



# Plan de Salud 2019

Área de Salud  
Corporación Municipal de San José de Maipo

## COLABORADORES

<b>Francisca Rosales A.</b>	<i>Trabajadora Social Directora de Salud</i>
<b>Carolina Meneses C.</b>	<i>Matrona Asesora Técnica</i>
<b>Valentina Espinoza R.</b>	<i>Administrativa Coordinadora SOME</i>
<b>Yeans Fonseca C.</b>	<i>Enfermera Coordinadora Clínica</i>
<b>Javiera Parragué M.</b>	<i>Psicóloga Coordinadora Salud Mental</i>
<b>Macarena Osorio M.</b>	<i>Odontóloga Coordinadora Unidad Dental</i>
<b>Rodrigo Véliz V.</b>	<i>Químico Farmacéutico Coordinador Servicios Transversales</i>
<b>María Bracho B.</b>	<i>Médico Coordinador Ciclo Vital Adulto</i>
<b>Pilar Silva F.</b>	<i>Médico Coordinador Ciclo Vital Infantil</i>
<b>Beatriz Susarte V.</b>	<i>Matrona coordinador salud sexual y reproductiva</i>
<b>Nelly Standen F.</b>	<i>Nutricionista coordinador ciclo vital adulto mayor</i>
<b>Valery Farías C.</b>	<i>Nutricionista coordinadora programa vida sana</i>
<b>Marco Contreras M.</b>	<i>Kinesiólogo coordinador rehabilitación motora</i>
<b>Pablo Araya C.</b>	<i>Kinesiólogo coordinador rehabilitación respiratoria</i>
<b>Iván Acevedo A.</b>	<i>Administrativo Encargado de estadística</i>
<b>María Vera C.</b>	<i>Psicóloga Encargada Participación Social</i>
<b>Andrea Sáez O.</b>	<i>Kinesióloga Encargada Participación Social</i>
<b>Betzabe Inostroza U.</b>	<i>Psicóloga Encargada de Capacitación</i>
<b>Ligia Gallardo S.</b>	<i>Kinesióloga Coordinadora GES</i>
<b>Rosa Salazar C.</b>	<i>Trabajadora Social Encargada OIRS</i>

## INDICE

COLABORADORES .....	2
INTRODUCCIÓN .....	14
PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2019.....	16
LINEAMIENTO ESTRATÉGICO.....	18
EQUIDAD EN SALUD .....	18
VALORES CORPORATIVOS .....	20
TRATO DIGNO .....	20
ATENCIÓN HUMANIZADA .....	20
RESPONSABILIDAD .....	20
COMPETENCIAS TRANSVERSALES.....	21
ÉTICA .....	21
ADAPTABILIDAD AL CAMBIO .....	21
ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS .....	21
TRABAJO TRANSIDISCIPLINAR .....	21
MISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM .....	23
VISIÓN ÁREA DE SALUD CMSJM .....	23
DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y COMUNAL.....	24
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL.....	25
INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	33
COMPONENTES SOCIOCULTURALES.....	39
POBREZA.....	39
EDUCACIÓN .....	44
SALUD.....	47
GES .....	52
TRABAJO.....	54
VIVIENDA.....	56
ENTORNO .....	61
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS).....	64
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL.....	68
DIAGNOSTICO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	70
PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO .....	76
PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL: GESTACIÓN: .....	76

FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA: .....	77
CICLO VITAL ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	82
PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. ....	93
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	104
SALUD ORAL INFANTIL .....	116
PROGRAMA POBLACIÓN EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO) .....	116
SALUD ORAL INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS .....	117
SALUD ORAL DEL ADOLESCENTE .....	118
SALUD ORAL DEL ADULTO .....	119
PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO EN APS (PRAPS) ODONTOLÓGICOS .....	120
BUENAS PRÁCTICAS Y/O INNOVACIONES .....	123
ÁREA SALUD MENTAL .....	128
SALUD MENTAL INTEGRAL .....	129
SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	134
PROGRAMA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR). .....	138
PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL .....	141
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. ....	145
INTERSECTOR Y TERRITORIALIDAD (ORGANIZACIONES COMUNITARIAS) .....	147
PROGRAMA VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. ....	150
REHABILITACIÓN COMUNITARIA.....	156
PROGRAMA DE ARTROSIS GES .....	156
REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL .....	159
PROGRAMA IRA – ERA EN SALA MIXTA DE SAN JOSÉ DE MAIPO .....	164
PROGRAMAS ALIMENTARIOS.....	169
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC).....	169
PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR .....	170
FARMACIA .....	173
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES.....	179
COBERTURA DE INMUNIZACIÓN EN CAMPAÑA .....	182
CONVENIOS IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PROGRAMAS DE RESOLUTIVIDAD. ....	184
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.....	184
PROGRAMA BUENAS PRÁCTICAS.....	189



## **INDICE TABLAS**

Tabla N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad.....	25
Tabla N°2: Población inscrita validada para 2018, según sexo y edad: .....	27
Tabla N°3: Población inscrita validada para 2018, según centro:.....	29
Tabla N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2018, según centro: .....	30
Tabla N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2018 (corte agosto del mismo periodo) .....	31
Tabla N°6: Tasa de natalidad periodo 2013-2015.....	33
Tabla N°7: Tasa Global de fecundidad (TGF) periodo 2013-2015 .....	34
Tabla N°8: Mortalidad general.....	35
Tabla N°9: Mortalidad infantil .....	35
Tabla N°10: Mortalidad 60 años y más.....	35
Tabla N°11: Número de Años Potencialmente Perdidos y Tasa .....	36
Tabla N°12: Defunciones por accidentes de tránsito según sexo. Chile, 2016 .....	36
Tabla N°13: Defunciones por accidentes de tránsito según sexo. Región Metropolitana de Santiago, 2016. ....	37
Tabla N°14: Defunciones y Mortalidad General según área urbano-rural, por Región. Chile Año 2016.....	38
Tabla N°15: Personas en situación de pobreza multidimensional, por zona. 2009-2015 (Porcentaje) .....	41
Tabla N°16: Población en edad de trabajar por condición de actividad según sexo. 2013 - 2015 (Número y Porcentaje) .....	54
Tabla N°17: Descripción de las variables Déficit Cuantitativo y Déficit Cualitativo de Viviendas. .....	59
Tabla N°18: Distribución de razones de no tenencia de conexión a Internet por zona (2015) 67	
Tabla N°19: Diagnóstico de desarrollo psicomotor, según centro.....	71
Tabla N°20: Cumplimiento meta sanitaria N°6 .....	73
Tabla N°21: Cumplimiento meta sanitaria N°1 .....	73
Tabla N°22: Cumplimiento IAAPS:.....	74
Tabla N°23: Población inscrita validada: .....	83
Tabla N°24: Controles de salud integral del adolescente realizados en el periodo enero – agosto 2018, según sexo y grupo etario.....	83
Tabla N°25: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-14 años en CJS:.....	84
Tabla N°26: Factores de riesgo detectados en población adolescente 15-19 años en CJS:.....	85
Tabla N°27: Compromisos Espacio Amigable 2018.....	87

Tabla N°28: Cumplimiento Meta N°4.....	98
Tabla N°29: Cumplimiento Meta N°5.....	98
Tabla N°30: Cumplimiento Meta N°8.....	99
Tabla N°31: Cumplimientos IAAPS.....	99
Tabla N°32: Estado Nutricional: Mujeres de 45 a 64 años según EMP realizados a Septiembre 2018.....	100
Tabla N°33: Estado Nutricional: Hombres de 20 a 64 años según EMP realizados a Septiembre 2017:.....	100
Tabla N°34: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Femenino 45 a 64 Años por centro: .....	101
Tabla N°35: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Masculino 20 a 64 Años por centro .....	101
Tabla N°36: Población Adultos mayores Bajo control y con Examen de Medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) al día a septiembre 2017 por sexo, resultado de la evaluación y centro de salud: .....	102
Tabla N°37: Dependencia severa según grupo etario y centro de salud.....	102
Tabla N°38: Usuarios con dependencia severa y estipendio.....	102
Tabla N°39: Población cardiovascular por centro:.....	103
Tabla N°40: Población cardiovascular por centro y sexo: .....	103
Tabla N°41: Población cardiovascular por centro y patologías asociadas PSR MRC.....	103
Tabla N°42: Ingreso de gestantes, según edad y centro de salud .....	105
Tabla N°43: Características de las gestantes, según edad y centro de salud .....	106
Tabla N°44: Ingresos de gestantes, según edad gestacional y centro de salud.....	107
Tabla N°45: Estado nutricional de gestantes al ingreso a control prenatal .....	108
Tabla N°46: Ingresos de diadas, según días de vida del recién nacido y centro de salud .....	109
Tabla N°47: Población Bajo Control Regulación de la Fertilidad, según edad y centro de salud: .....	110
Tabla N°48: Población con Papanicolau (PAP) vigente .....	112
Tabla N°49: Casos nuevos de PAP alterados.....	113
Tabla N°50: Población con Examen Físico Mamario (EFM) Vigente: .....	114
Tabla N°51: Casos notificados 2018, Probable Patología Maligna.....	114
Tabla N°52: Resumen cumplimiento PRAPS Odontológicos.....	122
Tabla N°53: Intervenciones comunitarias.....	135
Tabla N°55: Acciones Programa Acompañamiento, corte septiembre 2018 .....	142
Tabla N°56: Compromisos Vida Sana 2018.....	153
Tabla N°57: Estrategias a desarrollar con población adulta 2018 .....	153

Tabla N°58: Diagnósticos Programa Vida Sana 2018. ....	155
Tabla N°59: Resumen Rehabilitación de Base Comunitaria .....	161
Tabla N°60: Población bajo control con patología crónica, según rango etario. ....	165
Tabla N°61: Población con Diagnostico de Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo de 0 a 4 años, según centro desde septiembre 2017 a septiembre 2018:.....	165
Tabla N°62: Riesgo de Morir por Neumonía (RMN) en Menores de 1 año .....	167
Tabla N°63: Distribución de productos en kilos consolidados por centro de salud (enero agosto 2018) .....	169
Tabla N°64: Total de Kilos Distribuidos: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) .....	169
Tabla N°65: Resumen de consumos consolidados de medicamentos .....	175
Tabla N°66: Vacunación influenza 2018 .....	182
Tabla N°67: Vacuna Tres vírica (Sarampión, Rubeola y Paperas) + Dtp (Difteria, Tétano y Tos Convulsiva).....	182
Tabla N°68: Vacuna Difteria tétano y tos convulsiva (Dtp) .....	182
Tabla N°69: Vacuna Virus Papiloma Humano .....	183

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico N°1: Población Comuna de San José de Maipo, según sexo y edad .....	26
Gráfico N°2: Población inscrita validada para 2018, según sexo y edad:.....	28
Gráfico N°3: Población inscrita validada para 2018, según centro:.....	30
Gráfico N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2018, según centro: .....	31
Gráfico N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2018 (corte agosto del mismo periodo) .....	32
Gráfico N°6: Tasa de natalidad periodo 2013-2015 .....	33
Gráfico N°7: Índice de envejecimiento según sexo, 1990-2015. (Porcentaje).....	34
Gráfico N° 8: Personas en situación de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional por zona. 2015 (Porcentaje) .....	40
Gráfico N°9: Personas y Hogares en situación de pobreza por ingresos. 2006-2015 (Porcentaje) .....	41
Gráfico N°10: Contribución de Dimensiones al Índice de Pobreza Multidimensional con Entorno y Redes. 2015 (Porcentaje).....	42
Gráfico N°11: Hogares que registran carencias por indicador y dimensión. 2015 (Porcentaje) .....	43
Gráfico N°12: Años promedio de escolaridad de personas de 15 años o más por sexo. 1990-2015 (Años) .....	44
Gráfico N°13: Distribución de la población de 25 años o más según nivel educacional más alto alcanzado, por tipo de zona. 2015 (Porcentaje) .....	45
Gráfico N°14: Ingreso promedio por nivel educacional y sexo 2015 (\$ noviembre 2015). ..	45
Gráfico N°15: Ingreso promedio por nivel educacional y zona 2015 (\$ noviembre 2015)...	46
Gráfico N°16: Población según afiliación a sistema previsional de salud por tipo de institución, 1990-2015. (Porcentaje).....	47
Gráfico N°19: Porcentaje de población que declara haber tenido un problema de salud en los últimos 3 meses y que recibió atención médica, por zona. ....	49
Gráfico N°20: Porcentaje de personas que recibieron prestaciones de salud en los últimos 3 meses, según tipo de prestación por zona (2015) .....	50
Gráfico N°21: Población que accede a atención médica y que declara haber tenido algún problema de acceso a atención según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2015. (Porcentaje).....	50
Gráfico N° 22: Porcentaje de la población que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema para obtener atención (2015).....	51
Gráfico N°23: Porcentaje de la población que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema de acceso a atención de salud según tipo de problema, por zona (2015) .....	52

Gráfico N°24: Población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que fue cubierta por el sistema GES según sexo, 2013-2015. (Porcentaje) .....	53
Gráfico N°25: Población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que fue cubierta por el sistema GES según institución de salud previsional, 2013-2015. (Porcentaje) .....	53
Gráfico N°26: Tasas de participación, ocupación y desocupación, por quintil. 2015 (Porcentaje) .....	55
Gráfico N°27: Porcentaje de la población ocupada asalariada, por zona. 2015 (Porcentaje). .....	55
Gráfico N°28: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal, por zona y sexo .2015 (Miles de pesos de noviembre de 2015) .....	56
Gráfico N°29: Distribución de los hogares según situación de tenencia de la vivienda*. 2009-2015 (Porcentaje) .....	57
Gráfico N°30: Distribución de hogares propietarios de vivienda según zona por quintil de ingreso autónomo per cápita. 2015. (Porcentaje) .....	58
Gráfico N°31: Composición del déficit habitacional cuantitativo según tipo de requerimiento, por zona. 2009-2015. (Porcentaje) .....	60
Gráfico N°32: Magnitud del déficit cualitativo de vivienda: Requerimientos de mejoramiento material y conservación de vivienda según tipo de requerimiento por zona. 2009-2015. ....	60
Gráfico N°33: Acceso a equipamiento y servicios .....	61
Gráfico N°34: Hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno de la vivienda, por zona. 2015 (Porcentaje).....	62
Gráfico N°35: Distribución de los hogares según la cantidad de tipos de equipamiento disponibles en el entorno de la vivienda, por zona. 2015. (Porcentaje) .....	62
Gráfico N°36: Hogares que declaran que han vivido o presenciado, en los últimos doce meses, situaciones de contaminación ambiental en su área de residencia con frecuencia muchas veces o siempre, por zona (2015) (Porcentaje) .....	63
Gráfico N°37: Porcentaje de núcleos con teléfono fijo por zona (2000 – 2015).....	64
Gráfico N°38: Porcentaje de población de 5 años o más con teléfono móvil por zona (2003 – 2015). ....	65
Gráfico N°39: Porcentaje de hogares con conexión a Internet por zona (2011 – 2015).....	66
Gráfico N°40: Población infantil bajo control (Septiembre, 2018).....	69
Gráfico N°41: Diagnóstico nutricional infantil, según centro de salud.....	69
Gráfico N°42: Diagnóstico nutricional según sexo .....	70
Gráfico N°43: Niños que al control de los 6 meses mantienen lactancia materna exclusiva .....	70

Gráfico N°44: Diagnóstico de desarrollo psicomotor a los 8 meses, según centro .....	71
Gráfico N°45: Diagnóstico de desarrollo psicomotor entre los 12-23 meses, según centro	72
Gráfico N°46: Diagnóstico de desarrollo psicomotor a los 3 años, según centro .....	72
Gráfico N°47: Gestantes con riesgo psicosocial .....	77
Gráfico N°48: Desarrollo integral del niño y niña.....	78
Gráfico N°50: Motivo de ingreso a sala de estimulación.....	79
Gráfico N°51: Distribución de intervenciones.....	80
Gráfico N°53: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-14 años en CJS: .....	85
Gráfico N°54: Factores de riesgo detectados en población adolescente 15-19 años en CJS: .....	86
Gráfico N°55: Compromisos Espacio Amigable 2018 versus Cumplimiento al 31 de agosto 2018.....	88
Gráfico N°56: Atenciones Espacio Amigable 2017 v/s atenciones Espacio Amigable 2018, según sexo .....	89
Gráfico N°57: Embarazo adolescente periodo 2016-2018 .....	90
Gráfico N°58: Población inscrita validada de Adulto y Adulto Mayor .....	96
Gráfico N°59: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR Marta Ríos Cofré).....	96
Gráfico N°60: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR El Volcán) .....	97
Gráfico N°61: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR San Gabriel) .....	97
Gráfico N°62: Ingreso de gestantes, según edad y centro de salud.....	105
Gráfico N°63: Características de las gestantes, según edad y centro de salud.....	106
Gráfico N°64: Ingresos de gestantes, según edad gestacional y centro de salud .....	107
Gráfico N°65: Estado nutricional de gestantes al ingreso a control prenatal .....	108
Gráfico N°67: Cantidad de horas de odontología en APS perteneciente a la Corporación Municipal. ....	123
Gráfico N°68: Cantidad de horas de odontólogo general disponibles, con relación a horas efectivas.....	124
Gráfico N°69: Comparativo de altas odontológicas entre año 2015 y 2018 en lo que respecta a los programas Hombres de escasos recursos y Atención Odontológica a estudiantes de 3ero y 4to medio. ....	126
Gráfico N°70: Cantidad de actividades anuales programadas en Programa Mejoramiento del Acceso Odontológico. ....	127

Gráfico N°71: Población total bajo control periodo 2015-2018 .....	131
Gráfico N°72: Evolución estrategia de disminución de uso de benzodicepinas .....	132
Gráfico N°73: Distribución de trastornos de SMI .....	133
Gráfico N°74: Cumplimiento de Plan de Salud Mental Comunitaria.....	136
Gráfico N°75: Tamizajes DIR aplicados (corte 31 de julio 2018) .....	140
Gráfico N°77: Distribución poblacional por grupo etario Programa de Acompañamiento Psicosocial.....	143
Gráfico N°78: Distribución poblacional según motivo de derivación (porcentaje).....	144
Gráfico N°79: Cumplimiento de Plan de Participación Social 2016-2018 .....	145
Gráfico N°80: Avance Plan de Participación Social periodo 2018 (enero-septiembre).....	146
Gráfico N°81: Ingreso a Programa Vida San según grupo etario periodo 2015-2018.....	151
Gráfico N°82: Causas de ingreso población de infanto – adolescente (2-19 años) .....	151
Gráfico N°83: Causas de ingreso población de adulta (20-64 años) .....	152
Gráfico N°84: Programa Artrosis GES análisis de Población, N° de ingresos periodo 2016-2018.....	158
Gráfico N°85: Distribución población con diagnóstico de artrosis (porcentaje).....	159
Gráfico N°86: Ingresos de usuarios a sale de rehabilitación no artrosis GES.....	161
Gráfico N°87: Comparación N° de talleres realizados en periodo 2017-2018 y números de total de participante respectivos .....	162
Gráfico N°88: Números de sesiones kinésica periodo 2017-2018, incluye proyección diciembre 2018 .....	162
Gráfico N°89: Evolución población bajo control periodo 2017-2018.....	165
Gráfico N°90: Atenciones agudas por edad, PSR MRC .....	166
Gráfico N°91: Distribución de alimentos periodo 2016-2018.....	170
Gráfico N°92: Distribución productos PACAM periodo 2015-2018 .....	171
Gráfico N°93: Distribución promedio de recetas por tipo y centro de salud, año 2018 ....	174
Gráfico N°94: Distribución de prescripciones por grupo de patologías FOFAR .....	174
Gráfico N°95: Resumen de consumos consolidados de medicamentos .....	175
Gráfico N°96: Reportes de RAM comunales .....	177

## FIGURAS

Figura N°1: Resumen lineamiento estratégico, valores corporativos, competencias transversales 22

Figura N°2: Medida ampliada de pobreza multidimensional, con Entorno y Redes ..... 40

## 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 y recuperación 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, Asesores Técnicos y los equipos de salud de cada establecimiento, basados en El Modelo de Salud Familiar (MSF) y en el enfoque de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), con el fin de establecer una estrategia local que de 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

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. El resultado de aplicar procesos de mejora continua, implicará 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. Cumplido este desafío, se detectan nuevas brechas en el contexto de comunas y comunidades rurales saludables, nuestro objetivo como equipo de salud es orientar las políticas nacionales a favorecer el bienestar de los habitantes de las zonas rurales para lograr una mejor calidad vida, colocando el énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Enfermedades Crónicas Transmisibles y Participación Social.

