los cupos en personas que no presentaban la necesidad o no se realizaba de manera oportuna.

El impacto de los convenios de resolutividad e imágenes diagnósticas se ve reflejado en la disminución de tiempos de espera de derivación a toma de exámenes imagenológicos y otras prestaciones en las áreas específicas asociadas. Junto a ello podemos mencionar a que su vez los usuarios tienen acceso a una atención más cercana al sitio de residencia de los usuarios, entendiendo la dispersión geográfica de esta comuna, manteniendo una continuidad de atención más resolutive y de mayor calidad integral.

Brechas

En el año 2019 las brechas han sido:

- Inasistencias de pacientes a toma de exámenes, los cuales se citaban y confirmaban sus atenciones. Esto se traduce en pérdidas de citas del centro externo, y además en más carga laboral por realización de rescates a pacientes inasistentes.
- Errores de citación desde el centro médico externo. Esto se debió a cambio de su sistema de registro.
- Falla técnica en equipo de imágenes radiográficas, esto retrasa las atenciones necesarias en cada componente de y a su vez repercute en el cumplimiento de metas en el mes de agosto, donde se realiza una evaluación que debe demostrar que a la fecha se ha desarrollado al menor un 60% de los convenios. Dado lo expuesto anteriormente, se tuvo que preparar un plan de mejoras con compromisos, para no sufrir reliquidación, que significaría pérdida de recursos.
- Tiempos limitados de trabajo administrativo para enfoque de programas de convenios.
- Escasa derivación por parte del estamento médico a los convenios lo que impide cumplir las metas asociadas a estos.
- Problema en pesquisa de mujeres de 50 a 69 años de edad para hacer derivaciones a prestaciones de mamografías a pesar de las estrategias utilizadas por el estamento de Matronas.

Desafíos 2020

Los desafíos planteados para año 2020 en adelante es protocolizar, sistematiza y evaluar los procesos realizados, como, por ejemplo:

- Generar listas de espera con el tiempo mínima solicitada desde el SSMSO (120 días), en el caso de convenio de Resolutividad.
- Trabajar con derivaciones al extrasistema (sistema informático de interconsultas).
- Abrir el mapa de derivaciones a otros centros de la red de salud
- Mantener las planillas de rutificados a tiempo solicitados desde SSMSO y a Departamento estadístico de Corporación de Salud para fines de registro estadístico mensual (REM).
- Mantener cupos de convenios de Imágenes Diagnósticas y Resolutividad
- Mejorar los registros de lista de espera para cada especialidad.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en los convenios.
- Trabajar de forma oportuna con nuevas prestaciones otorgadas por el SSMSO.
- Trabajar con plataforma SIGTE, realizando ingresos y egresos.

Cumplimiento convenio imágenes diagnósticas

Las prestaciones que se otorgan en cuanto Imágenes Diagnosticas son:

- Componente N°1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapa in situ I y II. Este componente fue llevado durante el 2019 por Matrona Carolina Meneses con el objetivo de tener una mirada más enfocada en su área.

Figura N°20: Componente N°1



Fuente: Elaboración propia, 2019

En lo que va de este año se enviaron siete sospechas de Cáncer de mama, dándole seguimiento por parte del Hospital Sotero del Rio y profesionales de las postas de Salud Rural, de estos tres casos fueron confirmados encontrándose actualmente bajo tratamiento,

A julio del presente año ya se habían entregado más del 90% de las prestaciones que respectan a mamografías de otras edades y ecotomografías mamarias, por lo cual se solicitó ampliación de los componentes al SSMSO, aceptándose 20 y 5 cupos respectivamente. En cuanto a las mamografías de edades de riesgo al corte julio se completa un 38% siendo el componente más deficitario, pese a estrategias tales como la revisión de agendas diarias de los profesionales, recepción de consulta espontáneas en edades específicas, material de difusión gráfica de convenio, etc. En cuanto a las proyecciones mamarias a la misma fecha su cumplimiento es de un 63%.

- **Componente N°2: Detección precoz de displasia de cadera en menores de 3 meses**

Para el año 2019 se enviaron 21 cupos, de estas 4 se debieron repetir a los 4 meses por retraso en la osificación, ninguna de las radiografías de control a los 4 meses tuvo confirmación diagnóstica de displasia de cadera. En Julio 2019 el 95% de las prestaciones ya fueron otorgadas a la población objetivo. Al corte julio ya se habían derivado cuatro casos a nivel secundario, de los cuales uno ya se encuentra en tratamiento, uno es espera de atención y los otros dos ya fueron descartados.

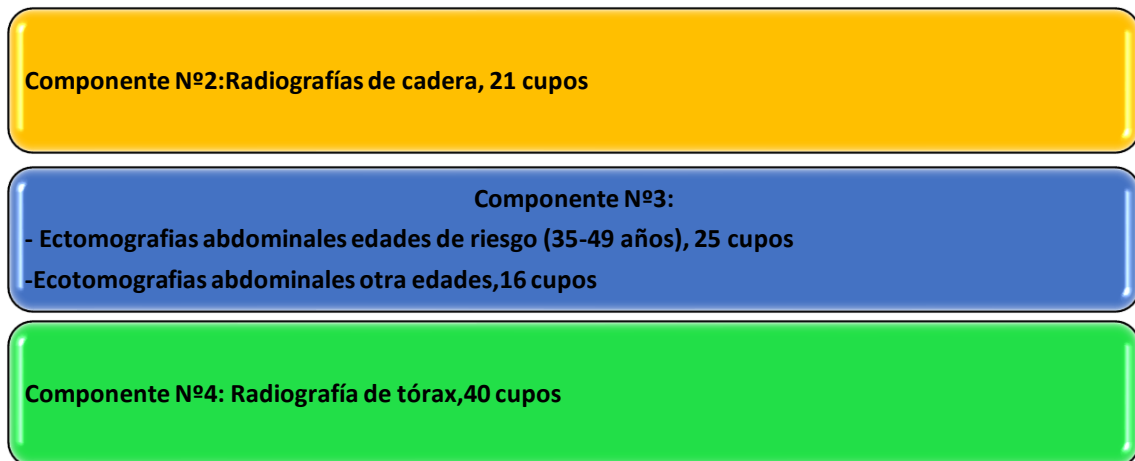
- **Componente N°3: Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.**

En las prestaciones de ecotomografía abdominal de otras edades ya se cumplió con el 100% de las prestaciones, no así en el caso de ecotomografías de 35 a 49 años que se lleva un bajo cumplimiento a Julio 2019, llegando solo a 16 prestaciones de un total de 25. En el componente de otras edades al corte julio ya se habían ejecutado 14 de los 16 cupos. De este recuento se confirmaron cinco colelitiasis en dicho periodo, cuatro de ellas GES, ya derivadas. Agregar que, hubo una sospecha de cáncer gástrico ya derivado.

- **Componente N°4: Radiografías de Tórax en personas con sospecha de Neumonía Adquirida en la Comunidad y enfermedades respiratorias crónicas.**

En esta prestación se detectó una brecha la cual es la falla técnica del equipo de imágenes radiográficas (ya mencionado anteriormente) y que significó el retraso en las prestaciones y la continuidad de la atención, estos usuarios recibieron una prestación en CHSJM.

Figura N°21: Componente N°2, N°3 y N°4



Fuente: Elaboración propia, 2019

Cumplimiento convenio Resolutividad

Dentro del convenio de Resolutividad este año se trabajó con 5 prestaciones:

En el caso de las endoscopias cinco de ellas resultaron positivas para *Helicobacter pylori*, realizándose tratamiento completo.

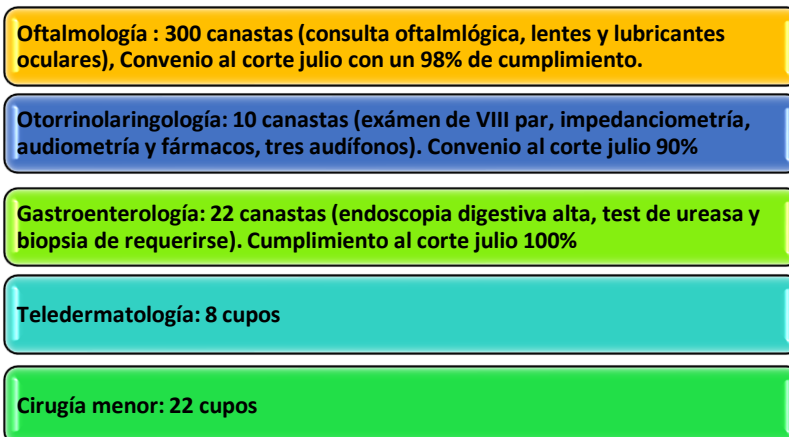


Figura N°22: Prestaciones y cumplimientos, 2019

Para este año además se incorpora dos nuevas prestaciones tele dermatología, en la cual se espera capacitación de médico; y cirugía menor estableciéndose apertura

de mapa de derivación con CRS Provincia Cordillera, ambas en gestión de inicio.

Fuente: Elaboración propia, 2019

MAIS.

De las prestaciones que se entregan en Convenios de Resolutividad e Imágenes Diagnosticas, se encuentran relacionadas dos importantes Ejes de MAIS, estos ejes son Tecnología y Prevención de la Salud. **Tecnología** claramente tiene un beneficio porque tenemos diagnósticos más rápidos y precisos, evitamos los largos tiempos de espera y aumenta la calidad de atención y satisfacción usuaria. El segundo eje **prevención** nos presenta diagnósticos antes que ocurra la enfermedad o precoces para mejorar la condición del paciente de forma oportuna, garantizando las prestaciones necesarias.

Para el año 2020 se compromete esta área de convenios a llevar el eje de **Gestión del desarrollo de las personas** y la organización llevando a cabo la definición de este eje que es Capacitación pertinente promoviendo el clima organizacional de las unidades y de los convenios, el cual está en estrecha relación con la información que conozco y la información que entrego al paciente.

• Acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades, facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.

PREVENCIÓN EN SALUD

2

• Cualquier dispositivo médico, procedimientos clínicos y/o procedimientos de gestión en salud que faciliten las atenciones a los usuarios y que permita ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados de las personas

TECNOLOGÍA

8

• Facilitar el ejercicio de los talentos del equipo al servicio de las personas, propiciando la capacitación pertinente al MAIS y MSF, y a las expectativas de los trabajadores; promoviendo un adecuado clima organizacional, ya que éste incide directamente en la atención que se brinda. Incluye disponer del tiempo necesario para reuniones.

GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONA Y LA ORGANIZACIÓN

7



Nuevas prestaciones

-Telemedicina:

Prestación de servicios médicos a distancia, con tecnología de la información y las comunicaciones.

Tele dermatología:

Las tecnologías de telecomunicación son utilizadas para intercambiar información médica (concernientes a las condiciones y tumores de la piel) a distancia utilizando la comunicación audiovisual y de datos.

-Cirugía menor:

Los procedimientos realizados en cirugía menor solo requieren anestesia local, no es necesario ayuno ni exámenes o estudio preoperatorios y son procedimientos

UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU)

- **Profesional a Cargo:** Enfermera Valentina Espinoza Reyes
- **Equipo:** Karina Urtubia Severino, administrativa- Verónica Contreras Alarcón, administrativa- Valentina Espinoza Reyes. EU Coordinadora SOME

La Unidad de Atención al Usuario vela para que las personas que acuden a las Postas de Salud Rural de San José de Maipo tengan garantizado el cumplimiento de sus deberes y derechos como usuarios de Atención Primaria de Salud. Dentro de las prestaciones están la entrega de citas a diario con los profesionales que trabajan en las Postas, entrega de información requerida por cada usuario y gestionar de forma ordenada y según priorización distintos requerimientos solicitados por los usuarios.

Objetivos

Objetivo general:

Otorgar a los usuarios el cumplimiento de sus derechos y deberes, recibiendo reclamos, sugerencias, felicitaciones, entre otros, gestionando y respondiendo siempre dentro un plazo establecido. Orienta y facilita la información a los usuarios que visitan le Área de Salud a diario, realizando los ingresos a las citas tomadas, inscripción regularización y traslados, siendo lo más resolutive posible como un estamento de primeria línea. Dentro de sus procesos recoge la opinión de los usuarios incorporando la mejora continua a los procesos sanitarios, velando por una atención de calidad integral.

Objetivos específicos:

- Atender al usuario, priorizando la necesidad de cada uno.
- Generar estrategias para el equipo UAU logre aplicar, ejecutar y velar por el cumplimiento de procesos para la mejor atención.
- Asegurar el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes.

Compromisos 2019

- Aumentar el número de inscritos dentro de nuestros tres centros de salud y finalizar en diciembre de 2019 con 2600 inscritos validados por FONASA.
- Generar espacios de reunión con el equipo de UAU.
- Para el año 2020 generar plan de gestión de la demanda, para poder predecir, regular y sistematizar los procesos que hoy se llevan en la unidad, por ejemplo, toma de citas, agendas por profesional, cambios de agendas, etc.
- Analizar las actividades de los profesionales según la programación anual y poder ser un ente generador de resolución en caso de nodos críticos frente a las actividades de los profesionales.
- Entregar capacitaciones a administrativas en relación a protocolo de buen trato al usuario.
- Generar entrega de papelería para informar a los usuarios de las postas sobre cartera de servicio.
- Analizar de manera conjunta con el equipo UAU las necesidades de la población atendida, según lo referido por ellos.

Brechas 2019

- Falta en la continuidad en la coordinación de UAU por un personal clínico: Entre los meses de octubre y junio este estamento no conto con una coordinación, lo que dio como resultado bajas inscripciones en este periodo teniendo solo 32 nuevos usuarios en los tres centros de salud en un periodo de 8 meses.
- Falta de rotación de los internos que llegaban desde la universidad Diego Portales y que resulta poco apoyo para el estamento de UAU en las confirmaciones de horas médicas.
- Inexistencia de listas de espera para horas medicas lo que significa que pacientes cancelan las horas y no hay pacientes para agendar en esos cupos.
- Descoordinación en la dación de horas médicas: Surgieron nuevamente filas en la apertura de agendas, en donde los tiempos de espera promediaban 30 minutos no superando los 45 minutos.
- Dentro de este contexto los bloqueos generados por cada profesional en sus agendas, no eran generados minuciosamente ya que no existía el tiempo protegido para realizarlas y además no existía capacitación de creación de agenda para ambas administrativas en este sentido.
- Se habilita espacio de UAU para Psicóloga encargada de participación social, lo que conlleva personas dentro de oficina UAU generando desconcentración en las administrativas.

Desafíos 2020

- Realizar plan de gestión de la demanda según las necesidades individualizadas de cada centro de salud.
- Inscribir a mayor población en las postas y poder llegar a la meta de 2600 inscritos al corte de diciembre 2019, para que en el año 2020 se puede generar más instancias de inscripción de usuarios teniendo material de apoyo cartera de servicio de los centros.
- Generar de igual manera como en años anteriores, listas de espera de cada profesional para así poder generar la necesidad de citas con distintos colaboradores.
- Otorgar la mayor cobertura en atención telefónica para el usuario y así se responde a buena calidad de atención a distancia.
- Realizar las mayores confirmaciones de citas médicas para no tener perdida de éstas.

Metas alcanzadas según compromiso 2018-2019

Uno de los compromisos instaurados en el año 2018 para el 2019 fue realizar inscripción nueva a los centros llegando a los 2400 inscritos.

Según el monitoreo realizado por FONASA con corte 30 de junio 2019 existen 2.394 inscritos validados. Además, se lleva un registro interno de inscritos diarios y que según eso a la fecha ya superaría la meta establecida el año anterior.

Para el corte del día 31 de diciembre se propone como meta aumentar nuestra población en 200 nuevos inscritos.

MAIS

Los ejes en los cuales trabaja en Unidad de Atención al Usuario son la mayoría de los propuestos por MAIS. En detalle serían, **enfoque familiar, participación social, calidad, tecnología y centrado a la atención abierta**. El modelo está estrechamente ligado con el equipo de UAU primero porque son un estamento de primera línea en salud y además son miembro del equipo de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y comunidad, reconociéndose como integrantes de un sistema socioculturalmente diverso, donde sus integrantes son activos en el

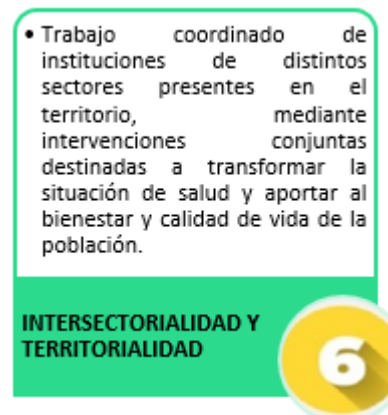
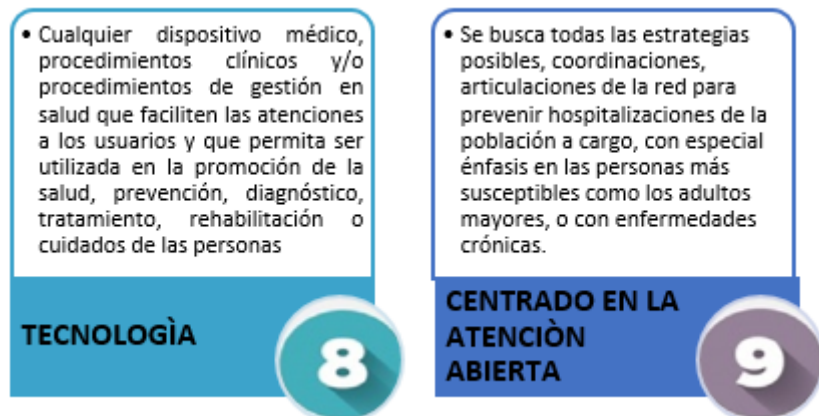


cuidado de su salud, priorizando según la necesidad de cada usuario, orientado a la mejor calidad de atención de forma, integral, oportuna y resolutive.

Todos estos ejes se enfocan en la calidad de atención de pacientes, evitando

los factores de riesgo de cada persona y prevenir otras patologías que pueden surgir en el ciclo de vida, siempre centrado en el individuo, su entorno y por sobre todo en la familia. Promover la participación social para hacer de ellos el centro de salud y realizando la entrega de calidad a cada uno.

Para el año 2020 se compromete el eje de **Intersectorialidad y territorialidad** en donde se trabajará directamente con otras redes asociadas a salud, gestionando de la mejor manera las atenciones necesarias para cada usuario.



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: SIDRA

- **Profesional a cargo:** Rodrigo Véliz Vivar, Químico Farmacéutico.

Descripción de programa

La unidad de gestión de la información (SIDRA) buscar integrar de forma transversal los procesos relacionados con el quehacer en salud, aportando de forma activa en la forma y uso de la información proveniente de la transversalidad clínica para aportar al proceso de toma de decisiones informadas y, de paso, mejorar la calidad del registro clínico conforme lo solicitado en la normativa vigente.

Objetivos

Objetivo general:

Integrar de forma transversal los procesos clínicos a través del levantamiento de información oportuna, auditable y en tiempo acotado para aportar en la toma de decisiones informadas por parte del aparato técnico-directivo del área de salud de la corporación municipal de san José de Maipo.