Nuestra ambición consiste en establecer un nuevo paradigma asociado al desarrollo rural, relevando su importancia, dada la importancia que cobran los determinantes sociales en este contexto, todo desde la vereda de la salud, comprendiendo está como eje fundamental del individuo como ser integral con sus dimensiones biopsicosociales, inserto en un contexto que influye y el cual lo influye.

No obstante, sin profundas transformaciones será imposible cumplir las ambiciosas metas, se requiere de convicción y voluntad de los equipos de salud, de la comunidad y por sobre todo de las autoridades (locales y nacionales), que no centren solo los esfuerzos en el desarrollo de los centros de salud, sino también en impulsar la productividad y crear empleos no precarizados o reducir las desigualdades étnicas, la contaminación del agua, la deforestación y la destrucción de la

biodiversidad, por poner algunos ejemplos. Por nuestra parte continuaremos firmes en esta lucha diaria, por relevar la importancia de la Atención Primaria y la Salud Rural de nuestro país.

## **PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2019**

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 cajonina. 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 el primer centro asistencial nombrado la Posta que centraliza los procesos. Además, de estas tres Postas Rurales la CMSJM administra la sala mixta IRA/ERA comunal. Se debe considerar además el Centro de Responsabilidad Abierta dependiente del SSMSO. Estos dispositivos conforman la Red Local Sanitaria, teniendo como primera referencia el CHSJM (mediana complejidad) 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, dada 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; además de encontrarse inserto en un ambiente físico, social y cultural, con el cual se produce una relación bidireccional. 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. La Corporación Municipal de Educación y Salud, 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. El PLADECO 2010-2014 (la actualización ya se encuentra en confección), define la siguiente imagen objetivo:

Permitir definir y llevar a cabo una gestión basada en una estrategia de desarrollo local sustentable en el tiempo y que además esté acorde a las estrategias de desarrollo regional y nacional, abarcando tanto el desarrollo social y económico, como la seguridad ciudadana, los servicios públicos, educación, salud y vivienda, el medio ambiente; la reforma institucional, y por supuesto, aunque de manera genérica, el ordenamiento territorial. Dicho de otra manera es la carta de navegación del desarrollo en la comuna y que debe contemplar las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico y cultural; considerando en sus lineamientos variables, tales como, perspectiva de género, migración, diversidad sexual, vale decir, todo escenario emergente y la participación comunitaria tanto en el diagnóstico participativo como en la definición de la imagen objetivo comunal, los objetivos estratégicos, las políticas comunales y en la definición de los planes, programas y proyectos emblemáticos que la Ilustre Municipalidad impulse.

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 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.

El Alcalde, Don Luis Pezoa Álvarez como máxima autoridad comunal, define como lineamiento estratégico o política de la atención en salud, la “equidad” a las personas que son usuarios de los Centros de Salud Primaria de dependencia Corporativa. Cuando hablamos sobre la equidad en salud, nos referimos a erradicar las desigualdades que afectan a grupos de personas, debido a su edad, nacionalidad o etnia, por su bajo nivel de ingresos u otras vulnerabilidades, para que todos tengamos acceso justo e igualitario a oportunidades que nos permitan gozar de buena salud. Encaminados, hacia una gestión centrada en las personas, la humanización de la atención, se apropia de crecientes procesos clínicos y se instala en la gestión del área.

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 ESTRATÉGICO**

### **EQUIDAD EN SALUD**

La OMS, la define como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente. Se trata de disminuir las inequidades que son evitables, tales como, de accesibilidad y oportunidad de respuesta del sistema, acercando la salud a los sectores donde habitan los usuarios. Serán los equipos de salud que se desplazarán con la atención, hacia aquellas comunidades o sectores rurales y/o urbanos más vulnerables. Se elaborarán y desarrollarán programas o proyectos de intervención dirigidos a usuarios que presentan condición de vulnerabilidad, tales como, socioeconómica (beneficiarios Chile Solidario), por grupo etario (tercera edad) o por condición de salud (dependencia severa, discapacidades, enfermedades catastróficas, problemas de salud mental, entre otras). Desde el punto de vista organizacional, la equidad se define como: observar una actitud deferente, igualitaria y preocupada con todos y cada uno de los usuarios internos y externos de los dispositivos sanitarios de la atención abierta de nuestro territorio.

Una forma de garantizar una salud pública más equitativa es a partir de las leyes N°20584 y la N°19966, Ley de Derechos y Deberes de los usuarios y Ley Garantías Explícitas en Salud, respectivamente:

La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes establece tal como su nombre indica cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado, viniendo a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país, los usuarios.

Por otra parte Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados para las personas afiliadas a FONASA o Isapre, permitiendo el acceso, la calidad, la oportunidad y protección financiera para un conjunto de prestaciones médicas que permiten enfrentar las enfermedades y condiciones definidas en dicho documento.

La existencia de inequidades o diferencias prevenibles e injustas en salud es una realidad indiscutible, que se intenta abordar con acciones como por ejemplo las legislaciones anteriormente mencionadas. La principal forma de observar las desigualdades injustas es por medio de la Posición Socio-Económica (PSE), aunque otras variables como los determinantes sociales de la salud, podrían ser también utilizados. Respecto de las inequidades en morbilidad según PSE, existen dos fenómenos de relevancia. Primero, la "brecha" en la morbilidad entre aquellos en mejor y peor PSE en el país, que genera por ejemplo un exceso importante (e injusto) de muertes en la población infantil y adulta chilena cada año. El segundo fenómeno corresponde a la existencia de la fina gradiente social en salud. Esto determina que existe un continuo entre PSE y morbilidad, y no que los malos resultados están solamente concentrados en el grupo que está peor. En otras palabras, la población en su conjunto se ve deteriorada en su salud cuando presenta desigualdades sociales y no sólo aquellos más vulnerables que se encuentran en el estrato más bajo de PSE. En consecuencia, el acortamiento de brechas de resultados en salud entre personas pertenecientes a distintos niveles de PSE resulta ser un objetivo trascendental a desarrollar. La búsqueda de la equidad en salud obliga entonces a enfrentar los desequilibrios producidos por las formas

específicas de organización de la sociedad y la desigual distribución de poder, prestigio y recursos entre las clases sociales, generados a través de procesos de determinación social e históricos que tienen como consecuencia que determinados sectores de la sociedad no puedan alcanzar un buen vivir precisamente por la forma en que se organizan las relaciones sociales.

La equidad en salud para los usuarios se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información que recibe durante la atención de salud, el derecho a contar con asistencia técnica y profesional, y un equipo de salud con competencias técnicas, comprometido, responsable y con la oportunidad de la atención.

## **VALORES CORPORATIVOS**

### **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 básicos. 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.”*

### **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.

### **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 conciencia 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 atención a la población (directivos, administrativos, auxiliares de servicios, etc.), se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos.

## **COMPETENCIAS TRANSVERSALES**

### **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.

### **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.

### **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.

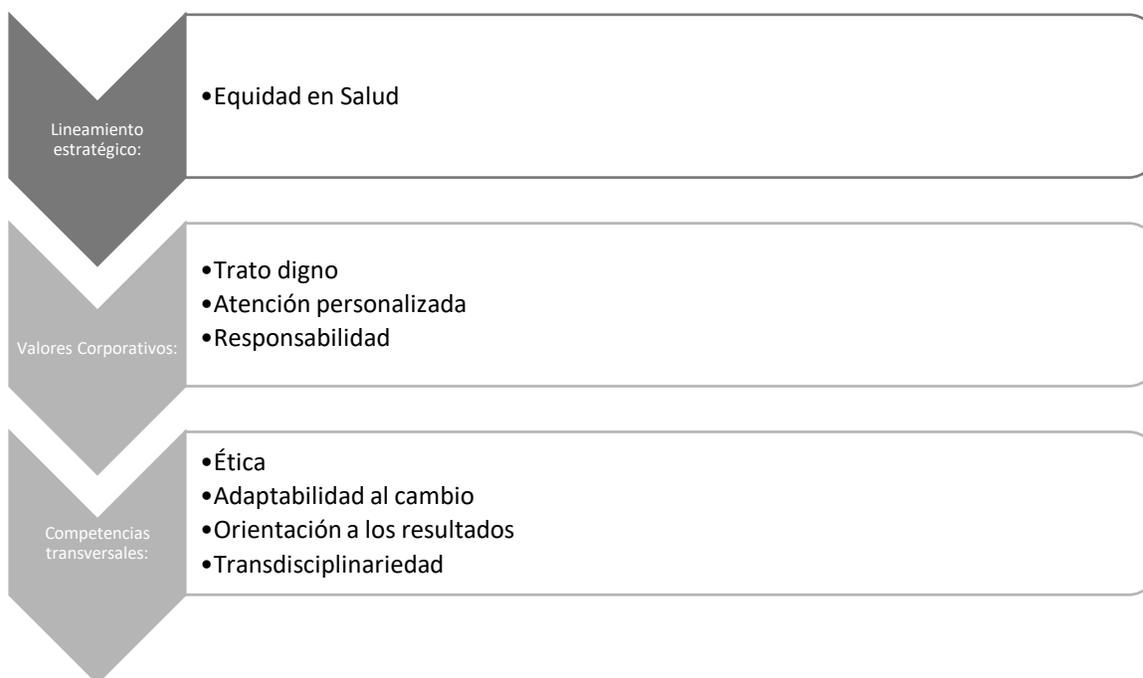
### **TRABAJO TRANSIDISCIPLINAR**

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 hacia la EQUIDAD EN SALUD RURAL, comparando los estándares de vida en el sector urbano versus el sector rural (general nacional) a partir de los determinantes sociales, diagnosticando necesidades donde está Área de Salud pueda intervenir, levantando brechas y proponiendo planes de mejora continua para dar respuesta a la población. 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 de la equidad en salud, con enfoque en los determinantes sociales.

**Figura N°1: 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”.

## DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y COMUNAL

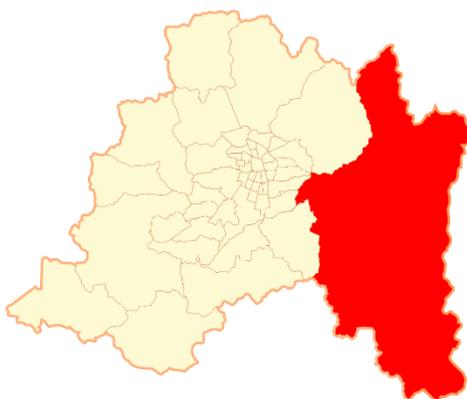
La comuna de San José de Maipo, se ubica en la Región Metropolitana de Santiago, Provincia Cordillera, en el sector Sur Oriente de la Región. Su ubicación absoluta es en los 70° 20' de longitud oeste y los 33° 39' de latitud sur.

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.

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

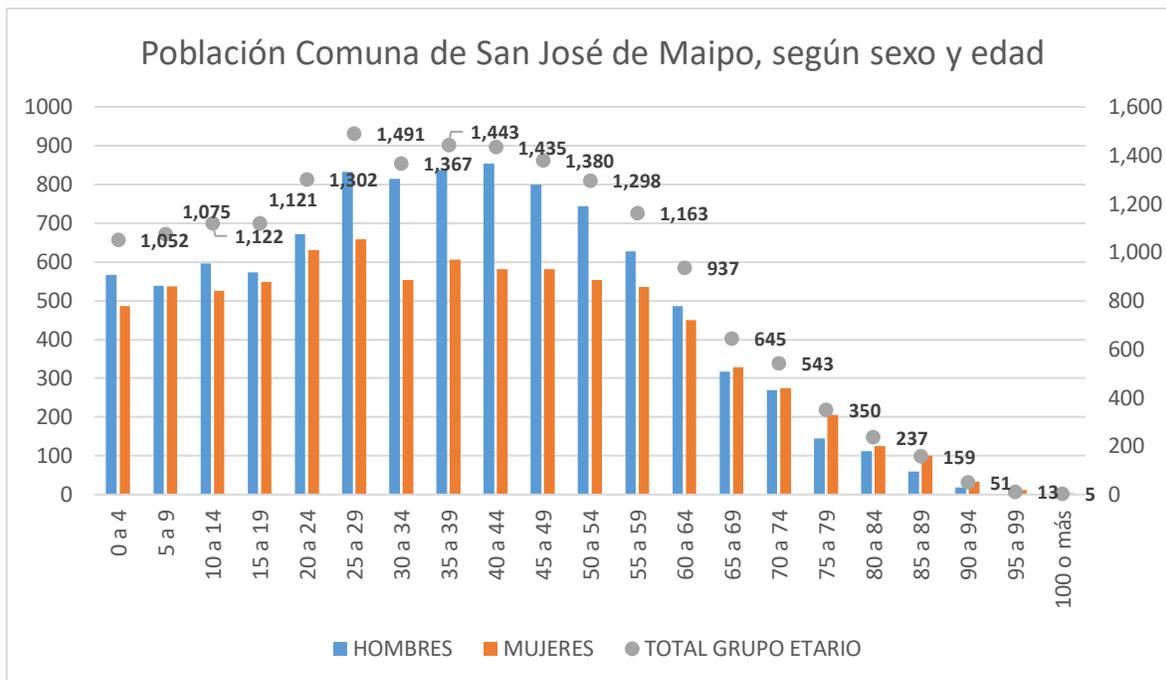
La población total de la comuna de San José de Maipo, es de 18.198 habitantes que representa el 0.26% del total regional (Censo de Población y Vivienda de 2017). La composición por sexo es de 9861 hombres y 8328 mujeres, que representa un 54.2% y 45.8% respectivamente. (Tabla N°1)

**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.

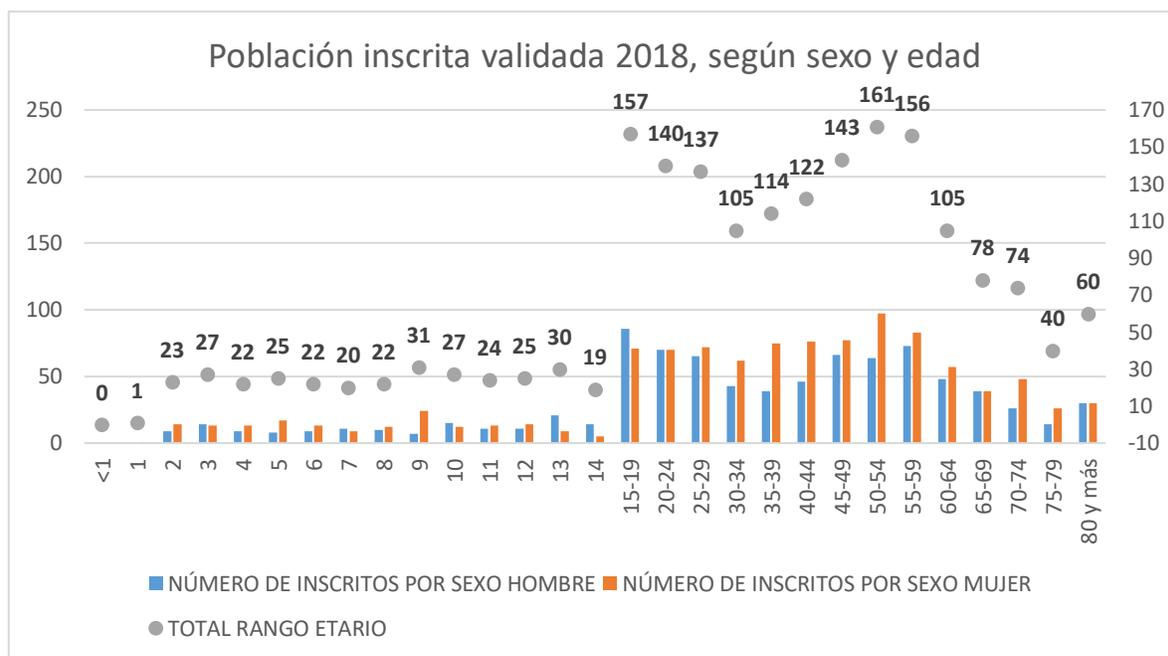
El análisis poblacional nos muestra que estamos frente a una población mayoritariamente de adultos 65% (11.816), representando los adolescentes 12.3% (2.243), la población infantil con un 11.7% (2.127), y el adulto mayor 11% (2003) del total de habitantes comunales. (Tabla N°1 y Gráfico N°1).

**Tabla N°2: Población inscrita validada para 2018, según sexo y edad:**

GRUPOS ETÁRIOS	NÚMERO DE INSCRITOS POR SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
<1	0	0	0
1	0	1	1
2	9	14	23
3	14	13	27
4	9	13	22
5	8	17	25
6	9	13	22
7	11	9	20
8	10	12	22
9	7	24	31
10	15	12	27
11	11	13	24
12	11	14	25
13	21	9	30
14	14	5	19
15-19	86	71	157
20-24	70	70	140
25-29	65	72	137
30-34	43	62	105
35-39	39	75	114
40-44	46	76	122
45-49	66	77	143
50-54	64	97	161
55-59	73	83	156
60-64	48	57	105
65-69	39	39	78
70-74	26	48	74
75-79	14	26	40
80 y más	30	30	60
<b>TOTAL</b>	<b>858</b>	<b>1052</b>	<b>1910</b>

*Fuente: FONASA, febrero 2018.*

**Gráfico N°2: Población inscrita validada para 2018, según sexo y edad:**



*Fuente: FONASA, febrero 2018.*

El análisis poblacional nos muestra que estamos frente a una población mayoritariamente de adultos 67.1% (1.183), representando los adolescentes 14.7% (2.282), la adulta mayor con un 13.2% (252), y la población infantil 10.1% (193) del total de inscritos validados para el 2018. (Tabla N°2– Gráfico N°2).

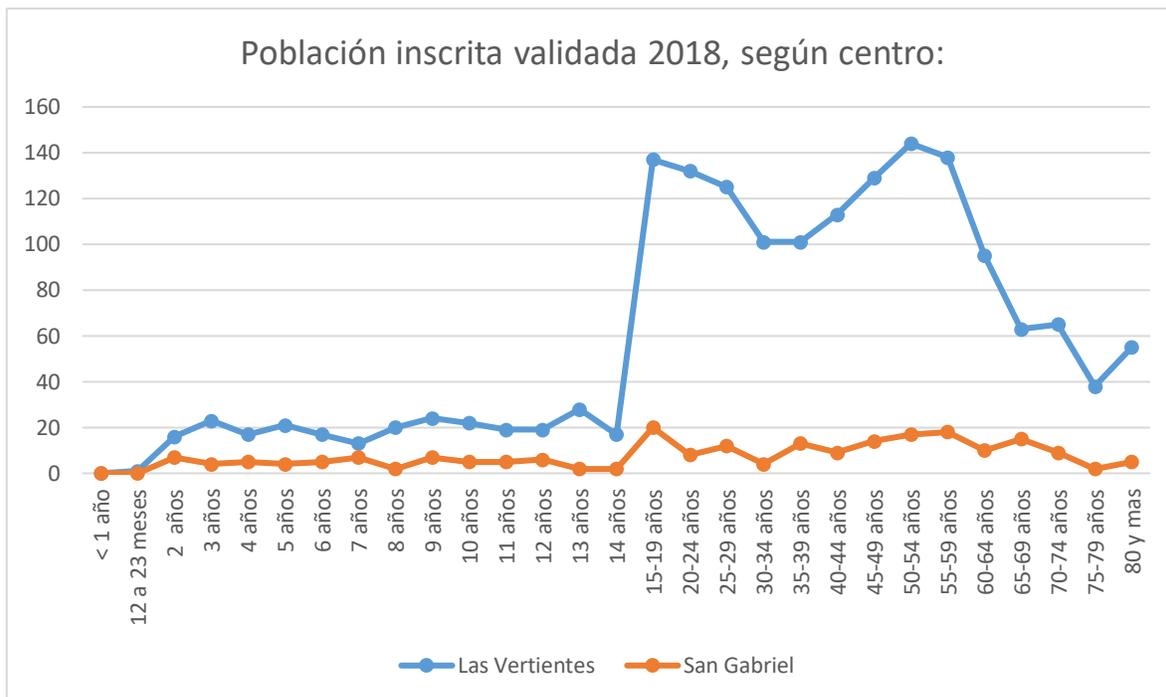
Considerar que la población adulta es a su vez también la que se ve representada por el rango etario más amplio (25-64 años), pero su proporción no deja de ser ampliamente mayoritaria frente a los otros grupos etarios. Este grupo corresponde por lo general a la población activa económicamente y por ende 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, sábado de 09:00-13:00 PSR San Gabriel.

**Tabla N°3: Población inscrita validada para 2018, según centro:**

Grupo Etario	Las Vertientes	San Gabriel
< 1 año	0	0
12 a 23 meses	1	0
2 años	16	7
3 años	23	4
4 años	17	5
5 años	21	4
6 años	17	5
7 años	13	7
8 años	20	2
9 años	24	7
10 años	22	5
11 años	19	5
12 años	19	6
13 años	28	2
14 años	17	2
15-19 años	137	20
20-24 años	132	8
25-29 años	125	12
30-34 años	101	4
35-39 años	101	13
40-44 años	113	9
45-49 años	129	14
50-54 años	144	17
55-59 años	138	18
60-64 años	95	10
65-69 años	63	15
70-74 años	65	9
75-79 años	38	2
80 y mas	55	5
<b>TOTAL</b>	<b>1694</b>	<b>217</b>

*Fuente: FONASA, febrero 2018.*

**Gráfico N°3: Población inscrita validada para 2018, según centro:**



*Fuente: FONASA, febrero 2018.*

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 88,7% mientras que PSR San Gabriel constituye el 11.3% restante.

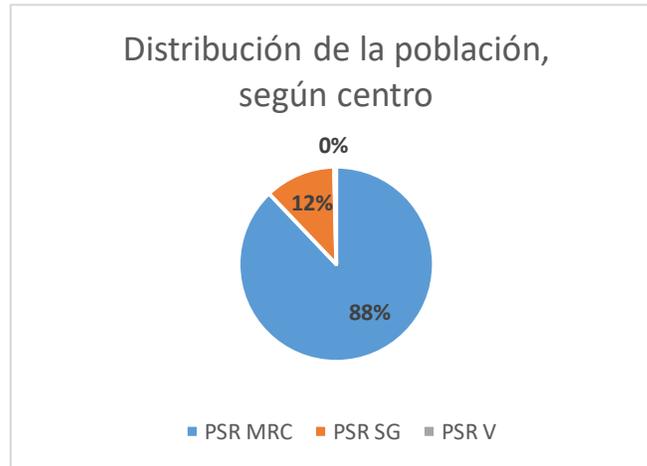
No se cuenta con el dato de la población de Posta de Salud Rural de Volcán, se levanta como brecha para el año 2019, para incorporarlo al plan de salud 2020.

**Tabla N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2018, según centro:**

ESTABLECIMIENTO	TOTAL AUTORIZADOS
PSR MRC	2036
PSR SG	272
PSR V	8
<b>TOTAL</b>	<b>2316</b>

*Fuente: FONASA, 31 agosto 2018.*

**Gráfico N°4: Población inscrita validada corte 31 de agosto 2018, según centro:**



*Fuente: FONASA, 31 agosto 2018.*

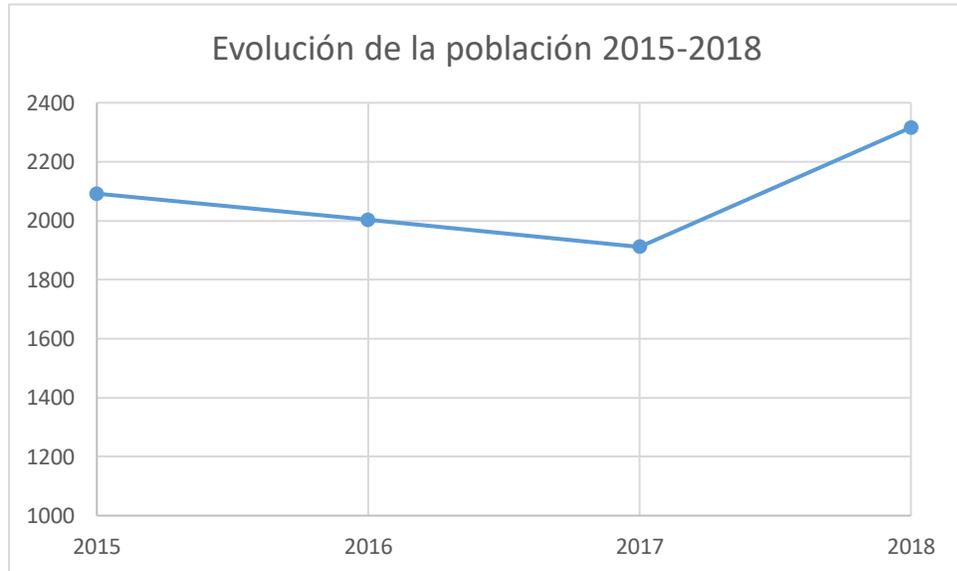
El presente año FONASA ha validado 2316 en corte a 31 de agosto de 2018. Observándose un incremento de 17.6% en relación a la población inscrita validada para 2018 (referencia febrero 2018).

**Tabla N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2018 (corte agosto del mismo periodo)**

TOTAL AUTORIZADOS	
<b>2015</b>	2091
<b>2016</b>	2003
<b>2017</b>	1911
<b>2018</b>	2316

*Fuente: FONASA, agosto años respectivos, 2018.*

**Gráfico N°5: Evolución población inscrita validada 2015-2018 (corte agosto del mismo periodo)**



*Fuente: FONASA, agosto años respectivos, 2018.*

La población inscrita en nuestros centros asistenciales en el periodo 2015-2017 tuvo una tendencia a la baja, revirtiéndose en el último año.

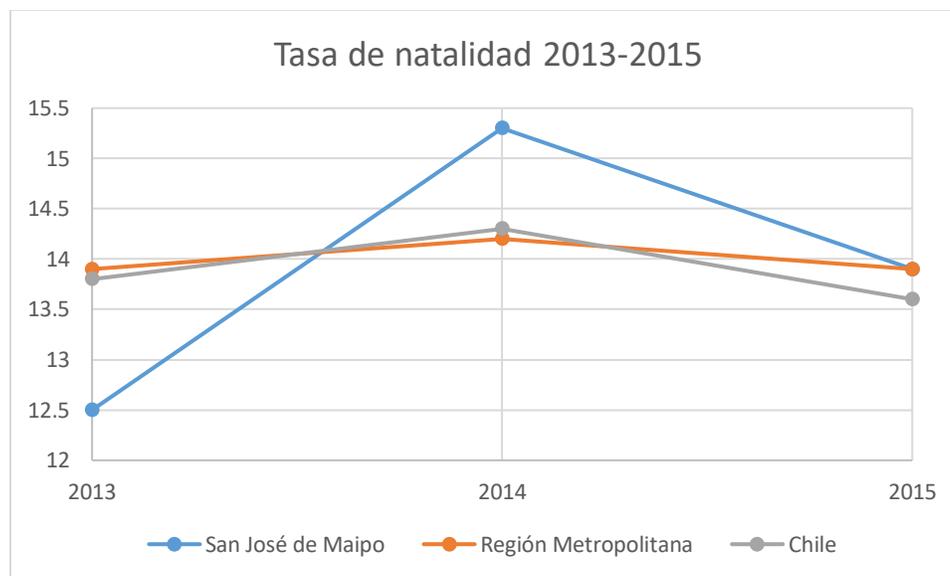
## INDICADORES DEMOGRÁFICOS

**Tabla N°6: Tasa de natalidad periodo 2013-2015**

	2013	2014	2015
San José de Maipo	12,5	15,3	13,9
Región Metropolitana	13,9	14,2	13,9
Chile	13,8	14,3	13,6

*Fuente: INE, DEIS 2016.*

**Gráfico N°6: Tasa de natalidad periodo 2013-2015**



*Fuente: INE, DEIS, 2016.*

Las figuras anteriores (Tabla N°6 y Gráfico N°6) 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.

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.

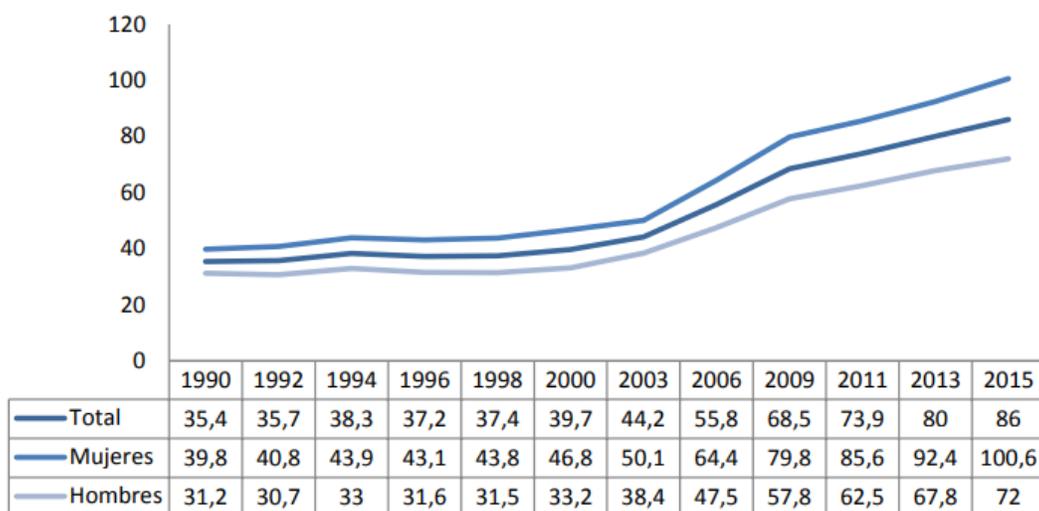
**Tabla N°7: Tasa Global de fecundidad (TGF) periodo 2013-2015**

	2013	2014	2015
<b>REGIÓN METROPOLITANA</b>	1,8	1,8	1,8
<b>CHILE</b>	1,8	1,8	1,8

Fuente: INE, DEIS 2016.

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 2013-2015. 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.

**Gráfico N°7: Índice de envejecimiento según sexo, 1990-2015. (Porcentaje).**



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

El Gráfico N°7 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.

**Tabla N°8: Mortalidad general**

	TOTAL GENERAL DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD GENERAL
CHILE	104.026	571.8
REGIÓN METROPOLITANA	39.283	530.9
SAN JOSÉ DE MAIPO	102	673.3

Fuente: INE, DEIS 2016.

A partir de la Tabla N°8 podemos concluir que el número de defunciones de la Comuna de San José de Maipo representa un 0.01% 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: Mortalidad infantil**

	Menor de 1 año	TM infantil	Menor de 7 días	TM neonatal precoz	Menor de 28 días	TM neonatal	Entre 28 días y 11 meses	TM pos neonatal
CHILE	1629	7.0	956	4.1	1213	5.2	416	1.8
RM	643	6.6	378	3.9	484	5.0	159	1.6
SJM	1	4.7	1	4.7	1	4.7	0	0

Fuentes: DEIS, INE, 2016.

A partir de la Tabla N°9 podemos extraer que en San José de Maipo hay poca mortalidad infantil, en todos sus componentes. La única tasa que supera el promedio nacional y regional es la TM neonatal precoz (menores de 7 días de vida).

**Tabla N°10: Mortalidad 60 años y más**

	TOTAL GENERAL
CHILE	81799
REGIÓN METROPOLITANA	30956
SAN JOSÉ DE MAIPO	82

Fuentes: DEIS, INE, 2016.

De la Tabla N°10 se puede desprender que la muerte de personas de 60 o más años en la Comuna de San José de Maipo, representa el 0.1% del total nacional y el 0.26% del total regional.

**Tabla N°11: Número de Años Potencialmente Perdidos y Tasa**

	TOTAL GENERAL AVPP	TAVPP
<b>CHILE</b>	1.252.220	67.3
<b>REGIÓN METROPOLITANA</b>	458.188	61.9
<b>SAN JOSÉ DE MAIPO</b>	1137	75.4

Fuentes: DEIS, INE, 2016.

Las observaciones que se puede realizar de la Tabla N° 11 consisten básicamente en que el número de AVPP de la Comuna de San José de Maipo representa un 0.1% del total nacional y un 0.25% del total regional. No obstante, 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.

**Tabla N°12: Defunciones por accidentes de tránsito según sexo. Chile, 2016**

	Total general		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	% de total Defunciones	Defunciones	% de total Defunciones	Defunciones	% de total Defunciones
Accidentes de tránsito						
Total general	2.150	100,0%	1.675	77,9%	475	22,1%
Accidentes de transportes aéreos y espacial	7	100,0%	5	71,4%	2	28,6%
Accidentes de transportes por agua	10	100,0%	10	100,0%		
Autobus	41	100,0%	27	65,9%	14	34,1%
Automóvil	531	100,0%	383	72,1%	148	27,9%
Camioneta o Fugoneta	174	100,0%	130	74,7%	44	25,3%
Ciclista	91	100,0%	84	92,3%	7	7,7%
Motociclista	183	100,0%	166	90,7%	17	9,3%
Otros accidentes de transporte terrestre	219	100,0%	178	81,3%	41	18,7%
Peatón	785	100,0%	589	75,0%	196	25,0%
Tren o vehículos de rieles	34	100,0%	28	82,4%	6	17,6%
Vehículo de transporte pesado	75	100,0%	75	100,0%		

Fuentes: DEIS, INE, 2016

Entre los datos que se pueden extraer a partir de la Tabla N°12 son:

- Los principales accidentes de tránsito con resultado de defunción son de tipo terrestre, automóvil, motocicletas y camionetas, respectivamente.
- Los principales lesionados son peatones.
- Los hombres representan el 77.9% de las defunciones en comparación con el 22.1% de las mujeres.