Objetivos específicos:

- Insumar a los prestadores clínicos y no clínicos de herramientas para el correcto registro de la información en la plataforma de soporte clínico Rayen
- Automatizar los procesos de generación de data independientes de la plataforma de soporte clínico con la finalidad de obtener información ágil, confiable y con la menor cantidad de errores por digitación
- Robustecer el registro estadístico mediante el impulso de la automatización de procesos de generación de estadísticas mensuales y semestrales
- Proveer de insumos para la toma de decisiones por parte del aparato técnico-directivo del área de salud de la corporación municipal de san José de Maipo.
- Velar por el total y veraz registro de prestaciones institucionales y no institucionales.

Contexto y brechas identificadas

Históricamente, la unidad de gestión de la información ha formado parte de los procesos desarrollados en la unidad de SOME/UAU, lo que genera que la especialización de la gestión de la información se gestó desde la perspectiva del registro, lo que llevó a que durante 2018, la tasa de uso de la herramienta de soporte de registro clínico único (RAYEN), tuviera solo un 18% de tasa de ocupación respecto a los datos informados por el registro estadístico mensual (REM).

Además, se arrastra una brecha histórica de registro, asociado al proceso de informatización de los procesos de gestión de la información, donde se había visto un estancamiento por parte de los responsables de gestar el registro de la información, llevándonos a la perpetuación de prácticas como planillas individuales por prestador, libros de registros, recetas de papel, entre otros.

Año 2019: Inicio formal de la unidad de gestión de la información.

A raíz de la situación histórica, nace la unidad de gestión de la información (SIDRA), con la finalidad de integrar de forma transversal los procesos relacionados con el quehacer en salud,

aportando de forma activa en la forma y uso de la información proveniente de la transversalidad clínica para aportar al proceso de toma de decisiones informadas y, de paso, mejorar la calidad del registro clínico conforme lo solicitado en la normativa vigente.

Cumplimientos y desafíos 2019

Los desafíos propuestos para 2019 buscan insumar, tanto al apartado técnico administrativo, como a los operadores de elementos de generación y registro de datos relevantes para la toma de decisiones informadas, de herramientas que permitan la sistematización correcta de procesos fomentando la unificación del registro por sobre la gestión individualizada de la información, además de la automatización de procesos de gestión de la información con la finalidad de generar datos con un mayor grado de confiabilidad, dejando de lado la dependencia del operador para la fiabilidad del mismo.

De esta manera, se plantean como desafíos las siguientes acciones a completar durante el 2019.

- **Actualización constante de los perfiles en el soporte de registro electrónico unificado, RAYEN:** Diseñar una bitácora de trabajo con la cual se permita realizar la revisión constante, con la actualización de los perfiles de cada prestador respecto a su quehacer diario o, ante requerimientos particulares de los centros de salud.
- **Levantar y suplir las necesidades de capacitación del equipo de salud en materia del cómo realizar registro de calidad:** Se realizó un levantamiento conjunto de brechas, entre usuarios internos, registros estadísticos mensuales obtenidos del soporte de registro clínico y observaciones emanadas desde el SSMSO con la finalidad de establecer los nudos críticos del proceso, para luego, ajustar una capacitación integral del como registrar información de manera correcta en el soporte de registro clínico único individualizada a las necesidades de cada prestador.
- **Apoyar al aparato directivo respecto a la toma de decisiones informadas en el quehacer clínico:** Se generó un mecanismo de análisis de oferta y demanda, de la mano con el rendimiento real de cada prestador. Además, se generó un sistema de monitoreo de actividades de los prestadores con la finalidad de construir herramientas que sirvieran de insumos para la toma de decisiones por parte del aparato técnico administrativo respecto al quehacer clínico.

Innovaciones 2019

- **Implementación de códigos de barra: Unidad de toma de muestras y bodega de farmacia.**

Se realizó un trabajo integrado con las unidades de apoyo clínico del centro de salud Marta Ríos Cofré, referente al cómo se maneja la información en materia de registro clínico, generación de estadística y trazabilidad de procesos relacionados tanto a la toma de muestras, como a la gestión de inventario por parte de la bodega de farmacia.

De esta manera, se implementó el sistema de códigos de barra para la gestión de ambos procesos, generando los insumos necesarios de forma automática para que el tiempo destinado a tareas de registro manual se reconvirtiera en tiempo destinado para brindar más atenciones. Además, se mejoró la trazabilidad de ambos procesos.

Compromisos 2020

- Impulsar la automatización de la generación del reporte estadístico mensual (REM): Como estrategia, se busca fomentar la generación de más y mejor registro estadístico con la

finalidad de disminuir lo máximo posible las horas destinadas a la consignación del registro, con la consistente disminución de los errores por digitación.

- Disminuir la brecha de formación en materia de registros estadísticos
- Articular la automatización de la gestión de información asociada a procesos clínico asistenciales en las unidades de apoyo clínico

Desafíos 2020

- Disminuir la brecha de uso de la plataforma de registro clínico unificado respecto al registro estadístico mensual.
- Mejorar la tasa de ocupación del soporte de registro electrónico unificado
- Articular los procesos de automatización en los centros de salud extremos

MAIS

Respecto al lineamiento del equipo de salud, la unidad de gestión de la información (SIDRA) se enmarca dentro del pilar de la continuidad de atención, eje **tecnología** donde mediante el levantamiento de procesos y la búsqueda de la sistematización, automatización y mejora de la calidad del registro, se ha impulsado un trabajo liderado por el aparato técnico que busca utilizar las TICs disponibles y, mediante procesos de innovación, incorporar nuevas TICs al servicio de la gestión de la información, sistematización y automatización de procesos con fin último, mejorar los estándares de calidad y seguridad asistenciales.

• Cualquier dispositivo médico, procedimientos clínicos y/o procedimientos de gestión en salud que faciliten las atenciones a los usuarios y que permita ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados de las personas

TECNOLOGÍA

8

• Facilitar el ejercicio de los talentos del equipo al servicio de las personas, propiciando la capacitación pertinente al MAIS y MSF, y a las expectativas de los trabajadores; promoviendo un adecuado clima organizacional, ya que éste incide direct en la atención que se brindada. Incluye dispongan del tiempo necesario para reuniones.

**GESTIÓN DEL
DESARROLLO DE LAS
PERSONA Y LA
ORGANIZACIÓN**

7

Fomentar el trabajo en la mejora de la calidad de la gestión de la información a partir de la cobertura de brechas focalizadas por ámbito de trabajo, para luego dar paso a la sistematización de la misma, la revisión y construcción de insumos para la toma de decisiones administrativas por parte del aparato técnico-directivo del área de salud de la CMSJM, potenciando el eje de Gestión del desarrollo de las personas y la organización.

Buenas prácticas

Disminución de la intervención humana en procesos de digitación y control de la información por proceso pistoleo: Gestión y trazabilidad de exámenes, insumos y medicamentos y agendamiento de horas.

Contextualización

Los problemas asociados al registro han sido una brecha histórica en lo que respecta a la atención sanitaria. Relacionado a ello, se han implementado una serie de

Buenas Prácticas

Durante el 2019 este proyecto fue presentado al Programa de Buenas Prácticas del SSMSO, adjudicándose financiamiento para fortalecer su desarrollo.



intervenciones tecnológicas integradas entre sí que han facilitado la tarea como lo son los sistemas integrados de registro clínico. Sin embargo, en un contexto rural donde el uso de TICs se ve limitado dado el limitado acceso a servicios considerados como básicos (internet, telefonía), se torna imperativo diseñar sistemas de control de gestión independientes de esta conectividad, que sean confiables y efectivos, para mejorar los procesos de gestión.

De esta forma, procesos como toma de muestras clínicas, manejo de insumos y medicamentos son considerados procesos transversales dentro de la atención de salud y, por ello, es requerida información segura, confiable y auditable, para facilitar tanto el proceso de manejo interno, como a su vez, la trazabilidad del producto desde su punto de origen hasta el usuario final (paciente).

Conforme a la criticidad del proceso, se comenzó con un trabajo en etapas, siendo la primera de estas la estructuración del proceso global en donde el flujo de insumos y medicamentos fuera parte. Luego, se estructuró un diseño de registro de datos manual que permitiera generar información auditable. Sin embargo, la dependencia del operador (rotación) y del manejo como tal con herramientas de gestión de la información fueron puntos que limitaron el avance, lo cual sustenta la tercera etapa que se orienta en la automatización de los procesos de registro en materia de manejo de insumos y medicamentos, para disminuir al mínimo la variable interferente del profesional y su grado de manejo en sistemas de gestión de la información.

Así, la confiabilidad de la información recabada debido al limitado acceso a las TICs ha sido un tema de discusión constante. Motivado por ello, surge la necesidad de diseñar un proceso donde se levante un registro ágil, llevando la intervención del operario al mínimo con la finalidad de generar que los procesos de atención de salud se vean intervenidos al mínimo posible sin desmedro del registro realizado. De esta forma, el registro levantado por “sistema de pistoleo” permite que se genere un flujo armónico de registro, el cual permite una ganancia de tiempo que, finalmente, reporta una mejora en la calidad y seguridad de la atención al enfocar al operario en la intervención con el usuario interno o externo, sin dejar de lado un registro automatizado, fiable y trazable, además de aumentar la disponibilidad de tiempo que puede ser destinado a engrosar la canasta de horas disponibles para realizar atenciones de salud

Objetivos del proyecto

- Disminuir la intervención operaria al mínimo en procesos de gestión de la información
- Mejorar la gestión de insumos de toma de muestras
- Mejorar la trazabilidad del proceso de toma de muestras en su etapa pre y post analítica
- Disminuir en un 50% el tiempo destinado al proceso de toma y registro de muestras analíticas
- Mejorar el sistema de gestión de inventarios de insumos y medicamentos
- Mejorar la trazabilidad de insumos interna (bodega) y externa (centro de salud)
- Mejorar la trazabilidad de medicamentos hasta el usuario externo
- Mejorar la gestión de inventario de medicamentos e insumos (disminuir quiebres/sobre stock)
- Disminuir en un 50% el tiempo destinado al proceso de inventario
- Disminuir en un 30% el tiempo destinado al proceso de despacho de medicamentos

Concepto

Uso de sistema de pistoleo con códigos de barra para la identificación, manejo y consolidación de información referente al proceso abordado mediante una plataforma integrada dentro del mismo centro, independiente de herramientas internet (Excel).