**Tabla N°13: Defunciones por accidentes de tránsito según sexo. Región Metropolitana de Santiago, 2016.**

Accidentes de tránsito	Total general		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	% de total Defunciones	Defunciones	% de total Defunciones	Defunciones	% de total Defunciones
Total general	641	100,0%	484	75,5%	157	24,5%
Accidentes de transportes aéreos y espacial	5	100,0%	4	80,0%	1	20,0%
Autobus	13	100,0%	10	76,9%	3	23,1%
Automóvil	141	100,0%	102	72,3%	39	27,7%
Camioneta o Fugoneta	25	100,0%	19	76,0%	6	24,0%
Ciclista	25	100,0%	24	96,0%	1	4,0%
Motociclista	66	100,0%	61	92,4%	5	7,6%
Otros accidentes de transporte terrestre	62	100,0%	50	80,6%	12	19,4%
Peatón	273	100,0%	186	68,1%	87	31,9%
Tren o vehículos de rieles	10	100,0%	7	70,0%	3	30,0%
Vehículo de transporte pesado	21	100,0%	21	100,0%		

*Fuentes: DEIS, INE, 2016*

Entre los datos que se pueden extraer a partir de la Tabla N°13 son:

- Los principales accidentes de tránsito con resultado de defunción son de tipo terrestre, automóvil, motocicletas, mientras que camionetas y ciclistas comparten el tercer lugar, respectivamente.
- Los principales lesionados siguen siendo peatones.
- Los hombres representan el 75.5% de las defunciones en comparación con el 24.5% de las mujeres.
- Todas tendencias similares a las cifras nacionales.

**Tabla N°14: Defunciones y Mortalidad General según área urbano-rural, por Región. Chile Año 2016**

Región de Res	%	Total general		Urbano		Rural	
		Defunciones	Tasa Mortalidad	Defunciones	Tasa Mortalidad	Defunciones	Tasa Mortalidad
Total general		104.026	5,7	90.010	5,7	14.016	6,1
Metropolitana de Santiago		39.283	5,3	38.075	5,3	1.208	5,4
Del Maule		6.573	6,3	4.718	6,6	1.855	5,5
Del Libertador B. O'Higgins		5.556	6,0	4.048	6,1	1.508	5,8
Del Biobío		12.803	6,0	10.321	5,9	2.482	6,7
De Valparaíso		12.377	6,7	11.414	6,7	963	6,4
De Tarapacá		1.437	4,2	1.376	4,2	61	4,1
De Magallanes y de La Antártica Chilena		1.069	6,5	1.041	6,8	28	2,4
De Los Ríos		2.690	6,6	1.852	6,6	838	6,6
De Los Lagos		5.054	6,0	3.368	5,7	1.686	6,6
De La Araucanía		6.563	6,6	4.288	6,3	2.275	7,2
De Coquimbo		4.297	5,5	3.546	5,6	751	5,0
De Atacama		1.528	4,8	1.390	4,8	138	5,5
De Arica y Parinacota		1.269	5,2	1.200	5,3	69	4,4
De Antofagasta		3.050	4,8	2.982	4,8	68	5,1
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo		477	4,4	391	4,4	86	4,3

*Fuente: DEIS, INE, 2016.*

A partir de la Tabla N°14 se observa la amplia diferencia entre el número defunciones y mortalidad general de las zonas urbanas versus las zonas rurales, esto principalmente dada la densidad demográfica dispar entre ambas. Sin embargo, se destaca que la tasa de mortalidad en zonas rurales es significativamente mayor que las de las zonas rurales, siendo de un 6,1 y 5,7 respectivamente.

## **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.

## **POBREZA**

Inicialmente cabe destacar que para la Encuesta CASEN 2015 se actualizó la medición de la pobreza por ingresos, poniendo al día los patrones de consumo de la población y considerando las economías de escala en el consumo de las familias. De modo sintético, algunas de las principales modificaciones realizadas a la metodología de medición de pobreza por ingresos fueron las siguientes:

- Actualización de la Canasta Básica de Alimentos empleada para la determinación de las líneas de pobreza, a fin de reflejar los hábitos de consumo prevalecientes en la población.
- El cambio del indicador de bienestar de los hogares, reemplazando el concepto de ingreso per cápita por el ingreso por persona equivalente o ingreso equivalente del hogar, que reconoce la existencia de economías de escala en el consumo al interior de los hogares.
- El establecimiento de líneas de pobreza y de pobreza extrema sin diferenciación por zona urbana y rural.
- La suspensión de la práctica de ajustar los ingresos de los hogares recogidos por la Encuesta CASEN a la Cuenta de Ingresos y Gastos de los Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN).

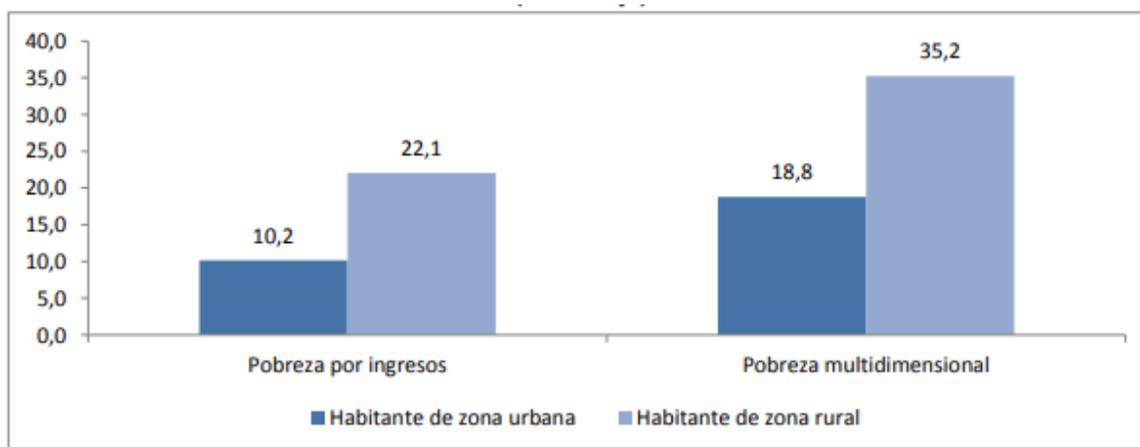
Asimismo, se realizó con la medición de pobreza multidimensional, ahora considerando 5 dimensiones del bienestar: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, Redes y Cohesión Social. Por su parte, incorporar la mirada multidimensional en la medición de pobreza significa reconocer que, además de la falta de ingresos, la pobreza también se expresa en un conjunto de carencias en dimensiones fundamentales del bienestar.

**Figura N°2: Medida ampliada de pobreza multidimensional, con Entorno y Redes**



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social.*

**Gráfico N° 8: Personas en situación de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional por zona. 2015 (Porcentaje)**



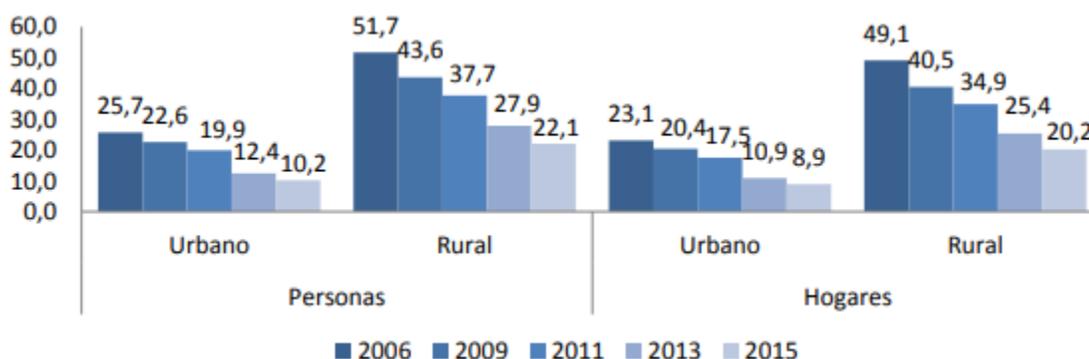
*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

El análisis por zona de residencia, urbana y rural, muestra que los habitantes de las zonas urbanas tienen menores tasas de pobreza que los habitantes de las zonas rurales, tanto por ingresos como multidimensional, un 10,2% y un 18,8% versus 22,1% y 35,2%, respectivamente. (Gráfico N°8).

La reflexión permite desplegar la necesidad de políticas públicas que se orienten tanto al combate de la pobreza como de la desigualdad, instalando socialmente la noción de calidad de vida integral.

Desde una mirada de conjunto, hemos avanzado en transformaciones que buscan responder al anhelo de las personas de vivir en un país con mayores derechos, más oportunidades, más inclusivo y menos desigual.

**Gráfico N°9: Personas y Hogares en situación de pobreza por ingresos. 2006-2015 (Porcentaje)**



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

Aun cuando la incidencia de la pobreza es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, tanto a nivel de personas como de hogares, la tendencia en el periodo 2006-2015, ha sido de una reducción significativa y sostenida en las tasas de pobreza por ingresos para ambas zonas tanto a nivel de personas como de hogares. (Gráfico N°9)

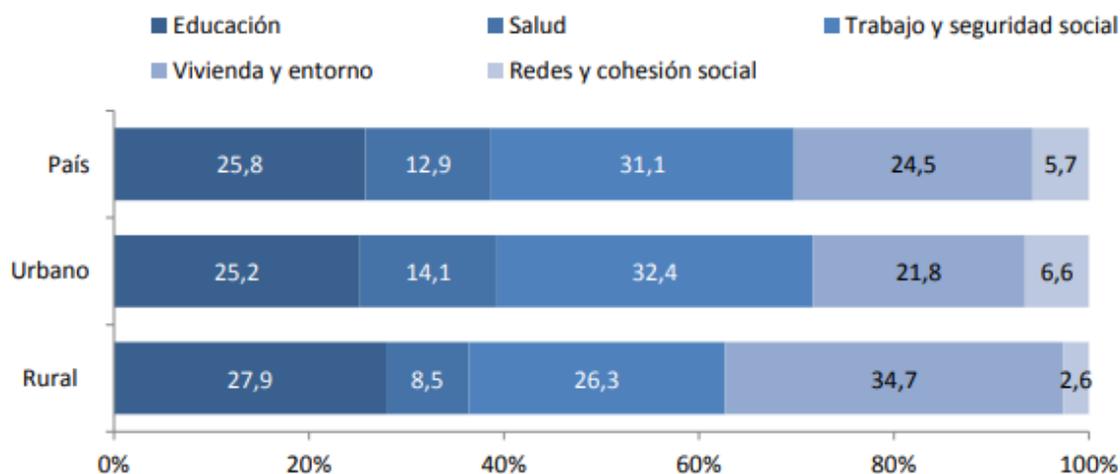
**Tabla N°15: Personas en situación de pobreza multidimensional, por zona. 2009-2015 (Porcentaje)**

Región	Medición con cuatro dimensiones				Medición con entorno y redes
	2009	2011	2013	2015	2015
Urbano	25,0	21,5	18,3	17,5	18,8
Rural	44,0	43,0	35,0	30,6	35,2
<b>Total</b>	<b>27,4</b>	<b>24,3</b>	<b>20,4</b>	<b>19,1</b>	<b>20,9</b>

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

A nivel de zonas, la incidencia de la pobreza es mayor en la zona rural que en la urbana, tanto para el año 2015, que incluye la dimensión entorno y redes, como para el resto de años analizados con la medición con solo cuatro dimensiones (Tabla N°15). Del mismo modo, la disminución de la pobreza multidimensional es una tendencia observada tanto en zonas urbanas como rurales, de acuerdo a la medición con cuatro dimensiones. En el caso de zonas rurales, la disminución es más pronunciada, pasando de 44,0% en 2009 a 30,6% en 2015 a nivel de población. Por su parte, en la población que reside en zonas urbanas, la pobreza disminuye de 25,0% a 17,5% en el período considerado.

**Gráfico N°10: Contribución de Dimensiones al Índice de Pobreza Multidimensional con Entorno y Redes. 2015 (Porcentaje)**

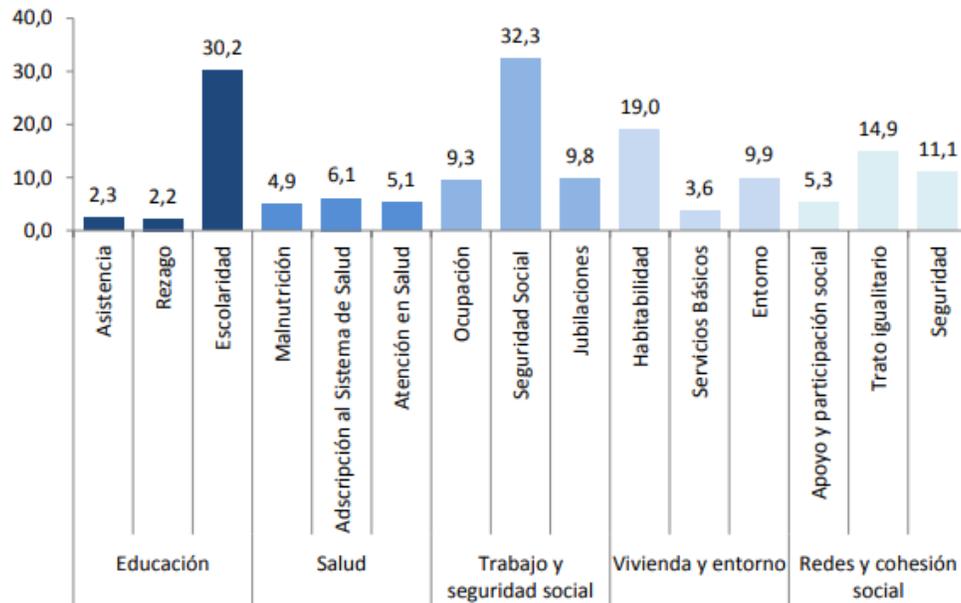


*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

En el Gráfico N°10 se observa que la dimensión con mayor peso relativo en la medida ampliada de pobreza multidimensional es Trabajo (31,1%), seguida por la dimensión Educación (25,8%) y luego por la dimensión de Vivienda y Entorno (24,5%). En tanto, las dimensiones con menor peso relativo son Salud (12,9%) y Redes y Cohesión Social (5,7%).

La pobreza se manifiesta de distintas formas entre los territorios y las poblaciones. Utilizando la descomposición antes mencionada, la dimensión de Vivienda y Entorno tiene la mayor contribución relativa en la pobreza en la zona rural (34,7%). En cambio, en la zona urbana es la dimensión de trabajo y seguridad social, la que contribuye en mayor medida (32,4%) a la situación de pobreza. En ambos territorios, las redes y cohesión social es la dimensión con menor peso relativo, sin embargo tiene una mayor contribución en la población urbana (6,6%) en comparación a la zona rural (2,6%).

**Gráfico N°11: Hogares que registran carencias por indicador y dimensión. 2015 (Porcentaje)**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

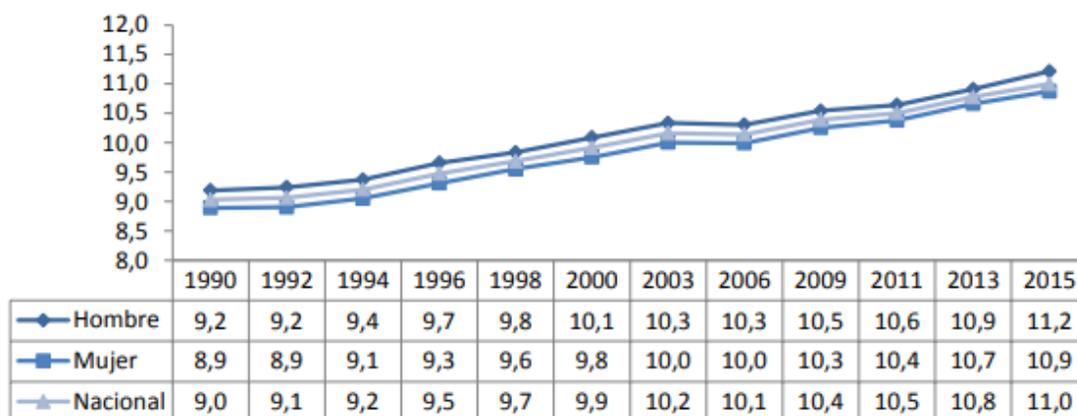
El Gráfico N°11 presenta un resumen de la incidencia de carencias en hogares para los indicadores específicos utilizados en cada dimensión al año 2015. Respecto de la dimensión educación, se observa que 2,3% de los hogares contaba con al menos un miembro que presentaba carencia en el indicador de Asistencia, un 2,2% presentaba carencias en el indicador de Rezago Escolar y el 30,2% presentaba carencia en el indicador de Escolaridad. En cuanto a los indicadores de salud, para el mismo año, el 4,9% de los hogares contaba con al menos un niño(a) que presentaba carencia en el indicador de Malnutrición, un 6,1% de los hogares contaba con algún miembro con carencia en el indicador de Adscripción al sistema de salud y el 5,1% presentaba carencia en el indicador de Atención en salud. En relación a los indicadores de trabajo y seguridad social, el 9,3% de los hogares contaba con al menos un miembro del hogar con carencia en el indicador de Ocupación, un 32,3% de los hogares contaba con algún miembro con carencia en el indicador de Seguridad Social y el 9,8% presentaba carencia en el indicador de Jubilaciones. En la dimensión de Vivienda y Entorno, el 19,0% de los hogares presentaba carencia en el indicador de Habitabilidad, un 3,6% presentaba carencia en el indicador de Servicios Básicos y un 9,9% en el indicador de Entorno. Finalmente, en cuanto a la dimensión de Redes y Cohesión social, 5,3% de los hogares es carente en Apoyo y participación social, un 14,9% de al menos un miembro del hogar ha sido carente en Trato Igualitario, y un 11,1% es carente en el indicador de Seguridad.

## EDUCACIÓN

Uno de los indicadores más relevantes en términos educativos corresponde a la escolaridad de la población, que se define como el número de años de estudio en promedio con que cuentan las personas. Según información de CASEN 2015, la escolaridad promedio en la población de 15 años o más alcanzó los 11,0 años de estudio (Gráfico N°12), lo que representa un aumento estadísticamente significativo en comparación con el año 2013. Asimismo, si se toma en cuenta la serie de datos desde 1990 a 2015, se observa un aumento promedio de dos años de estudio en la población de 15 años o más.