- **Toma de muestras:** Reducción al mínimo de la intervención del operario para el registro de información de identificación del paciente, mejora de la gestión de exámenes con información que permite al operador disminuir el error en la toma de muestra y mejora en la información de registro consolidado para insumar la trazabilidad del examen en su etapa pre y post analítica.
- **Gestión de inventario:** Reducción al mínimo de la intervención del operario para el registro de información, mejora del proceso de ingreso y salida de stock de medicamentos e insumos hacia dependencias del centro de salud o, como elementos fungibles producto de una atención de salud.
- **Trazabilidad de despacho de medicamentos:** Reducción al mínimo de la intervención del operario para el registro de información en materia de despacho de medicamentos, registrando información como fecha, lote, vencimiento del medicamento entregado asociado al RUT de cada usuario requirente.
- **Entrega de Boucher de agendamiento:** Disminuir el error de transcripción de citas y disminuir los problemas de interpretación mediante la impresión automática del Boucher comprobante de agendamiento de hora para entrega al usuario.

Avances y compromisos 2019

El proyecto se encuentra en etapa de desarrollo, según lo calendarizado. Para luego dar paso a los elementos de capacitación con las unidades y el personal operador de las herramientas, para su puesta en marcha en definitiva en el mes de octubre del presente año.

PROGRAMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED ASISTENCIAL

- **Profesional a cargo:** Psicóloga Betzabé Inostroza Urtubia

Objetivos

Objetivo General:

Contribuir al fortalecimiento y desarrollo de capacidades de los funcionarios y funcionarias que se desempeñan en los establecimientos de Atención Primaria de Salud y en los Servicios de Salud, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la implementación de los objetivos y desafíos de la APS, en el marco de los objetivos sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Objetivos específicos:

- Entregar herramientas teórico-prácticas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, incluyendo el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades en la gestión y en la capacidad

resolutiva para la obtención y mejoramiento en la calidad de los Servicios, en establecimientos de administración municipal.

- Complementar los conocimientos, destrezas y/o habilidades de los funcionarios y funcionarias de Atención Primaria y Servicios de Salud que desarrollan funciones de Atención Primaria que favorezcan el cumplimiento de los indicadores de capacitación de los objetivos sanitarios de la década del Plan Nacional de Salud 2011-2020.
- Favorecer la capacitación del equipo de Atención Primaria de Salud, a través de capacitaciones internas contenidas en el Plan Anual de Capacitación (PAC)

Compromisos 2018

El Programa de Capacitación se orientó durante el año 2018, así como el año 2019 “En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los(as) usuarios(as); de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa “capacitación y formación Atención Primaria en la red asistencial”. Esto se fundamenta en la necesidad de contribuir al desarrollo y fortalecimiento de capacidades y competencias laborales necesarias para el trabajo de la APS.” (PROGRAMA “CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED ASISTENCIAL”, Página 1)

Cumplimientos

- Convenio Mandato Programa de Capacitación 2018 se cumplió en un 100 % de los funcionarios inscritos, que aprobaron los cursos becados.
- Convenio Mandato Programa de Capacitación 2019 con cursos ya iniciados y ampliando cobertura a todas las categorías.
- Cursos internos autogestionados se han ido implementando desde el mes de marzo del año 2019

Brechas

- En Programa Capacitación y Formación Atención Primaria en La Red Asistencial, se ha retrasado el inicio de varios de los cursos planificados, por cambio en proceso de compras en el SSMSO. Por esta razón no se cumplió lo intencionado por la Unidad de Capacitación del SSMSO, de comenzar cursos durante el primer semestre, postergándose para el segundo semestre
- Rotación en encargada de Capacitación Comunal el año 2018, no realizándose entrega entre profesionales, por lo que existe información que no se traspasó respecto de cursos internos realizados
- Falta de instancia de reuniones ampliadas, para que funcionarios de otras Postas de Salud Rural pudieran acceder a capacitaciones internas y la participación de todas las categorías
- El que no se firmara convenio entre MINSAL y U- Virtual, generó una merma en el acceso a capacitaciones incluidas en el PAC, que permitía participar a todas las categorías y de la organización

Desafíos

- Ampliar cobertura de capacitaciones internas a las tres Postas de Salud Rural de San José de Maipo
- Aumentar acceso a capacitaciones internas de categorías C, D, E y F
- Generar estrategia para mejorar el cumplimiento del PAC correspondiente al año 2020

MAIS

Corresponde a Gestión del Desarrollo de las Personas y de la organización, orientado a los principios irrenunciables (continuidad, integralidad y centrado en las personas), cuyo objetivo es trabajar en pos de la organización de las personas, su desempeño y desarrollo de competencias con énfasis en el fomento del capital humano y en la construcción de ambientes laborales orientados a la obtención de impacto sanitario.

En este caso se aplica el Componente 1.3. : El establecimiento capacita a las personas que trabaja en el Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitario, orientado al desarrollo de competencias.

• Facilitar el ejercicio de los talentos del equipo al servicio de las personas, propiciando la capacitación pertinente al MAIS y MSF, y a las expectativas de los trabajadores; promoviendo un adecuado clima organizacional, ya que éste incide direct en la atención que se brindada. Incluye dispongan del tiempo necesario para reuniones.

GESTIÓN DEL
DESARROLLO DE LAS
PERSONA Y LA
ORGANIZACIÓN

7

MAIS (Modelo Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria)

Profesional a cargo: Psicóloga María Teresa Vera Cofré

Equipo: Equipo Área Salud Corporación Municipal San José de Maipo

Objetivos

Objetivo General

Consolidar el Modelo de Atención de Salud Integral Familiar y Comunitaria en Las Postas Rurales del Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo, por medio del cumplimiento de los requisitos señalados en las Orientaciones Técnicas para el Programa Modelo Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, a través de la evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Objetivos específicos

- Evaluar la evolución del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria a través del *“Instrumento de evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”* en nuestros tres centros de Salud, siendo estos Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofré, San Gabriel y El Volcán.
- Realizar mejoras en base a las brechas identificadas y los principios que sustentan el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria en los tres postas pertenecientes al Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo

Compromisos 2018

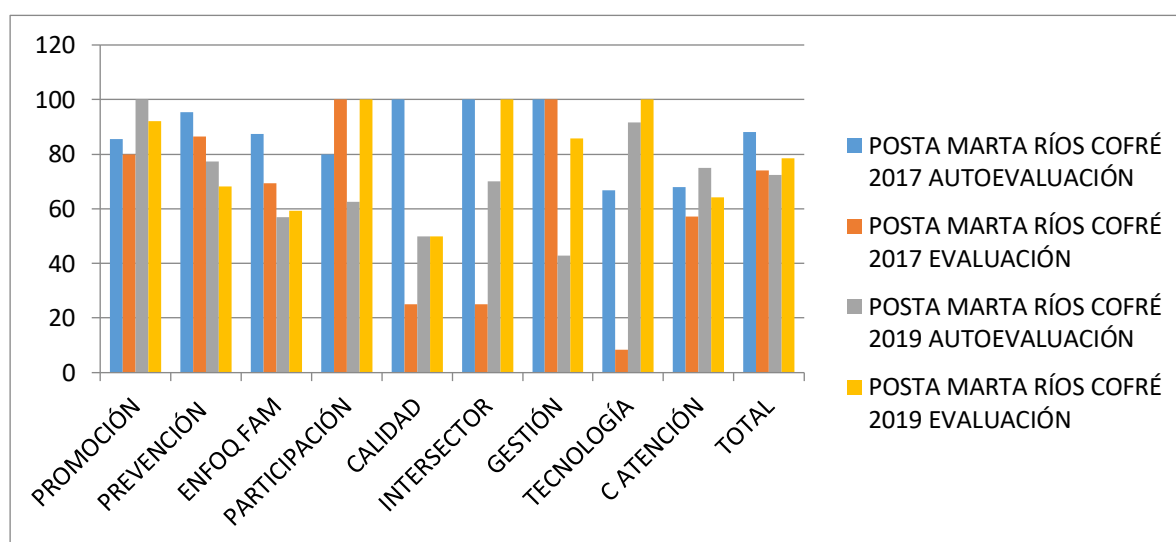
Cumplimientos

En relación a los compromisos adquiridos desde el área de salud, debemos considerar el ser parte del proceso de evaluación bajo el instrumento/matriz con la cual se evalúa si como centro de Atención Primaria en Salud (APS) hemos implementado el modelo bajo tres principios irrenunciables los cuales son estar Centrados en la persona, Continuidad en el cuidado y la Integralidad, principios que se ven reflejado en el cumplimiento de requerimientos básicos reflejados en 9 ejes transversales de trabajo, estos son: Promoción en salud, Prevención en salud, Enfoque familiar, Centrado en la atención Abierta, Intersectorialidad y territorialidad, Tecnología, Gestión del desarrollo de los funcionarios, Calidad y Participación en la Comunidad.