La escolaridad muestra aumentos significativos tanto en hombres como en mujeres, así como en todos los grupos etarios. No obstante, persiste una brecha por género ya que los hombres alcanzan, en promedio, 0,3 años de estudio más que las mujeres en la población de 15 años o más

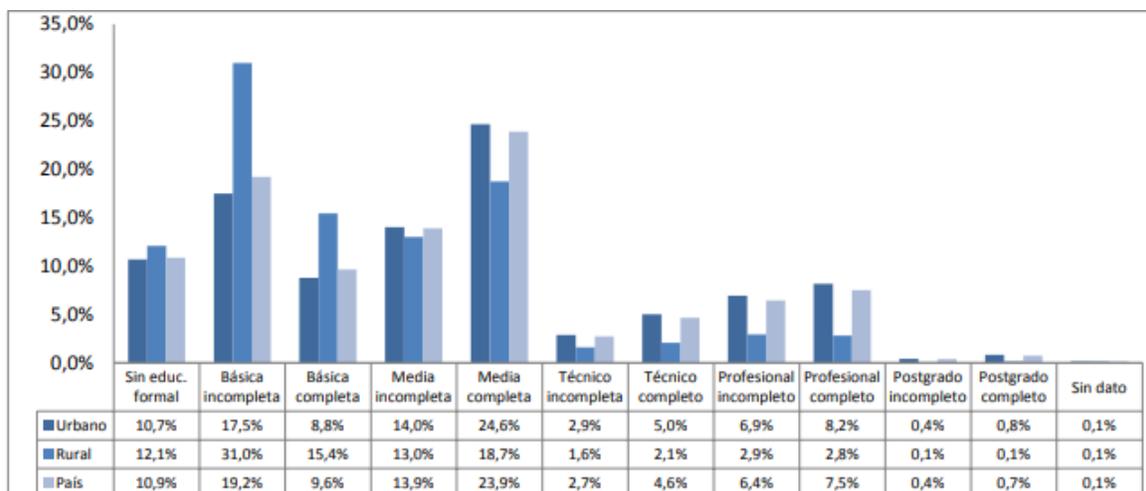
**Gráfico N°12: Años promedio de escolaridad de personas de 15 años o más por sexo. 1990-2015 (Años)**



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

Respecto de los datos obtenidos del Gráfico N°12 se puede apreciar que el número de años de escolaridad promedio ha tenido un aumento sostenido a lo largo de los años, de 9,0 en 1990 a 11,0 en el 2015 (promedio nacional). Sin embargo, existe una diferencia importante según sexo (también históricamente). Las últimas cifra entregadas muestran que el promedio de escolaridad en 2015 para un hombre es de 11.2 años, mientras que las mujeres solo alcanzan 10.9 años.

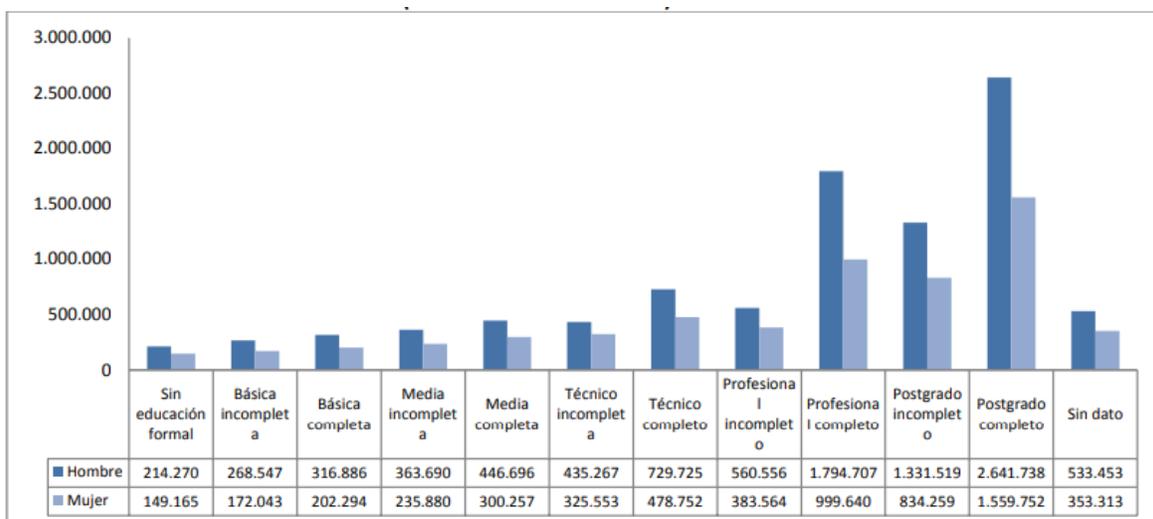
**Gráfico N°13: Distribución de la población de 25 años o más según nivel educacional más alto alcanzado, por tipo de zona. 2015 (Porcentaje)**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Con respecto al nivel educacional más alto alcanzado, tal como es posible observar en el Gráfico N° 13, existe una brecha según la zona de residencia de las personas. Se evidencia un mayor porcentaje de personas que no tienen educación formal en las zonas rurales (un 12,1% en zona rural versus un 10,7% en zonas urbanas). Esta información se complementa con que la mayoría de población rural tiene como nivel máximo alcanzado el de básica incompleta, mientras que en las zonas urbanas, este nivel es el de media completa. Por último, se observa que la proporción de personas que alcanzaron un nivel profesional de estudios es de un 8,2% en el caso de zonas urbanas y de un 2,8% en zonas rurales.

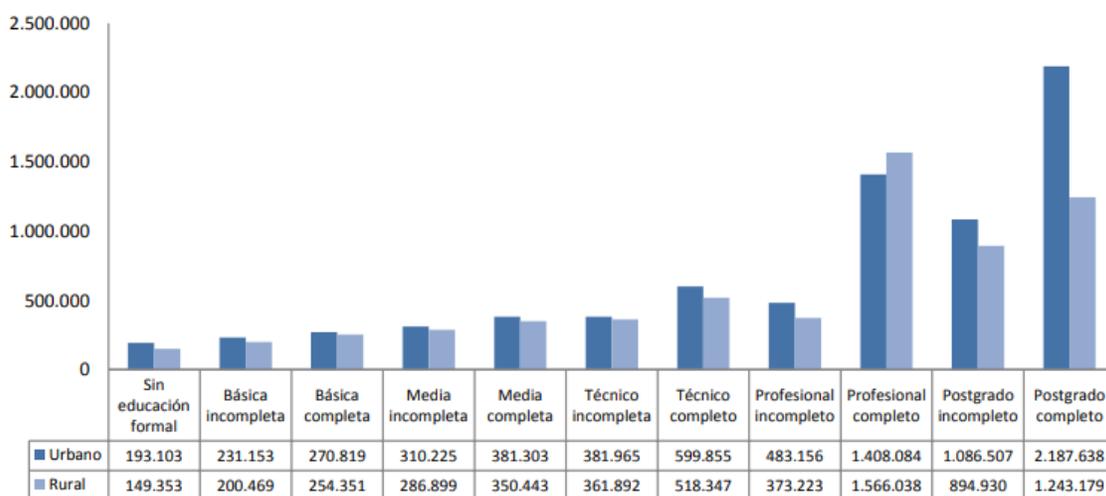
**Gráfico N°14: Ingreso promedio por nivel educacional y sexo 2015 (\$ noviembre 2015).**



Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

Según la información entregada por la Encuesta CASEN 2015, que se resumen en el Gráfico N°14, se ratifica que el nivel educacional alcanzado por las personas, continúa siendo un factor fundamental en la determinación del ingreso laboral que obtienen. Otro factor que influye es el sexo de la persona, como se aprecia en el gráfico, las mujeres para todos los niveles, tienen ingresos promedio menores que los hombres. Esta brecha es menor para el caso de quienes no terminaron la educación técnica, donde alcanza un valor del 34%, mientras que en el caso de los que alcanzaron un grado profesional, la brecha alcanza su máximo valor, llegando al 80%.

Gráfico N°15: Ingreso promedio por nivel educacional y zona 2015 (\$ noviembre 2015).



Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

Con respecto a las diferencias de ingresos según la zona de residencia, también es posible encontrar brechas. Para todos los casos (con excepción de los que tienen un nivel profesional completo),

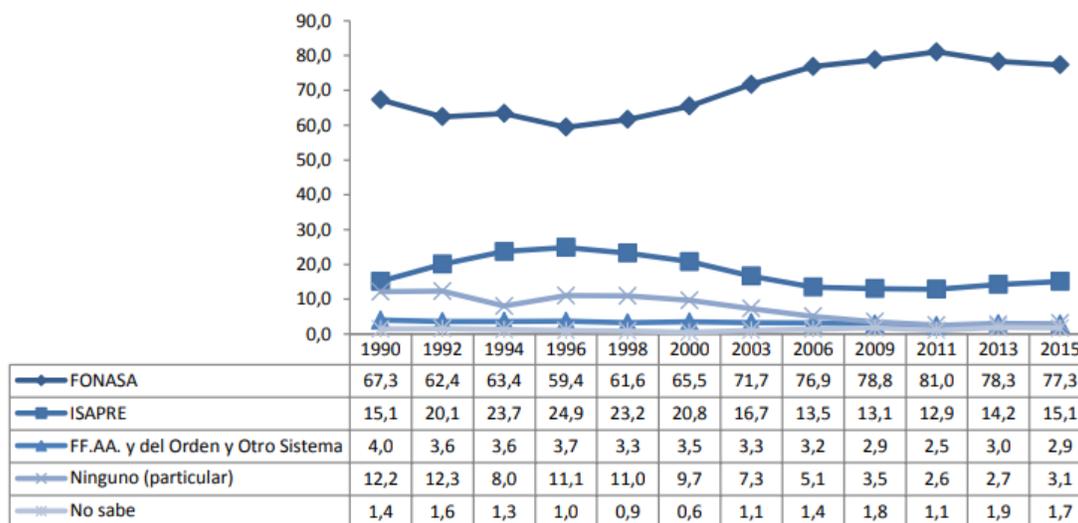
quienes viven en zonas urbanas, presentan mayores ingresos, llegando a su máxima diferencia, en el caso de quienes tienen un nivel de postgrado completo, donde llega al 76%. En el caso de los que alcanzaron un nivel profesional completo, los que viven en zonas urbanas, tienen en promedio, un 10% de menos ingresos que sus pares de las zonas rurales. (Gráfico N°15).

## SALUD

La salud puede ser entendida como un estado de bienestar en que la persona no percibe la presencia de enfermedades o factores dañinos del equilibrio físico y mental, por lo cual es innegable la relevancia que posee para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Uno de los objetivos de la política social en materia de salud consiste en contar con un acceso a una atención oportuna, equitativa, integral y de calidad para las personas.

En Chile, el Sistema de Seguridad Social provee de derechos a los trabajadores y las trabajadoras ante las contingencias sociales que se producen en su estado de salud y durante el embarazo. Se trata de un sistema mixto que contempla entidades del ámbito público y privado. El sistema público de salud opera a través del Seguro Público de Salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) sobre la base de un esquema de reparto, financiado con el aporte de los trabajadores y con recursos del Estado. En cambio, el sistema privado de salud está conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en base a contratos individuales, y por proveedores privados de salud, que son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a las personas aseguradas por las ISAPRE como a quienes cotizan en FONASA.

**Gráfico N°16: Población según afiliación a sistema previsional de salud por tipo de institución, 1990-2015. (Porcentaje)**

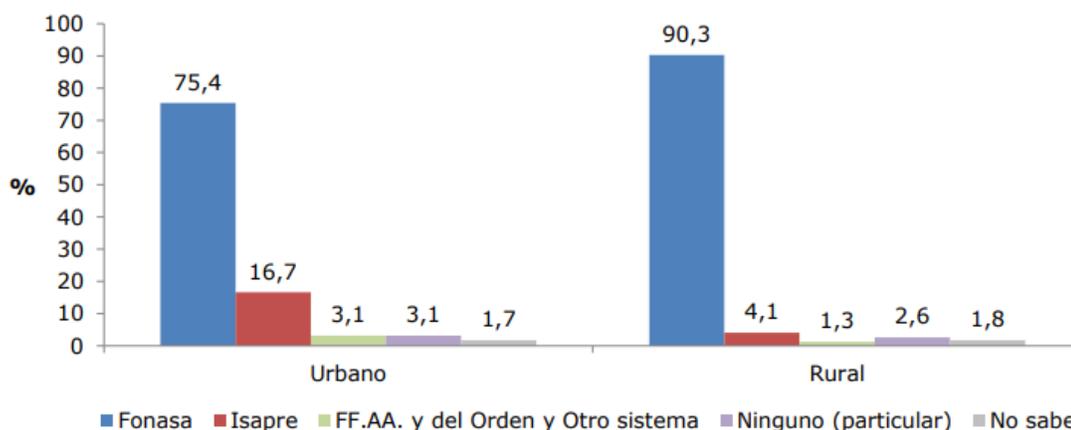


*Fuente: Encuesta CASEN años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.*

Según los datos del Gráfico N°16, al año 2015 un 95,3% de la población se encuentra adscrita a un Sistema de Salud, proporción que no presentan diferencias estadísticamente significativas respecto a las estimaciones para el año 2013, sin embargo, representa un aumento en 9 puntos porcentuales respecto del año 1990. Este aumento se explica por el aumento en la cobertura del Fondo Nacional de Salud en el mismo periodo, alcanzando en 2015 un 77,3%.

**Gráfico N°17: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por zona (2015)**

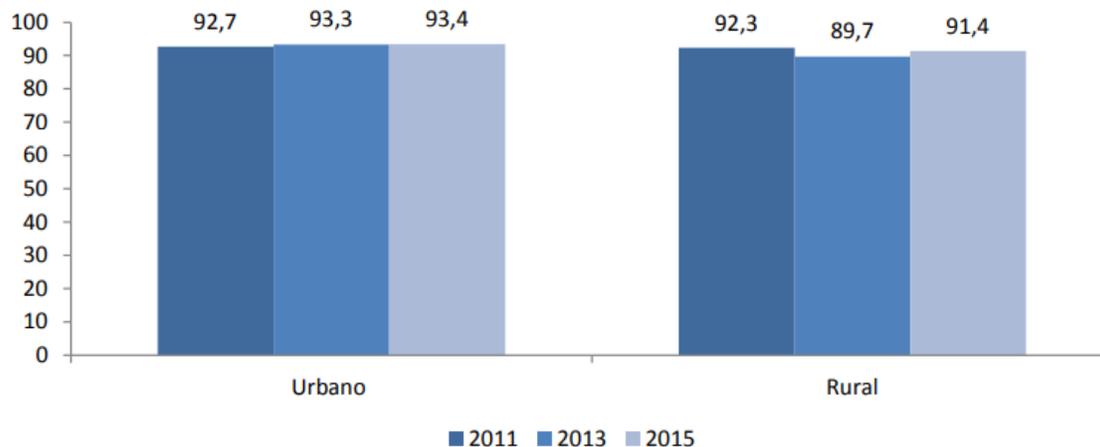
(Porcentaje, población total por zona)



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Del Gráfico N°17 se puede extraer que los habitantes de comunidades rurales presentan un mayor porcentaje de afiliación a Fonasa (90.3%) en comparación a las urbes. Respecto a la afiliación a Isapres las comunidades rurales tienen un porcentaje significativamente menor, con respecto a las zonas urbanas, 4.1% y 16.7% respectivamente.

**Gráfico N° 18: Población que accede a atención médica y que declara haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos 3 meses por zona, 2011-2015. (Porcentaje)**

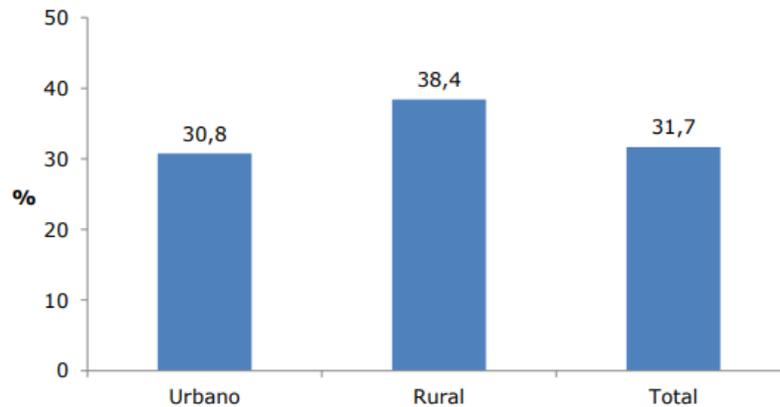


Fuente: Encuesta CASEN años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.

Por su parte el Gráfico N°18 muestra que el nivel de atención en salud ante la presencia de alguna enfermedad o accidente se ha incrementado ligeramente en la zona rural entre 2013 y 2015, reduciéndose la brecha de atención por zona, diferencias que son estadísticamente significativas.

**Gráfico N°19: Porcentaje de población que declara haber tenido un problema de salud en los últimos 3 meses y que recibió atención médica, por zona.**

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



Nota: Diferencias: Las estimaciones para zona urbana y rural difieren significativamente al 95% de confianza.

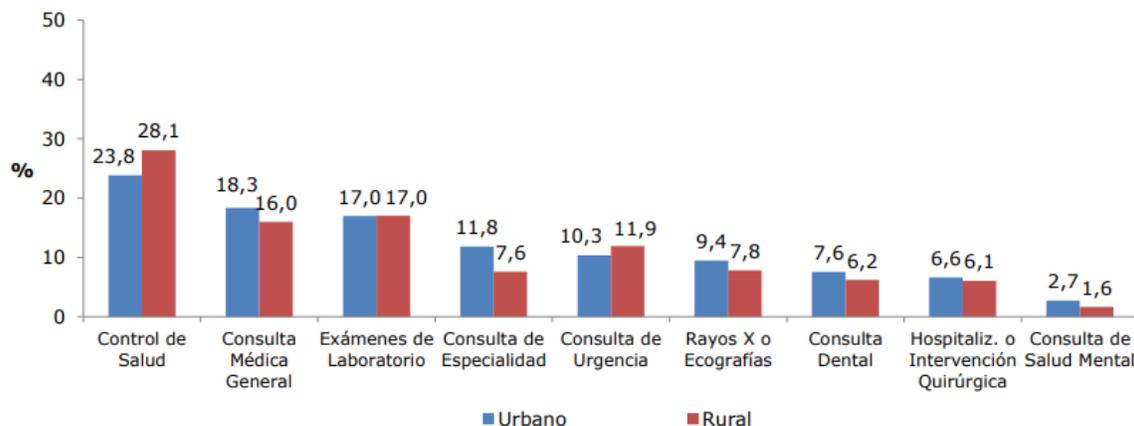
\* Se excluye categoría "No sabe/No responde".