Dicha evaluación se llevó a cabo durante el mes de junio del presente año, de manera diferida en las tres postas, en donde los resultados obtenidos en relación porcentajes de cumplimientos fueron según ejes de evaluación:

- **Posta Rural de salud Marta Ríos Cofré**

Gráfico N°149: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017-2019 PSMRC

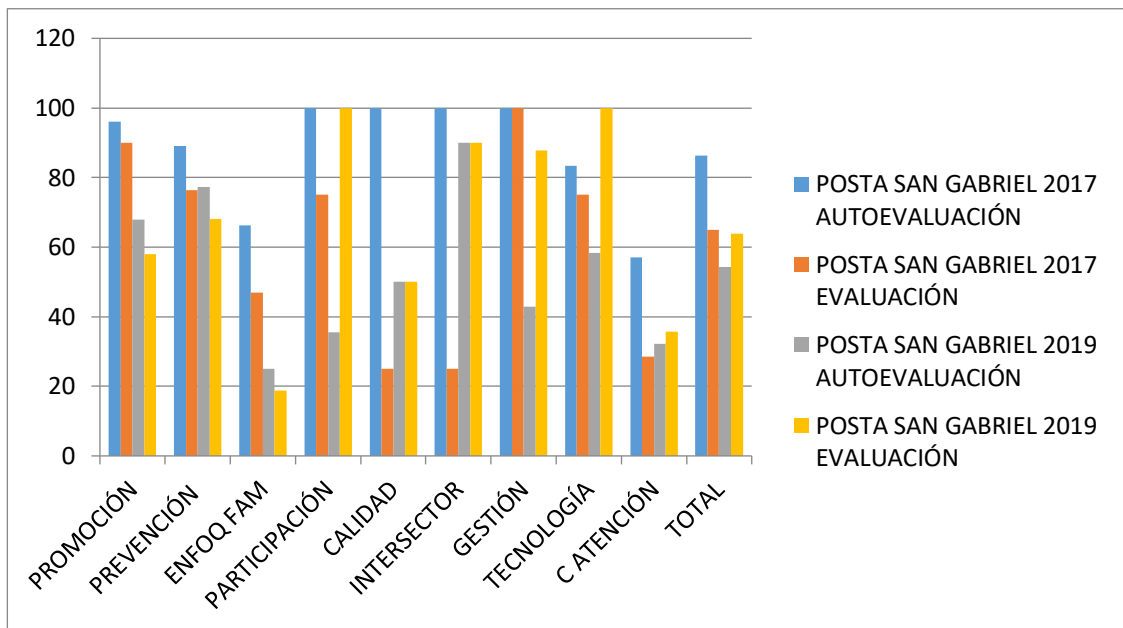


Fuente: Base de datos evaluación MAIS "Ejes Gráficos"

Si bien desde el análisis eje a eje encontramos diferencia de cumplimiento entre ambos años, de acuerdo a los datos entregados se puede observar que la evaluación total realizada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SMSO) de los ejes en la Posta Marta Ríos Cofré logra un aumento en el porcentaje de cumplimiento en comparación al año 2017. Gráfico N°149

- **Posta Rural San Gabriel**

Gráfico N°150: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR SG

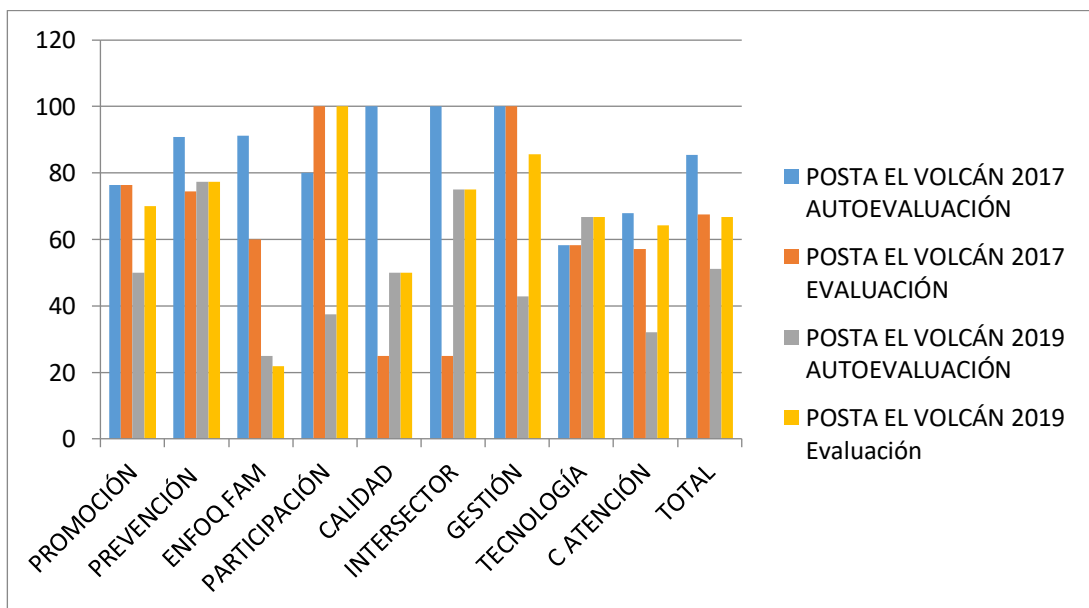


Fuente: Base de datos evaluación MAIS "Ejes Gráficos"

Al igual que el análisis realizado a la Posta Marta Ríos Cofré, se detectan diferencia de cumplimiento entre ambos años en los ejes evaluados, y una leve diferencia negativa sobre la evaluación total realizada desde (SMSO) en relación al año 2017. Gráfico N°150.

- **Posta Rural El Volcán**

Gráfico N°151: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR Volcán

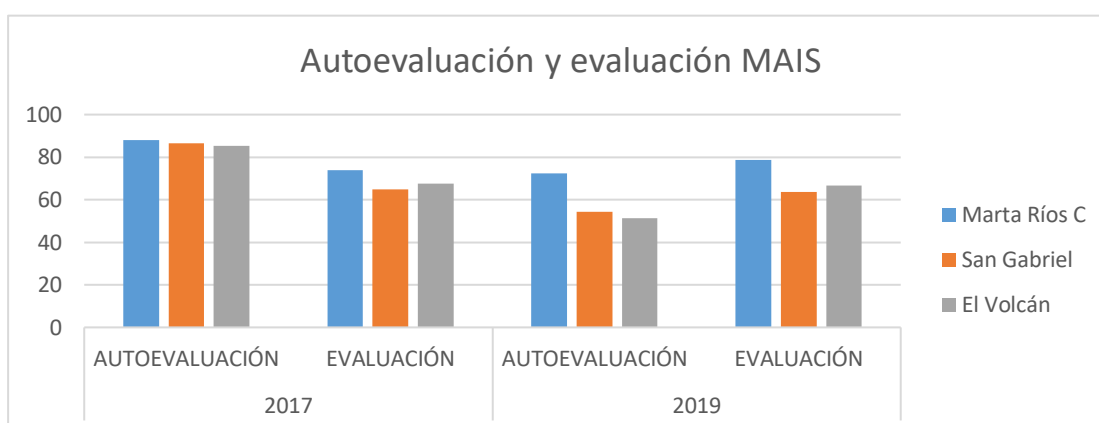


Fuente: Base de datos evaluación MAIS "Ejes Gráficos"

En relación a la evaluación realizada en la Posta El Volcán se detectan diferencias entre los porcentajes de cumplimientos por ejes y de acuerdo a la autoevaluación y evaluación desde el SSMSO, obteniendo un resultado similar en el total de ambos años. Gráfico N°151.

Finalmente los datos referidos con anterioridad se ven confirmados en el siguiente gráfico, en donde se muestra que las evaluaciones realizadas a las tres postas desde en el año 2017 y el presente año no se observan grandes diferencias: Gráfico N°152.

Gráfico N°152: Gráfico comparativo de porcentaje de Cumplimiento MAIS 2017 y 2019 PSR



Fuente: Base de datos evaluación MAIS "Ejes Gráficos"

Brechas

En base a los resultados de evaluación se logran detectar algunas brechas que tales como:

- Falta de registro adecuado en fichas clínicas de los pacientes, entendiéndose que si bien los funcionarios realizan ciertas acciones estas no habían sido registradas de manera adecuada según actividades determinadas que entrega la plataforma, tales como consejerías, entrega de guías anticipatorias, aplicación de protocolos. Además se detectan perfiles que deben ser modificados en relación a las funciones que cumple cada profesional.
- Falta de reportes o estrategias efectivas para obtener informes de interconsultas y contra referencias desde el nivel secundario.
- Actualización e implementación de algunos protocolos o planes, como acompañamiento y rehabilitación post IAM y AVE, derivación intersectorial y cuidados ambulatorios.

Desafíos

Dentro de los principales desafíos que se tienen desde el MAIS es poder implementar el modelo de la manera más integral posible y de acuerdo a las realidades locales, es por ello que desde las brechas y de acuerdo al formato de plan de mejora se proponen varias acciones como parte de las estrategias para disminuir las brechas antes mencionadas, a continuación de adjunta un bosquejo que da cuenta del desglose de actividades planificadas por eje para lograr el objetivo de Consolidar el Modelo de Atención de Salud Integral Familiar y Comunitaria en Las Postas Rurales del Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo.

Innovaciones

Dentro de las innovaciones plateadas desde el plan de mejora surgen diferentes estrategias nuevas para el mejoramiento de la atención y el desarrollo de los funcionarios, acciones tales como las capacitaciones que ya se han llevado a cabo, seguimiento de cumplimiento del plan de mejora, auditorías de fichas, nuevos protocolos entre otras.



Sin embargo la principal innovación es el solicitar la evaluación para los tres centros de salud correspondientes al área de salud de la corporación de San José de Maipo, pues años anteriores el proceso de evaluación según la matriz MAIS había solo realizada en la Posta Marta Ríos Cofré (Ex Las Vertientes) y Posta de Salud Rural El Volcán.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Profesional a cargo: María Teresa Vera Cofré

Equipo:

Cargo/desempeño	Nombre
Directora Área de Salud	Francisca Rosales
Psicóloga, encargada de Participación Social y MAIS	Ma. Teresa Vera C
Doctora Equipo de Cabecera PSR San Gabriel y El Volcán	Pilar Silva
Administrativa SOME y Operadora OIRS	Karina Urtubia

Objetivos

Objetivo General

Facilitar el proceso de la inclusión de prácticas que promuevan la equidad en Salud Rural por medio de la Participación ciudadana en salud.

Objetivos específicos

- Gestionar que la Participación Social sea un eje transversal en Salud y en Salud para todas las políticas
- Fortalecer y favorecer la Participación social como herramienta de promoción y prevención de Salud para la comunidad.
- Ejecutar plan de participación social procurando desarrollo transversal y articulando con Unidad y/o Programas y/o Proyectos que tengan como componente la participación social.

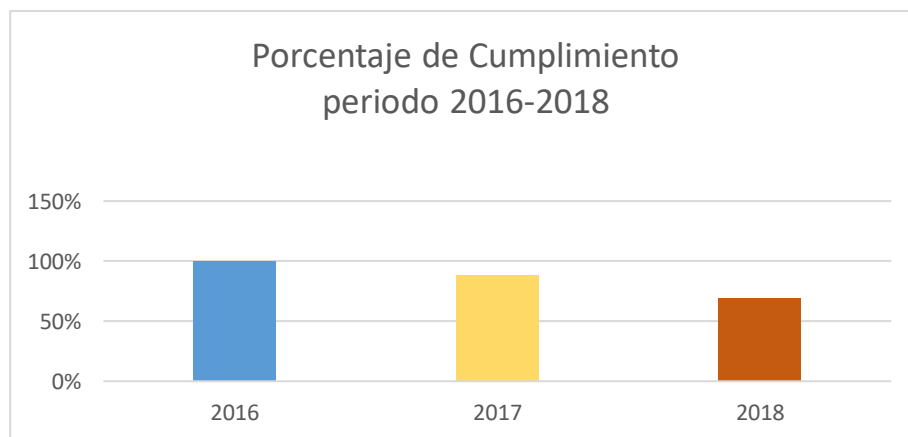
- Involucramiento en los procesos, incorporando la mirada de los usuarios, en especial en la gestión clínica.
- Incorporar el enfoque dirigido a inclusión de grupos específicos (identidad de género, migrantes, PRAIS, SENAME).
- Pasar de satisfacción usuaria a experiencia usuaria.
- Abordaje de la realidad de los pacientes sociosanitario (articulación de la red comunitaria e intersectorial).

Compromisos 2019

Cumplimientos

En relación a los cumplimientos del Programa haremos referencia a que durante los años anteriores Participación Social en Salud se regía por el Plan Trianual correspondiente al periodo del 2016-2018 en donde se da un 84% de cumplimiento total de las actividades planificadas. Gráfico N°153.

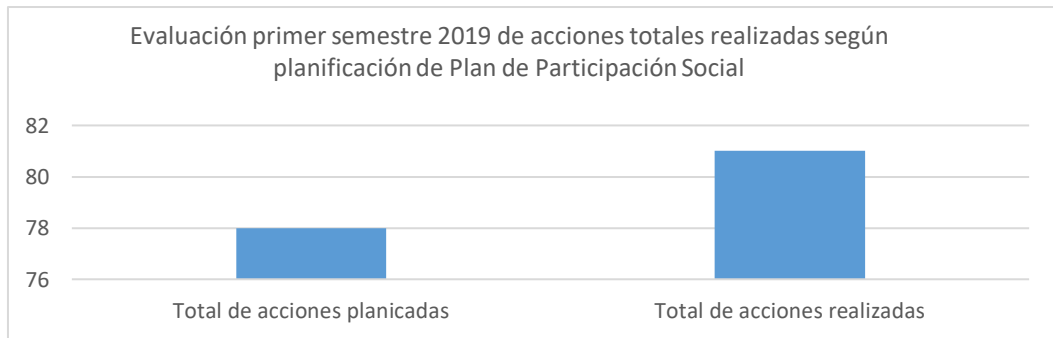
Gráfico N°153: Cumplimiento de Plan de Participación Social 2016-2018



FUENTE: Cronograma de Trabajo Participación Social Plan de Participación Social Postas Rurales San José de Maipo (2016-2018)

Durante el 2do semestre del 2018, el equipo de participación social trabaja en dar cumplimiento a meta del programa que refiere a la realización, ejecución y evaluación de un Plan de Participación para el nuevo periodo 2019-2021, en conjunto con la comunidad y en reciprocidad con el Modelo de Salud Familiar. Plan por el cual nos estamos rigiendo en la actualidad en relación a este nuevo periodo podremos decir que hasta el momento tenemos un 104% de acciones realizadas del plan, para el año 2019. Gráfico N°154.

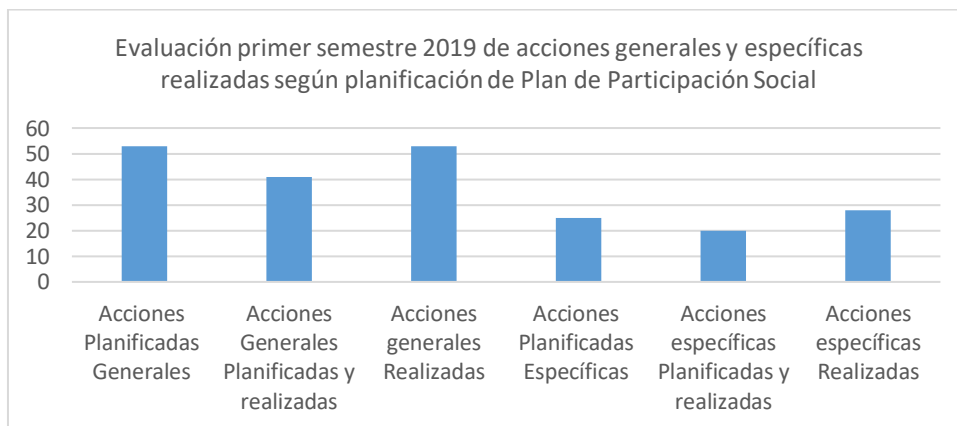
Gráfico N°154: Cumplimiento de acciones totales realizadas según el Plan de Participación 2019-2021



FUENTE: Informe de Evaluación Triannual periodo 2019-2021 (corte julio 2019) Participación Social

En cuanto a dichas acciones separándolas en categorías de acciones planificadas y acciones planificadas realizadas, en donde encontramos diferencias, lo que refiere que si bien el 78.20% de las actividades planificadas han sido realizadas en el tiempo estimado, se ha concretado un 104% de actividades que están en coherencia con el Plan de Participación, lo que se refleja en el siguiente gráfico.

Gráfico N°155: Cumplimiento de acciones Generales y específicas realizadas según Planificación Plan de Participación Social 2019-2021



FUENTE: Informe de Evaluación Triannual periodo 2019-2021 (corte julio 2019) Participación Social

Durante este año se lleva un proceso de evaluación intermedio de nuestro actual Plan de Participación, proceso que nos dio paso para detectar brechas y desafíos que vayan en pro del cumplimiento de nuestros objetivos y acciones intencionadas a realizarse. En relación a ello identificamos lo siguiente:



Brechas

En cuanto a las brechas detectadas hasta el momento podemos identificar:

- Se detecta un menor registro de acciones en la posta de San Gabriel y Volcán, frente a dicha situación se han ideado estrategias como el incluir en equipo de participación a doctora del equipo cabecera de Postas San Gabriel y El Volcán. Además, si bien no en San Gabriel no existe aún CDU establecido se ha realizado trabajo en mesas territoriales del sector, pudiendo tener mayor reconocimiento del lugar y con organizaciones tales como JJVV, desde este punto nuestra proyección es seguir trabajando con la comunidad para favorecer el desarrollo de un CDU en dicha localidad.
- Coordinación de acciones con el intersector, pues a pesar de que se informa a las redes y se hace solicitud para que manden con anticipación sus requerimientos para trabajo en conjunto no siempre se logra coordinar con anticipación. Sin embargo, se están ideando estrategias de trabajo con las redes tales cómo generar calendario anual de acciones a disponibilidad y una fecha tope para la solicitud de estas desde las redes.

Desafíos

Dentro de los principales desafíos que encontramos es el de ampliar la base de representatividad y la intensidad en la participación, para ello nos hemos propuesto realizar:

- Acciones diferenciadas por centro de acuerdo a la realidad local.
- Realizar trabajo de difusión en conjunto con el área de Promoción de Salud de la Corporación aumentando estrategias de visibilizarlas en las localidades en las que nos encontramos insertos y en la comuna de San José de Maipo
- Sistematizar acciones desde Participación por medio de Protocolo de actividades y coordinación con las redes.
- Realizar coordinación de espacios para promover el CDU y otros mecanismos de participación por medio de difusión y presencia en acciones preventivas y promocionales



Buenas Prácticas

Desde Participación social en el presente año se presenta Buena Práctica que se llevará a cabo desde el segundo semestre, a continuación se hace descripción de dicha propuesta para la mejora en el área.

- **Nombre de la Buena Práctica: "Difusión y comunicación social una herramienta en Salud",** Difusión de información Educativa, Preventiva y de Promoción para la salud integral.
- **Profesional a cargo:** Ma. Teresa Vera Cofré

Buenas Prácticas

Durante el 2019 este proyecto fue presentado al Programa de Buenas Prácticas del SSMSO, adjudicándose financiamiento para fortalecer su desarrollo.

Objetivos

- Mejorar la entrega de información educativa, preventiva y promocional en las localidades de San Gabriel y El Volcán considerando sus particularidades.
- Aumentar la intensidad y diversidad de actores en la participación de intervenciones concordantes con las necesidades y demandas de las localidades
- Potenciar la difusión y los canales de comunicación para el éxito de intervenciones planificadas

Brechas

Desde APS, el modelo de atención integral en salud y en nuestro contexto de ruralidad caracterizado tener menos conectividad, más aislamiento, poca regulación de condiciones sanitarias (alcantarillado y acceso a agua potable), nos damos cuenta la importancia que tienen los centros de salud para la educación, prevención, promoción y participación de la población que a la cual abarca tan extenso territorio. Sin embargo muchas veces las acciones antes nombradas se ven dificultadas por las características propias del terreno y la comunidad, junto a la falta de recursos (herramientas, insumos, etc.) que faciliten la realización y difusión de múltiples actividades en los sectores más apartados como son San Gabriel, El Volcán y sus alrededores.