Fuente: CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

El Gráfico N°19 muestra como ante algún problema de salud, la población rural declara mayor acceso a atención en comparación con las áreas urbanas. Cabe destacar que del 100% de los individuos que declaran haber presentado algún problemas de salud en los últimos 3 meses, solo un 31.7% declara haber tenido acceso a atención médica.

**Gráfico N°20: Porcentaje de personas que recibieron prestaciones de salud en los últimos 3 meses, según tipo de prestación por zona (2015)**

(Porcentaje, población total por zona)



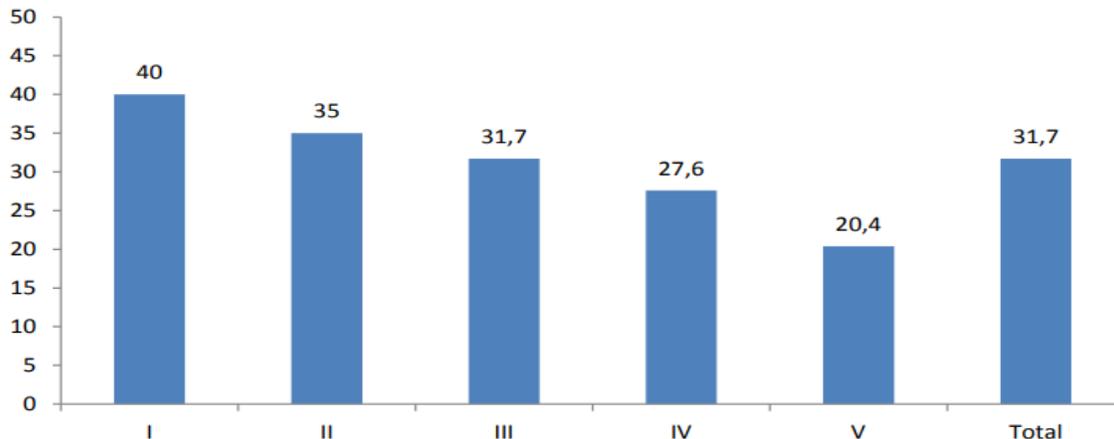
Nota: Diferencias: Las estimaciones difieren significativamente al 95% de confianza entre zona urbana y rural para cada una de las prestaciones consultadas, con excepción de la prestación "Exámenes de Laboratorio".

\* En el caso de Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas el periodo de referencia corresponde a "los últimos 12 meses". Se excluye categoría "No sabe/No responde".

Fuente: CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

A partir del Gráfico N°20 se desprende nuevamente que las zonas rurales presentan desventajas frente a las zonas urbanas, en especial en prestaciones más especializadas como rayos x o ecografías, consulta dental, consulta salud mental, exceptuando control de salud donde presenta una diferencia significativa.

**Gráfico N°21: Población que accede a atención médica y que declara haber tenido algún problema de acceso a atención según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2015. (Porcentaje)**

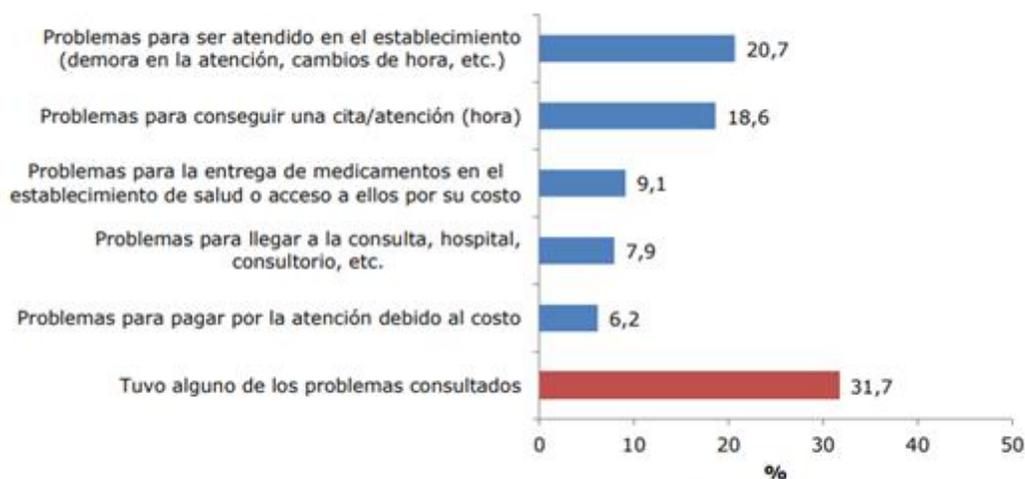


Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

Si se considera el nivel socioeconómico en la calidad del acceso a atención médica, la Encuesta CASEN 2015 muestra que la probabilidad de haber tenido algún problema para hacer efectivo el acceso a la atención en salud disminuye considerablemente a medida que aumenta el nivel de ingresos del hogar a que se pertenece. En el Gráfico N°21, se observa que en el segmento de menores ingresos, el 40% de las personas que accede a atención médica presenta algún problema de acceso en la atención, reduciéndose a un 20,4% en la población de mayores ingresos. Todo lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el sistema público de salud para disminuir las inequidades en el acceso y en la calidad de los resultados de salud para contribuir al logro de una vida saludable.

### Gráfico N° 22: Porcentaje de la población que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema para obtener atención (2015)

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



Nota: La categoría "Tuvo alguno de los problemas consultados" corresponde al porcentaje de la población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y que recibió atención médica, que declara haber experimentado al menos uno de los siguientes problemas: Problemas para ser atendido en el establecimiento, Problemas para conseguir una cita/atención, Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo, Problemas para pagar por la atención debido al costo.  
\* Se excluye categoría "No sabe/No responde".

Fuente: CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

Del Gráfico N°22 se puede extraer que del 100% de individuos consultados, el 31.7% manifestó haber tenido algún problemas para obtener atención. Este dato no cuenta con distinción si la prestación se llevó a cabo en sistema público o sistema privado.

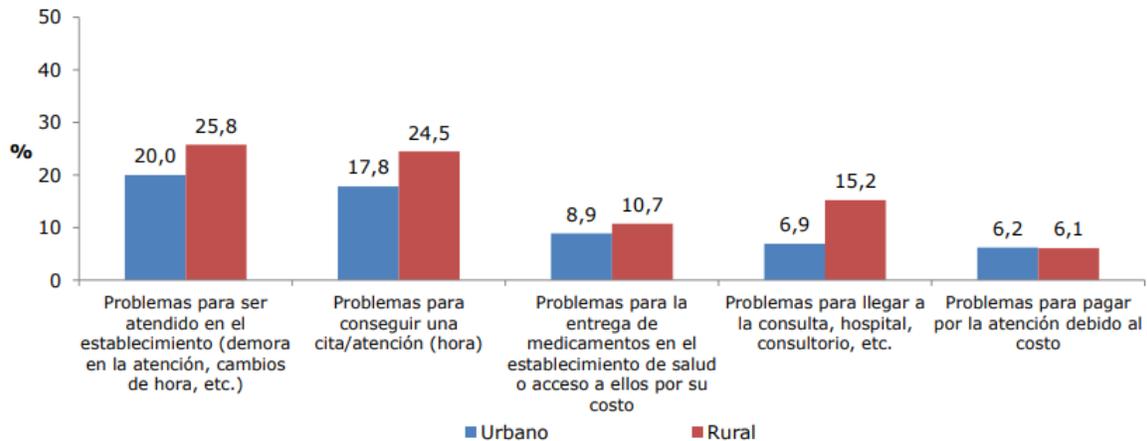
Las principales dificultades presentadas en orden decreciente fueron:

- Problemas para ser atendidos en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, etc.).
- Problemas para conseguir una cita/atención (hora).

- Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento o acceso a ellos por su costo.
- Problemas para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc.
- Problemas para pagar la atención debido al costo.

**Gráfico N°23: Porcentaje de la población que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema de acceso a atención de salud según tipo de problema, por zona (2015)**

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



*Nota: Diferencias.* Las estimaciones para zona urbana y rural difieren significativamente al 95% de confianza, para cada uno de los problemas consultados, con excepción de "Problemas para pagar por la atención debido al costo".

\* Se excluye categoría "No sabe/No responde".

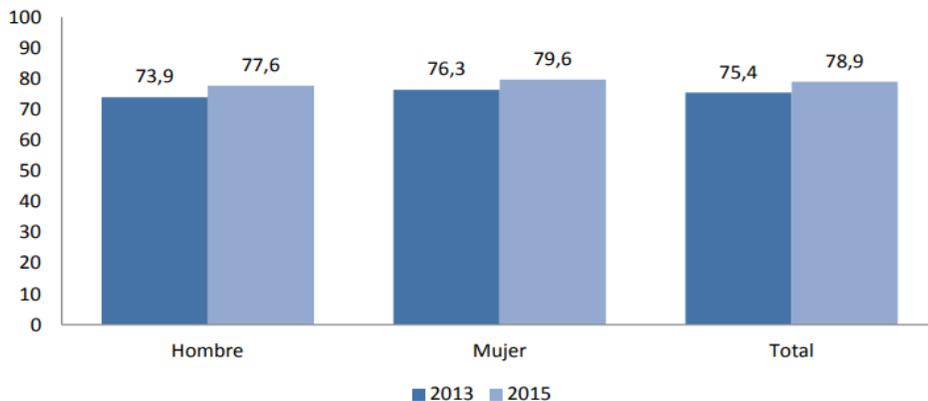
*Fuente: CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

En cuanto a los problemas de acceso según zona el único componente donde las áreas rurales presentan menos dificultades en comparación con las áreas urbanas es en problemas para pagar la atención debido a su costo, con una diferencia estadística no significativa, 6.1% versus 6.2%. En todo el resto de los componentes la ruralidad presenta desventajas respecto a las zonas urbanas. (Gráfico N°23).

### **GES**

La política pública en materia de salud provee un conjunto de garantías que permiten reforzar la red nacional de atención. En particular, se destacan las Garantías Explícitas de Salud (GES) que comprenden los beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas a FONASA y a ISAPRES. Estos beneficios se traducen en garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía.

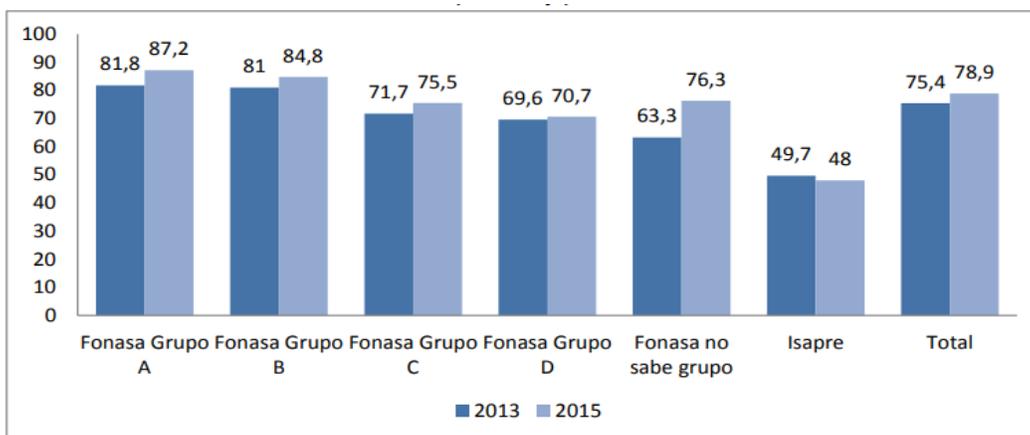
**Gráfico N°24: Población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que fue cubierta por el sistema GES según sexo, 2013-2015. (Porcentaje)**



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

La Encuesta CASEN permite dar una mirada al nivel de cobertura de GES a nivel nacional con el objetivo de evidenciar posibles áreas no cubiertas por el beneficio. Para el 2015, las cifras muestran que el 78,9% de las personas que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas recibieron cobertura de GES, siendo la proporción de la población beneficiada ligeramente superior en el caso de las mujeres. Esta proporción aumenta en poco más de 8 puntos porcentuales respecto del promedio nacional en la población adscrita a FONASA como carente de recursos (Grupo A), y se reduce drásticamente a un 48,0% en la población afiliada a alguna ISAPRE (ver Gráficos N°24 y N°25).

**Gráfico N°25: Población que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que fue cubierta por el sistema GES según institución de salud previsual, 2013-2015. (Porcentaje)**



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

## TRABAJO

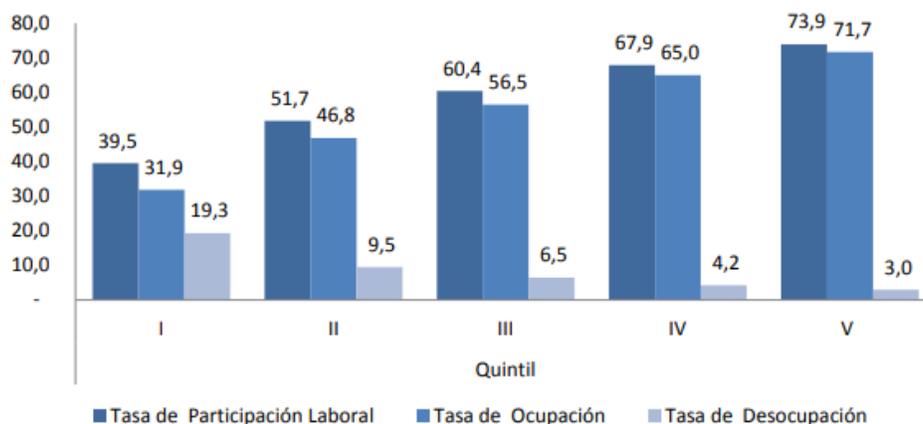
La tasa de participación laboral en Chile, según los datos entregados por la Encuesta CASEN 2015, es de 58,3%, lo que equivale a 8.154.454 personas, presentando un aumento de 1 punto porcentual con respecto al año 2013. Este aumento resulta ser estadísticamente significativo. Al desagregar la información por sexo, la tasa de participación masculina es de 71,0%, mientras que la femenina es de 47,4%. Ambos sexos presentan un alza con respecto al año 2013, pero sólo el alza en la población femenina resulta ser estadísticamente significativa (1,8 puntos porcentuales mayor en el año 2015 respecto al año 2013). Con respecto a la ocupación, esta aumentó con respecto a 2013 sólo en el caso de las mujeres (diferencia estadísticamente significativa), con una tasa de ocupación que llegó al 43,4%. Entre los hombres la diferencia no es estadísticamente significativa. De esta manera, la brecha en la tasa de ocupación entre hombres y mujeres se redujo entre ambos años, aunque aún supera los 20 puntos porcentuales. Finalmente, con respecto a la tasa de desocupación, esta aumentó para los dos sexos, siendo sólo el aumento de la desocupación entre los hombres estadísticamente significativa (ver Tabla N°16).

**Tabla N°16: Población en edad de trabajar por condición de actividad según sexo. 2013 - 2015 (Número y Porcentaje)**

	Población en edad de trabajar	Fuerza de trabajo	Ocupados	Desocupados	Inactivos	Tasa de participación <sup>24</sup>	Tasa de ocupación <sup>25</sup>	Tasa de desocupación <sup>26</sup>
<b>2013</b>								
Hombre	6.361.945	4.499.270	4.219.844	279.426	1.862.675	70,7	66,3	6,2
Mujer	7.305.136	3.329.510	3.057.915	271.595	3.975.626	45,6	41,9	8,2
Total	13.667.081	7.828.780	7.277.759	551.021	5.838.301	57,3	53,3	7
<b>2015</b>								
Hombre	6.480.947	4.600.936	4.289.229	311.707	1.880.011	71,0	66,2	6,8
Mujer	7.496.538	3.553.518	3.256.826	296.692	3.943.020	47,4	43,4	8,3
Total	13.977.485	8.154.454	7.546.055	608.399	5.823.031	58,3	54,0	7,5

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

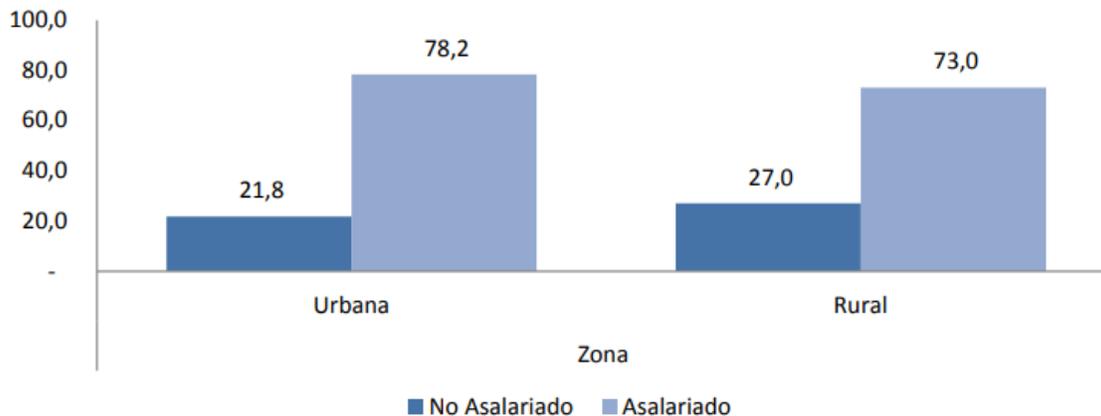
**Gráfico N°26: Tasas de participación, ocupación y desocupación, por quintil. 2015 (Porcentaje)**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Cuando se revisan las tasas de participación según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, se observa una importante desigualdad en relación a la participación en el mercado laboral, aumentando a mayor nivel de ingresos. La diferencia en tasa de participación laboral alcanza a 34,4 puntos entre el primer y quinto quintil. Este comportamiento es también observado para la tasa de ocupación, donde la tasa del quintil de mayores ingresos más que duplica la observada para el quintil de menores ingresos (31,9% y 71,7% respectivamente). En contrapartida, la desocupación afecta más profundamente a las personas de menores ingresos, llegando a un 19,3% en el primer quintil, en comparación con el 3,0% de las personas en el 20% superior de ingresos. (Gráfico N°26).