De igual forma reconocemos que cada territorio tiene sus particularidades y problemáticas a las cuales no siempre hemos podido responder de manera oportuna. Durante el 2018 se pudo trabajar desde la Posta Marta Ríos Cofré (PSR MRC), por medio de una gama de acciones comunitarias que tuvieron un impacto positivo, en cuanto a la participación, debido a que estas estaban en concordancia con las características del sector, por ejemplo el mayor acceso a herramientas y materiales para la difusión, pero esta misma oferta y planificación no tuvo el mismo resultado en las otras dos postas (San Gabriel y Volcán), por presentar condiciones diferentes.



Desafíos

Pudiendo detectar esta brecha, es que nos planteamos lograr realzar la promoción, prevención y participación, posicionándolas como base en el trabajo con la comunidad de las localidades en que hemos presentado mayores dificultades.

Diagnóstico local

Metas de cumplimiento colectivo

Dentro de las metas sanitarias se encuentra la Meta N° 7 que corresponde a la gestión de participación social, esta refiere que los establecimientos deben contar con un plan de participación social elaborado y funcionando de manera participativa, en relación a esto es importante mencionar que durante el año 2018 se formula el nuevo plan elaborado para 3 años desde el 2019 y que durante el presente año se ha dado ejecución a dicho plan, permitiendo que la meta este cumplida.

MAIS

Desde el MAIS el programa de participación se interrelaciona con varios de los ejes de aplicación del modelo, tales como: el eje de promoción de la Salud, Enfoque Familiar, Calidad, Prevención en Salud y Gestión del Desarrollo y la Organización, Intersectorialidad y Territorialidad, Tecnología, Enfoque Familiar, y Centrado en la atención, debido a que en ellos se promueve el trabajo con la comunidad y la relación con esta de diversas maneras, promoviendo el trabajo con estos desde intervenciones por medio de talleres para la promoción y la utilización de TICS para la difusión y entrega de información, el reconocimiento territorial del intersector, el trato usuario como insumo para la mejoría del servicio, promover y reforzar en la comunidad los puntos de que se trabajan desde el eje de Prevención en Salud, planificación de capacitaciones para la mejora continua del personal, entre otras acciones.

Ahora bien, el eje que dice mayor relación con el programa es el de **“Participación de la Comunidad en Salud”**, dicho eje potencia el desarrollo de la participación social como una práctica habitual, reconociendo la importancia del trabajo colaborativo desde los equipo y con la comunidad, por medio de la conformación de equipo de participación social, plan de evaluación con la comunidad y el intersector, la planificación de actividades de desarrollo local en coherencia con la realidad local.

Si bien desde el MAIS el eje son ejes que se relacionan en menor medida con el trabajo de participación desde el enfoque que se encuentra en el instrumento, de igual manera se relacionan y se pueden hacer trabajos para controles, entregas de guías anticipatorias, acciones preventivas que refuercen acciones de esta características.

• Estrategia para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

4

• Trabajo coordinado de instituciones de distintos sectores presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

6

Los eje MAIS a reforzar el 2020 son **Intersectorialidad y territorialidad**, buscando potenciar la oferta comunitaria y el trabajo con las redes de la comunidad para el cumplimiento de la continuidad del cuidado y la integralidad de la atención, potenciando los beneficios que tiene el trabajo colaborativo y en grupo para el mejoramiento y mantenimiento de la salud. Por medio de instancias participativas de interés para los usuarios, en la diversas etapas del ciclo vital.

Además del eje de calidad desde la perspectiva de satisfacción usuaria y el trabajo desarrollados desde OIRS, buscando potenciar como mecanismo de participación.

• Desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

CALIDAD

5

PROGRAMA ELIGE VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Nombre del programa: Elige Vida Sana.

Profesional a cargo: Valery Farías Cañas.

Equipo: Psicóloga: María Teresa Vera Cofre.

Kinesióloga: Andrea Sáez Otárola.

Kinesiólogo: Marco Contreras Morales.

Nutricionista: Valery Farías Cañas.

Descripción del Programa

El programa tiene un contexto de grupos objetivos que se dividen desde los 6 meses a 19 años y de los 20 a 64 años, en el cual, como estrategia, tiene un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades en el entorno educativo u otras organizaciones distintas al centro de salud, para lo cual se requieren alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas.

Objetivo General

Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física, en beneficiarios de FONASA de 6 meses a 64 años de edad.

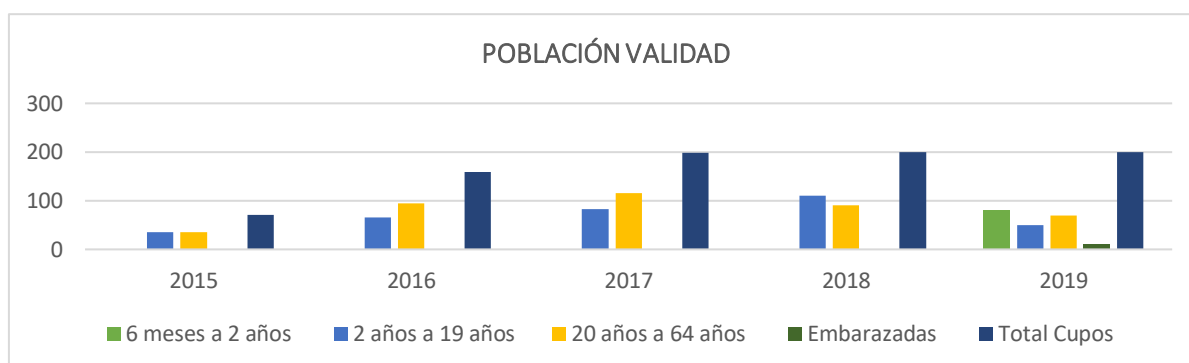
Objetivos Específicos

1. Disminuir la malnutrición por exceso.
2. Mejorar perímetro de cintura.
3. Mejorar condición física.

Desarrollo del programa

Programa vida comienza en el 2015 con 71 ingresos, en el 2016 aumento la población de ingreso en adultos de un total de cupos de 159, en el 2017 y 2018 la población adulto siguió aumentando al igual que infantil, en el 2019 los cupos fueron asignados según la población de la comuna en la cual resalta mayormente la infantil, se obtiene 200 cupos con un mayor porcentaje en población infantil desde las 6 meses en adelante, debido a la malnutrición por exceso a nivel país en esos grupos etarios.

Gráfico N°156: Población bajo control en la estrategia



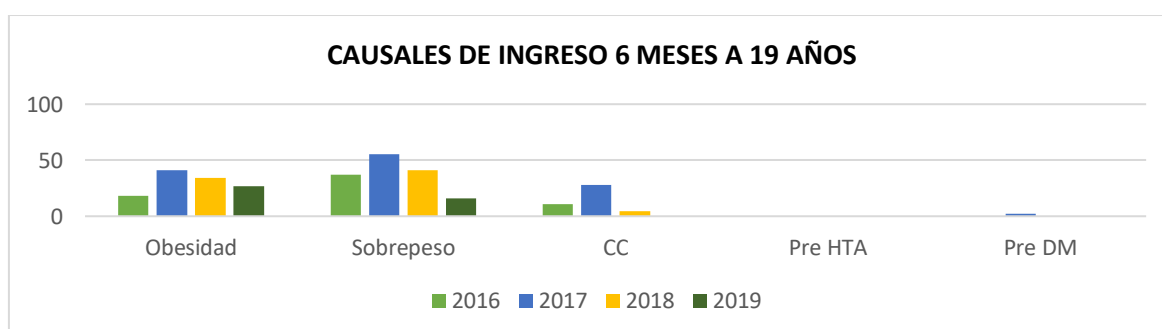
FUENTE: Registro interno, años correspondientes

Los cupos como se puede mostrar en el grafico para el 2019 son de 200, distribuyéndolos de la siguiente manera: 6 meses a 5 años 80 cupos, de 6 años a 19 años 50 cupos, de 20 años a 64 años 60 cupos y embarazadas 10 cupo, se muestra un aumento de ingresos y cupos para el grupo lactante mayor y en este periodo se comenzó a incluir embarazadas con riesgos de una malnutrición por exceso los cuales en años anteriores no cumplían con requisitos de ingreso.

A comienzos del programa en la comuna se comenzó a trabajar con jardines JUNJI y área de educación de la corporación municipal de SAN José de Maipo y derivaciones de los distintos profesionales. En el transcurso de los años se han realizado alianzas con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo. En el año 2017 se incorpora la herramienta de la aplicación elige vida sana en la cual se puede obtener mayor registro de la población. Durante el 2018 y 2019 se trabaja directamente con dos escuelas de la comuna; Escuela Fronteriza San Gabriel y Escuela de Integración el Manzano con una totalidad 7 cursos intervenidos.

En el siguiente grafico se puede ver porque se aumentan los cupos de grupo etario infantil y se comienza a intervenir desde una edad más temprana, ya que la morbilidad en su mayoría sobrepeso y obesidad a nivel país en los últimos años ha aumentado. Al ser un grupo más controlado podemos ver que las tendencias en los establecimientos intervenidos desde ya dos años han disminuido el sobrepeso y obesidad junto con los factores de riesgo como prediabetes, pre hipertensión y aumento de circunferencia de cintura, se hace mención que el programa cumple con sus objetivos.

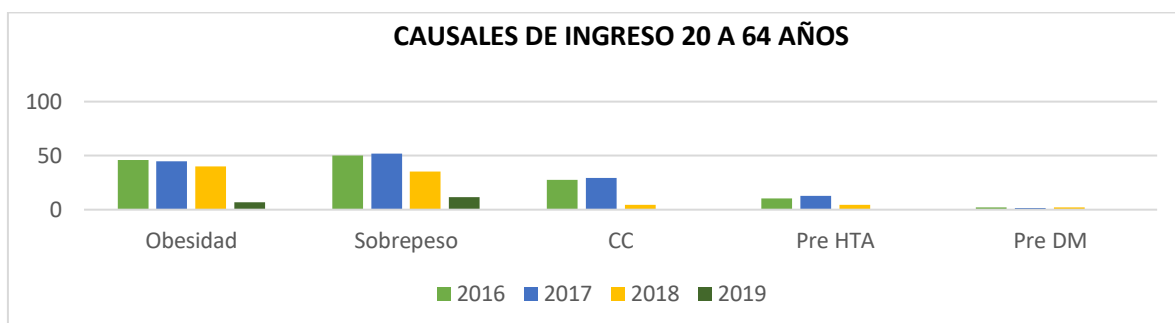
Gráfico N°157: Causales de ingreso población de 6 meses a 19 años



FUENTE: Registro interno, años correspondientes

En el siguiente grafico muestra la casual de ingreso de los adultos, las cuales han disminuido en su totalidad los 5 componentes de factores de riesgo, dando énfasis en la disminución de sobrepeso y obesidad desde el 2016 al 2019. Las intervenciones al ser de carácter preventivo en tanto actividad física y círculos de vida sana mantiene un buen resultado de impacto a población sana.

Gráfico N°158: Causales de ingreso población de 20 a 64 años



FUENTE: Registro interno, años correspondientes

Diagnóstico local

Población bajo control

En cuatro meses de intervención la población ingresada al programa es de 153 usuarios de la comuna de San José de Maipo, recordar que es un programa abierto a toda la comunidad FONASA perteneciente a la comuna y se puede pertenecer al programa sin estar inscrito en las postas de salud rural. (Tabla N°52)

Tabla N°52: Control de ingreso

2019 Control Ingreso N° total de usuarios que realizan el control con nutricionista en ingreso																
Establecimientos de Salud	Hombres						Mujeres						Mujeres embarazadas y post parto			Totales
	6 meses a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	6 meses a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	
PSR Las Vertientes	35	1	0	8	0	0	26	1	0	5	0	14	1	2	7	100
PSR San Gabriel	6	3	7	6	0	1	8	0	5	3	1	13	0	0	0	53
Totales	41	4	7	14	0	1	34	1	5	8	1	27	1	2	7	153

FUENTE: Plataforma estrategia, 2019.

Tabla N°53: Metas de cumplimiento colectivo

Comuna San José de Maipo										
Evaluación AGOSTO, Año: 2019										
Componente	Indicador	Numerador	Denominador	Resultado AGOSTO	Meta AGOSTO	Cumplimiento AGOSTO	Peso relativo indicador	Peso relativo por indicador cumplido	Peso relativo componente	Peso relativo por componente cumplido
Indicadores de impacto	Usuarios bajo control mejoran condición nutricional al 6to mes (*)	44	65	67.69 %	50 %	100 %	16.7 %	16.7 %	80 %	76.29 %
	Usuarios bajo control mejoran condición física al 6to mes (*)	55	65	84.62 %	50 %	100 %	16.7 %	16.7 %		
	Porcentaje de usuarios que cumple a los 6 meses de intervención con 4 círculos de vida sana	41	65	63.08 %	50 %	100 %	16.6 %	16.6 %		
	Porcentaje de usuarios que cumple a los 6 meses de intervención con 38 círculos de actividad física	36	65	55.38 %	50 %	100 %	16.6 %	16.6 %		
Indicador de usuarios ingresados	Porcentaje de usuarios 6 meses a 19 años ingresados	115	130	88.46 %	70 %	100 %	16.7 %	16.7 %	5 %	2.5 %
	Porcentaje de usuarios 20 a 64 años ingresados	26	60	43.33 %	60 %	72.22 %	16.7 %	12.06 %		
Indicadores de proceso	Convenio firmado antes del 31 de marzo	1	1	100 %	100 %	100 %	50 %	50 %	15 %	14.27 %
	Horas Gestion	8	8	100 %	100 %	100 %	12.5 %	12.5 %		
	Horas Nutricionista	18	18	100 %	100 %	100 %	12.5 %	12.5 %		
	Horas Psicólogo	11	18	61.11 %	100 %	61.11 %	12.5 %	7.64 %		
	Horas Profesional Actividad Física	55	44	100 %	100 %	100 %	12.5 %	12.5 %		
Indicadores de buenas prácticas	Buenas Prácticas	1	2	50 %	100 %	50 %	100 %	50 %	5 %	2.5 %
Total										93.06 %

FUENTE: Plataforma estrategia, agosto 2019

En el tabla N°53 se puede observar que el cumplimiento del programa para su corte de agosto es de un 93%, por lo cual se han realizado en su cabalidad el total de intervenciones estipuladas por norma técnica más el cumplimiento en cuanto a horas y convenios firmados por la comuna.

MAIS

Eje promoción de salud: Desde el Sector Salud, Chile ha definido que la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, incorpora elementos estratégicos propios de la Promoción y aspectos asociados a estilos de vida saludable, teniendo un rol preponderante en la reforma de salud para el logro de los objetivos, uno de los cuales es el control de los problemas de salud asociados a Estilos de Vida. Los estilos de vida son determinados por la interacción de factores de riesgo y/o de factores protectores, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social como las familiares y comunitarias.

En este eje el programa trabaja directamente ya que es un programa de estrategias preventiva, ejerciendo actividades en la comunidad para lograr hábitos de vida saludable y mejorar los estilos de vida.

Compromiso con un eje Calidad: El programa se elige vida sana cumple como un programa de APS con muchos ejes MAIS en sus labores con la comunidad, pero el eje que se puede reforzar es el de calidad, continuidad en el cuidado, ya que muchas veces al terminar su ciclo de tres controles los usuarios deciden terminar el programa o por ser una comuna tan amplia en territorio y el programa no está en todas los sectores se pierden las intervenciones hasta lograr un rescate.

Por ende, se propone realizar planes de acción para mejorar este eje.

Compromisos y cumplimientos 2019

Para la población de 6 meses a 19 años la estrategia a considerar para su desarrollo es calendario escolar, potenciando que las actividades se llevan a cabo dentro de los recintos educacionales. En la cual se entregan las siguientes prestaciones y su cumplimiento hasta agosto 2019

Tabla N°54: Cumplimiento estrategia población 6 meses a 19 años, agosto 2019

Compromiso	Total al año	Cumplimiento
3 controles nutricionales por norma	33 Controles	11 Controles
2 controles nutricionales de seguimiento	22 Controles	11 Controles
2 controles psicológicos	22 Controles	11 Controles
Actividad física por kinesiólogos de 2 a 4 horas a la semana.	Kinesióloga: 29 horas de Act. Física semanal. Kinesiólogo: 6 horas de Act. Física semanal.	
3 evaluaciones motoras por kinesiólogos	33 Evaluaciones	11 Evaluaciones
5 Talleres didácticos entregados a los menores por todo el equipo multidisciplinario a cada grupo curso, "círculos de vida sana"	45 Círculos VS	27 Círculos VS
2 Intervenciones masivas con diferentes dinámicas a presentar por institución a intervenir, trabajo en encuentro de familia en los establecimientos educacionales	4 encuentros de familias	2 encuentros de familia

Para la población de 20 a 64 años la estrategia considera para su desarrollo, espacios públicos en los cuales se pueda realizar las intervenciones, controles nutricionista, psicóloga y kinesiólogos, con el fin de mantener una dinámica más cercana a los usuarios. En la cual se entregan las siguientes prestaciones:

Tabla N°55: Cumplimiento estrategia población de 20 a 64 años, agosto 2019.

Compromiso	Cumplimiento
3 controles nutricionales ingreso, 6° mes y 10° meses	72 controles de ingreso
2 controles psicológicos ingreso, 6° mes	30 controles de ingreso
3 evaluaciones motoras por kinesiólogos ingreso, 6° mes y 10° mes	72 evaluaciones de ingresos.
Actividad física por kinesiólogos de 2 a 4 horas a la semana (Si es en espacio por vida sana).	Kinesiólogo: 2 horas Act. Física semanal posta Marta Ríos Cofre
5 Talleres participativos y preventivos abiertos a la comunidad entregados por todo el equipo multidisciplinario, "círculos VS"	3 Círculos VS

Brechas

Las brechas o dificultades que se han presentado en el programa son, mejorar la publicidad del programa en diferentes localidades de la comuna donde no se han podido realizar intervenciones, en donde los usuarios directos e indirectos puedan acercarse a participar en el programa.

Desafíos

Los desafíos para el 2020 en el programa elige vida sana, es mejorar y realizar más intervenciones en diferentes localidades de la comuna en establecimientos educacionales, con actividades destinadas por grupos etarios y con interés por temas relevantes para la comunidad. Mejorar la adherencia de los usuarios en control del sexto mes y la participación de la comunidad a los círculos de vida sana. Incorporar más redes de apoyo, para trabajo en red y participación como usuarios del programa.

Innovaciones/ Buenas prácticas

En el periodo 2019 se ha trabajado la buena práctica para desarrollar en el periodo de octubre un inter escolar con alumnos de las dos escuelas intervenidas e invitar una escuela el programa elige vida sana de Pirqué.

Buena práctica: *“vida sana, mente sana, corazón contento”* en el cual se quiere desarrollar una intervención de un día con actividades de atletismo para los niños de primero básico a quinto básico, es con el fin de que en la comuna existan más instancias entre los colegios en relacionarse, desarrollar actividades de hábitos saludables y poder integrar los grupos etarios de escolares más pequeños ya que ellos no cuentan con estos tipos de actividades.





ÁREA DE SALUD

Corporación Municipal de San José de Maipo