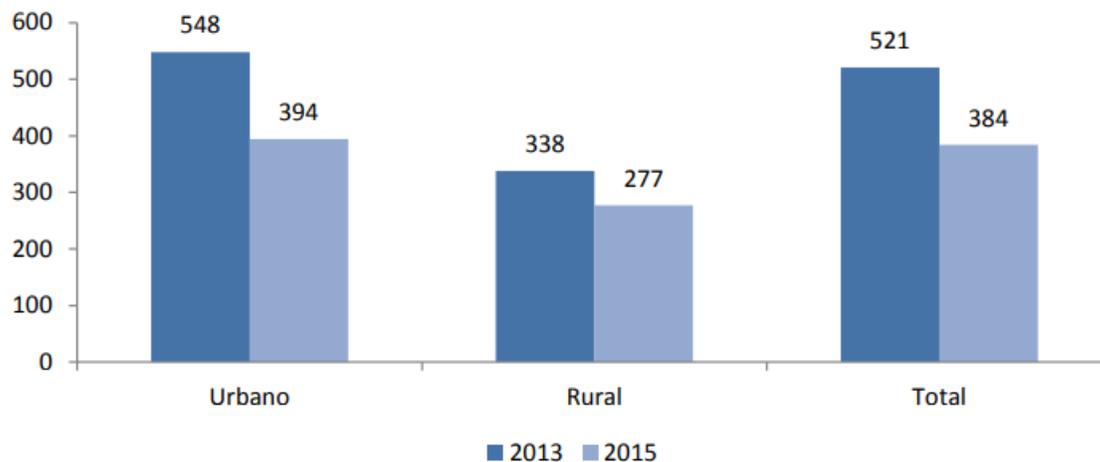
**Gráfico N°27: Porcentaje de la población ocupada asalariada, por zona. 2015 (Porcentaje).**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Al revisar la proporción de ocupados que son asalariados por zona urbana o rural, en los dos casos las personas se encuentran mayoritariamente asalariadas, pero en las zonas rurales existe un mayor porcentaje de no asalariados (21,8% versus 27,0%), y que trabaja de forma independiente, ya sea como trabajador por cuenta propia o como empleador, tal como se observa en el Gráfico N° 27.

**Gráfico N°28: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal, por zona y sexo .2015 (Miles de pesos de noviembre de 2015)**



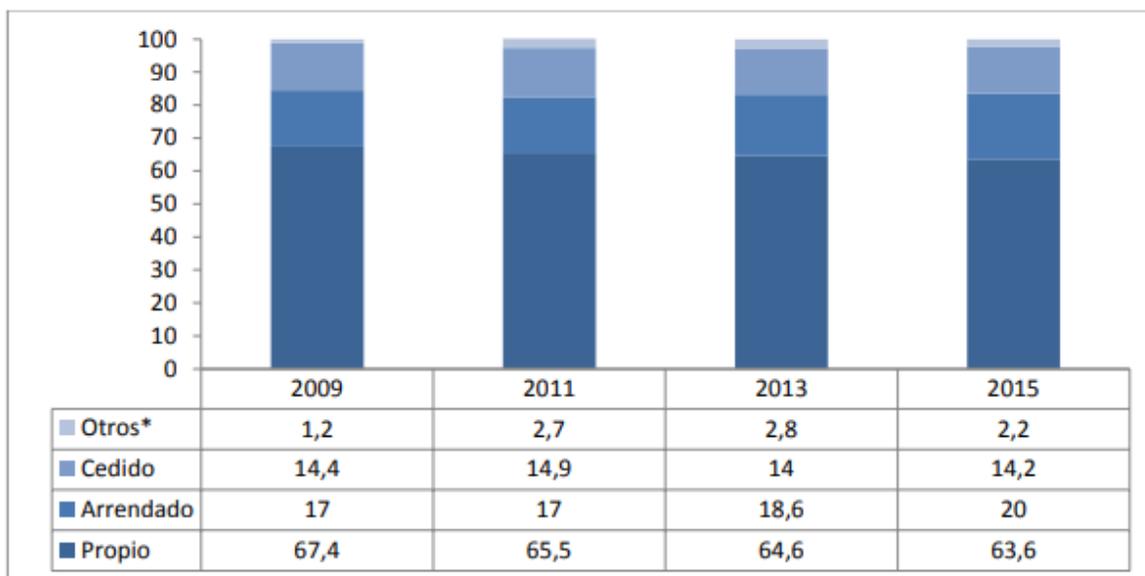
*Fuente: Encuesta CASEN años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.*

Las diferencias salariales que se observan entre zonas, se encuentran en que el promedio de ingresos en zonas urbanas es un 51% superior al observado en zonas rurales. La brecha existente entre hombres y mujeres en relación al salario es considerablemente mayor en zonas urbanas que en rurales. En zonas rurales las mujeres reciben salarios que en promedio corresponden a un 82% del salario que ganan los hombres, mientras en zonas urbanas ganan un 72% de lo que reciben los hombres por su ocupación principal. (Gráfico N°28).

## **VIVIENDA**

La política de vivienda aborda la provisión integral de condiciones habitacionales adecuadas para el conjunto de la población, incluyendo no sólo la disponibilidad y acceso a vivienda, sino también la satisfacción de estándares mínimos de calidad material y del entorno en el que la vivienda se emplaza.

**Gráfico N°29: Distribución de los hogares según situación de tenencia de la vivienda\*. 2009-2015 (Porcentaje)**

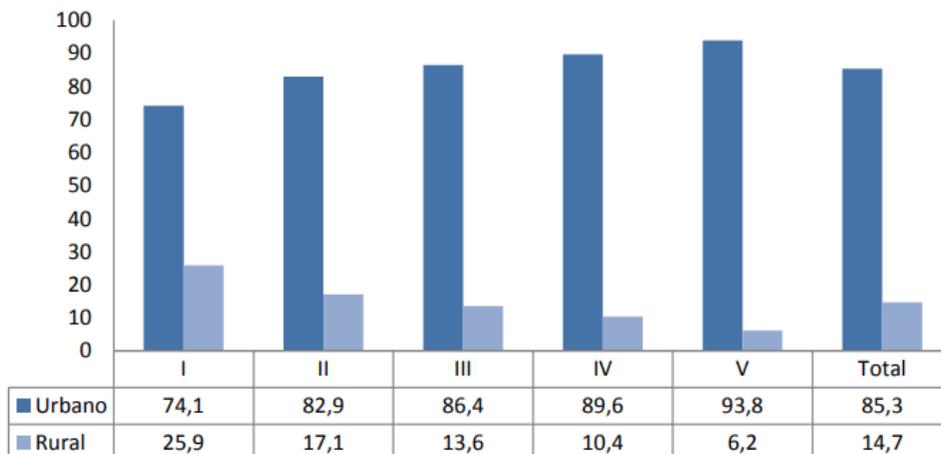


\* La categoría Otros incluye la tenencia por usufructo (sólo uso y goce), ocupación irregular (de hecho) y poseedor irregular.

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

Tradicionalmente, la política habitacional se concentraba en el hecho de que las viviendas fueran adquiridas por los hogares lo que explica en alguna medida la alta proporción de hogares que acceden a una vivienda en condición de propietario, alcanzando el 63,6% del total de hogares (Gráfico N°29), porcentaje Urbano Rural Total 2013-2015 que no es significativamente distinto al observado para el año 2013 (64,6%). Por otra parte, existe un aumento significativo del porcentaje de hogares que arrienda (de un 18,6% a un 20,0%). Al observar la evolución entre 2009 y 2015 de los hogares según su situación de tenencia, desde el año 2009, existe una tendencia a la baja en el porcentaje de hogares que son propietarios (pasando de un 67,4% a un 63,6%), y un aumento significativo del porcentaje de hogares que residen en viviendas arrendadas (aumenta de un 17,0% a un 20,0%). El porcentaje de hogares residentes de viviendas cedidas se ha mantenido constante desde el año 2009.

**Gráfico N°30: Distribución de hogares propietarios de vivienda según zona por quintil de ingreso autónomo per cápita. 2015. (Porcentaje)**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

En lo referente a la zona en que residen los hogares, existe una gran diferencia entre el porcentaje de hogares propietarios que reside en zonas urbanas (85,3%) frente al porcentaje que reside en zonas rurales (14,7%). En relación al quintil de ingreso autónomo de los hogares propietarios de su vivienda, para el año 2015 se observan tendencias contrapuestas en la zona urbana y rural: mientras en zonas urbanas el porcentaje de hogares propietarios aumenta a mayor quintil de ingreso, en zonas rurales este porcentaje va disminuyendo a mayor quintil. (Gráfico N°30).

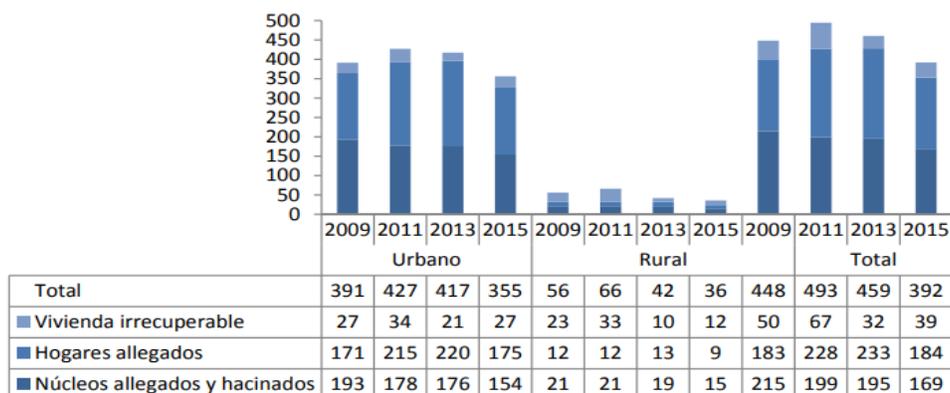
Desde hace unos años, el desafío de la política nacional de vivienda ha sido entregar viviendas a los hogares y personas que las requieran, pero también, mejorar las condiciones de habitabilidad, incluyendo todos los espacios de la vivienda. Ello releva la necesidad de realizar diagnósticos integrales, analizando tanto el déficit cuantitativo como cualitativo de las viviendas del país. El déficit cuantitativo indica el número de viviendas que son requeridas para resolver problemas de hogares residiendo en viviendas en condición irrecuperable, de hogares allegados y de núcleos secundarios allegados en un hogar viviendo en condiciones de hacinamiento. El déficit cualitativo indica el número de viviendas que no cumplen con los estándares adecuados, donde habitan hogares en condición de hacinamiento y/o con condiciones de saneamiento deficitario, y/o con déficit en su materialidad y estado de conservación, por lo que son viviendas que requieren reparaciones, mejoras, ampliaciones y/o provisión de servicios básicos. En la Tabla N°10 se presentan las variables consideradas en la construcción de los indicadores de déficit cuantitativo y cualitativo.

**Tabla N°17: Descripción de las variables Déficit Cuantitativo y Déficit Cualitativo de Viviendas.**

<b>DEFICIT CUANTITATIVO</b> Variable que indica el número de viviendas requeridas para cubrir la demanda de hogares y personas que las requieren por vivir en vivienda irrecuperables, estar hacinados y/o por constituir núcleos allegados viviendo en condición de hacinamiento.		
<b>1. Vivienda irrecuperable</b> Hogares principales residentes en viviendas irrecuperables según índice de calidad global de la vivienda (viviendas de tipo y materialidad irrecuperable).	<b>2. Hogares allegados:</b> Número de hogares adicionales al hogar encuestado según lo reportado por hogar principal.	<b>3. Núcleos allegados hacinados</b> Número de núcleos familiares adicionales al núcleo principal del hogar en hogares con allegamiento interno y que presenten hacinamiento medio, alto o crítico (hogares con más de 2,5 personas por dormitorio exclusivo).
<b>DEFICIT CUALITATIVO</b> Variable que indica el número de viviendas que requieren reparaciones, mejoras, ampliaciones o provisión de servicios básicos.		
<b>1. Déficit de ampliación</b> Hogares principales que presentan hacinamiento medio, alto o crítico y que no tienen allegamiento interno (no existe más de un núcleo en el hogar).	<b>2. Déficit de servicios básicos</b> Hogares principales que presentan saneamiento deficitario (Acceso al agua fuera de la vivienda, sin sistema de excretas o con sistema precario, fuente de agua de pozo, camión algibe, entre otros)	<b>3. Déficit de mejoramiento material y conservación</b> Hogares principales que presentan materialidad recuperable y/o estado de conservación malo de muros, techo o piso. Se excluyen las viviendas irrecuperables.

*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social.*

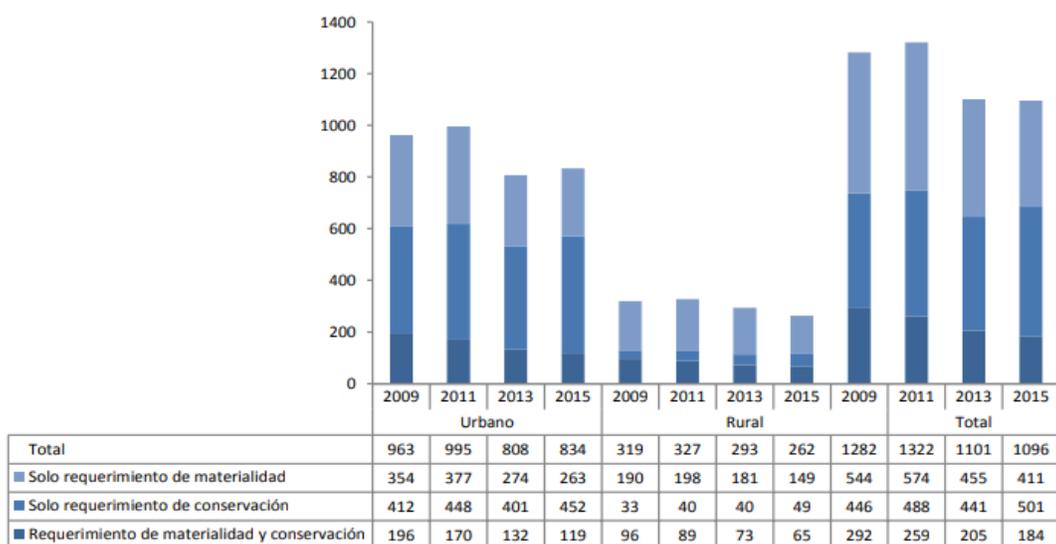
**Gráfico N°31: Composición del déficit habitacional cuantitativo según tipo de requerimiento, por zona. 2009-2015. (Porcentaje)**



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

En relación al déficit cuantitativo por zona, el Gráfico N°31 muestra que las zonas urbanas requieren mayores soluciones habitacionales, independiente del requerimiento evaluado y del año que se analice. El requerimiento de mayor magnitud, tanto en zona rural como urbana, corresponde a las viviendas con núcleos allegados y hacinados, mientras que las viviendas irrecuperables representan el requerimiento de menor magnitud. El año 2015, estos requerimientos representaban el 43,1% y 9,9% respectivamente. La diferencia entre zonas de estos requerimientos es significativa, siendo un 43,4% y 7,6% para la zona urbana y un 41,2% y 33% en zona rural.

**Gráfico N°32: Magnitud del déficit cualitativo de vivienda: Requerimientos de mejoramiento material y conservación de vivienda según tipo de requerimiento por zona. 2009-2015.**



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

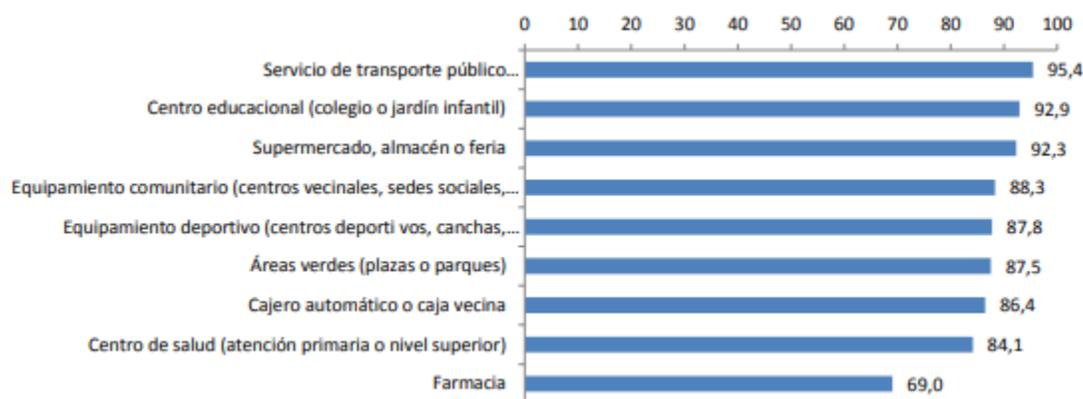
Desagregando los resultados por zona (Gráfico N°32) se observa que en la zona urbana las viviendas tienen principalmente requerimientos de conservación, mientras que en zonas rurales hay más viviendas con requerimientos de materialidad. Estos requerimientos consideran a hogares principales que presentan materialidad recuperable y/o estado de conservación de la vivienda que es malo. La importancia relativa de los tipos de requerimiento en cada zona y a nivel agregado no ha variado de manera importante desde el año 2009. Solo destaca una disminución en el año 2013 del total de requerimientos asociados al mejoramiento material y de conservación. Para el año 2015, se observa que la importancia relativa de los requerimientos se invierte, ya que el requerimiento de conservación pasa a tener mayor importancia que el requerimiento de materialidad (45,7% y 37,5%), y que, en términos generales, disminuyen levemente los requerimientos totales.

Los restantes componentes (viviendas que requieren ampliación y viviendas que requieren conexión o mejora de sus servicios sanitarios) muestran una importante reducción en el periodo 2013-2015. Los requerimientos de ampliación de vivienda disminuyen significativamente de 250.250 a 199.407 viviendas, mientras que los requerimientos de conexión o mejoras sanitarias disminuyen significativamente de 248.376 a 178.954 viviendas. También se confirma en el porcentaje de hogares que tiene acceso deficitario a servicios sanitarios básicos (no tienen acceso adecuado a agua o no cuentan con conexión a alcantarillado o fosa séptica), desciende de un 5,3 a un 3,6%. Todas estas disminuciones son estadísticamente significativas.

### **ENTORNO**

El entorno de la vivienda ha adquirido un rol importante en la política habitacional de los últimos años. El objetivo es entender la vivienda en un espacio que incluye el barrio y el equipamiento de servicios que se encuentran alrededor, enfocándose en la calidad de los espacios públicos y de la infraestructura urbana.

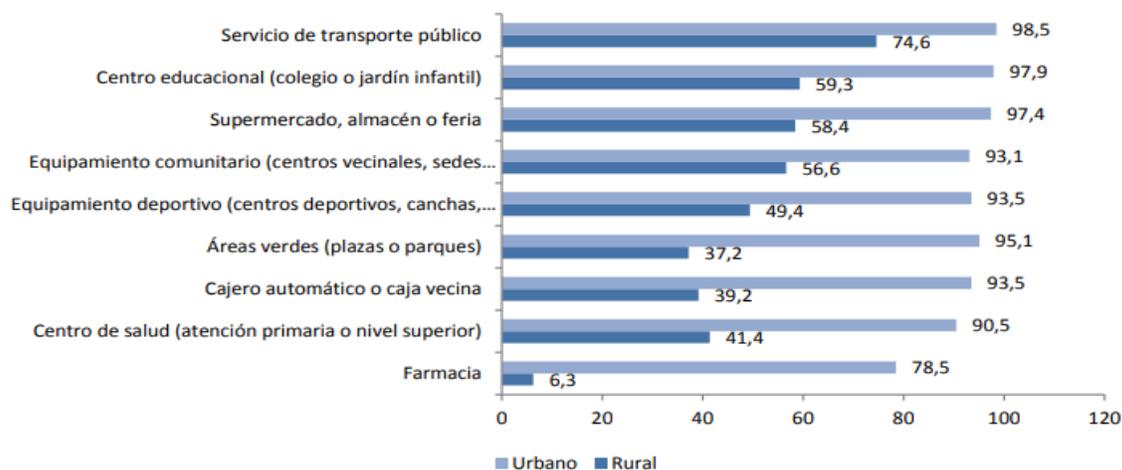
**Gráfico N°33: Acceso a equipamiento y servicios**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Se destaca que más del 90,0% de los hogares tienen acceso cercano a equipamientos y servicios tales como paraderos de transporte público, supermercados, almacenes o ferias, o centros educativos y que más de un 80,0% tiene acceso a centros de salud, se constata que el 69,0% de hogares carece de una farmacia que esté ubicada a menos de 20 cuadras de su vivienda (Gráfico N° 33).

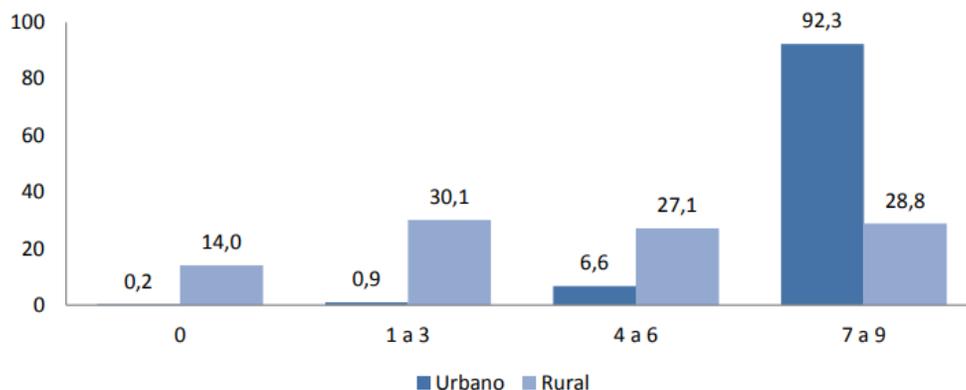
**Gráfico N°34: Hogares que disponen de cada tipo de equipamiento en el entorno de la vivienda, por zona. 2015 (Porcentaje)**



*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Por otro lado, estas brechas son mucho más acentuadas en zonas rurales, en que sólo un 6,3% de hogares cuenta con una farmacia dentro de este rango de distancia y más del 50,0% carece de acceso cercano a servicios como centro de salud, cajero automático (o caja vecina) y equipamiento deportivo (Gráfico N°34).

**Gráfico N°35: Distribución de los hogares según la cantidad de tipos de equipamiento disponibles en el entorno de la vivienda, por zona. 2015. (Porcentaje)**

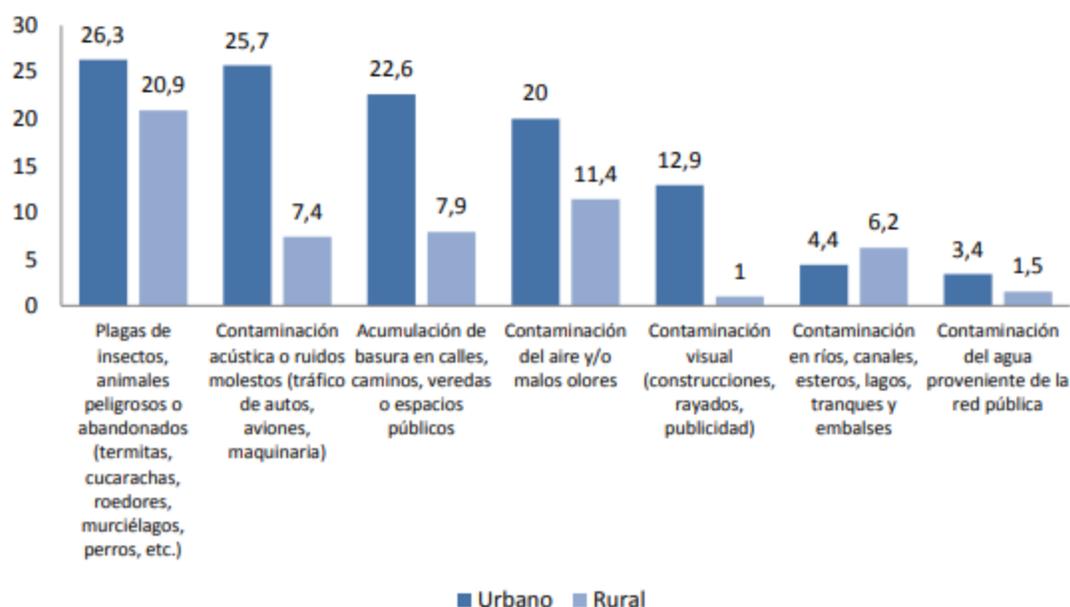


*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

Al analizarlo por zona, el Gráfico N°35 da cuenta de que efectivamente existe una diferencia significativa en la cantidad de equipamiento disponible. En la zona urbana, 92,3% de los hogares tienen acceso en su entorno a los equipamientos básicos (se consideran 7 a 9 equipamientos), en contraste con el 28,8% de los hogares en zonas rurales.

Otro aspecto importante del entorno en que habitan los hogares, es la contaminación medioambiental a la que se exponen. Un porcentaje superior al 20% de hogares reporta la presencia persistente (muchas veces o siempre en los últimos 12 meses) de problemas medioambientales que pueden observarse a una distancia de no más de 15 minutos caminando desde su vivienda. Entre ellos, se destaca la presencia de plagas de insectos, animales peligrosos o abandonados (25,6%), contaminación acústica o ruidos molestos (23,3%), y acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos (20,7%). La frecuencia con que se reportan de estos problemas es significativamente mayor en zona urbana que en zona rural. El Gráfico N°35 muestra que la diferencia más importante se da en cuanto a la contaminación acústica o ruidos molestos, donde el 7,4% de los hogares declara haber vivido o presenciado con frecuencia en los últimos doce meses, situaciones de ese tipo en su área de residencia, en contraste al 25,7% de los hogares en zonas urbanas. Únicamente, en el caso de la contaminación por ríos, canales u otros, el porcentaje de hogares en zonas rurales (6,2%) supera al porcentaje de hogares urbanos (4,4%). (Gráfico 36).

**Gráfico N°36: Hogares que declaran que han vivido o presenciado, en los últimos doce meses, situaciones de contaminación ambiental en su área de residencia con frecuencia muchas veces o siempre, por zona (2015) (Porcentaje)**



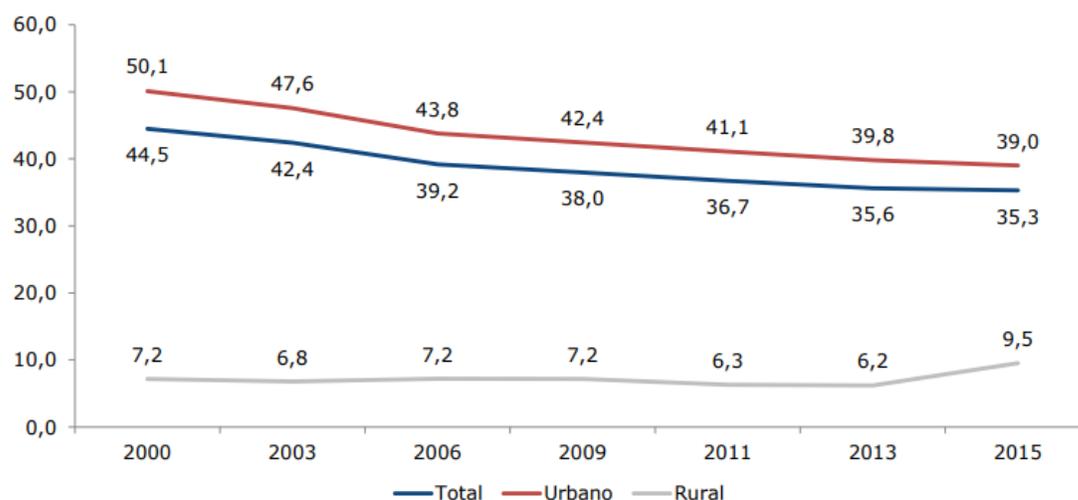
Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

## TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS)

En el Chile actual se reconoce el potencial que las TIC tienen para lograr una mayor eficacia de los servicios de salud y un mejor acceso a la atención. Se destaca el papel que pueden aportar las tecnologías en la gestión y acceso a los servicios de salud, en la provisión de la atención de salud y en las actividades de información, educación y comunicación en salud dirigidas a los profesionales del sector y a la población en general. Por ejemplo, hoy la CMSJM utiliza tecnología móvil para el envío de mensajes y alertas relacionadas con recordatorios para citas de control de patologías cardiovascular.

**Gráfico N°37: Porcentaje de núcleos con teléfono fijo por zona (2000 – 2015)**

(Porcentaje por zona, núcleo)



Notas:

Diferencias entre años: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre los años 2013-2015 para cada categoría considerada.

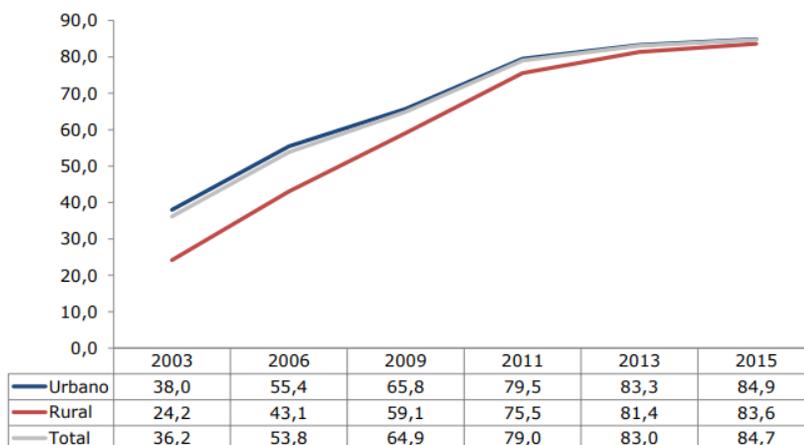
Diferencias entre grupos: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre urbano y rural.

*Fuentes: Encuesta CASEN años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.*

En el Gráfico N°37 se observa que mientras en zonas urbanas la tendencia en los últimos años ha sido la reducción de las líneas telefónicas fijas, en las zonas rurales ha ido en alza. Sin embargo, la diferencia es sustancial y sostenida en el tiempo, mientras que en zonas urbanas el porcentaje de telefonía fija por núcleo (incluido el descenso ya mencionado) es de un 39%, en áreas rurales el acceso a las líneas fijas es de un 9.5%.

**Gráfico N°38: Porcentaje de población de 5 años o más con teléfono móvil por zona (2003 – 2015).**

(Porcentaje por zona, población de 5 años o más)



Notas:

Diferencias entre años: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre los años 2013-2015 para cada categoría considerada.

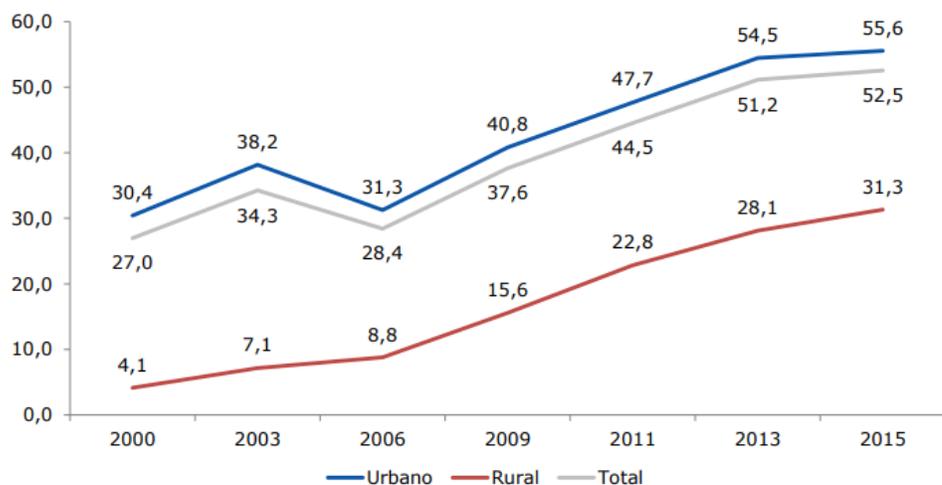
Diferencias entre grupos: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre urbano y rural para el año 2015.

*Fuentes: Encuesta CASEN años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.*

En cuanto al acceso a telefonía móvil si bien la brecha es menor que la analizada anteriormente, la ruralidad mantiene desventaja respecto a la urbe, con un 83.6% y un 84.9% respectivamente. Para ambas zonas la tendencia de los últimos años ha sido un alza sostenida, aunque en los últimos años menos marcada. (Gráfico N°38).

**Gráfico N°39: Porcentaje de núcleos con computador por zona (2000 – 2015)**

(Porcentaje por zona, núcleo)



Notas:

Diferencias entre años: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre los años 2013-2015.

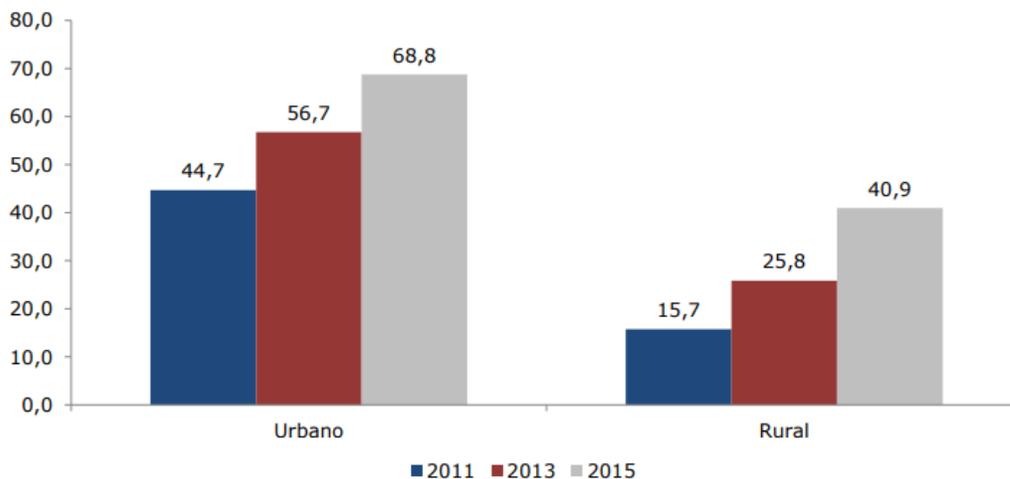
Diferencias entre grupos: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre urbano y rural.

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

Como muestra el Gráfico N°39 en los últimos años ha habido un aumento sostenido en el acceso de los núcleos a computadores, en ambas zonas, más nuevamente la comparación y la brecha es notoria, con un 55.6% en zonas urbanas y un 31.3% en zonas rurales.

**Gráfico N°39: Porcentaje de hogares con conexión a Internet por zona (2011 – 2015)**

(Porcentaje por zona, hogar)



Notas:

Diferencias entre años: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre los años 2013-2015 para cada categoría considerada.

Diferencias entre grupos: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre urbano y rural.

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

En cuanto al acceso a internet que muestra el Gráfico N°40, la situación es muy parecida a las anteriores, ambas zonas presentan alza sostenida en el tiempo, habiendo nuevamente más acceso en zonas urbanas que en áreas rurales, con 68.8% y 40.9% respectivamente en el 2015.

**Tabla N°18: Distribución de razones de no tenencia de conexión a Internet por zona (2015)**

(Porcentaje, hogar)

Razones	Urbano	Rural	Total
No le interesa	36,4	34,5	36,0
Alto costo del servicio de Internet	31,2	22,5	29,3
Ningún miembro del hogar sabría utilizarla	11,8	19,4	13,4
Alto costo del equipo o terminal	10,4	5,9	9,4
No existe servicio donde vive	1,5	11,3	3,7
Porque accede gratis a través de WIFI u otro sistema	3,4	1,7	3,0
Por seguridad para evitar acoso a los niños o por privacidad para evitar uso de información personal	3,1	2,6	3,0
Porcentaje de hogares sin conexión a Internet	31,2	59,1	34,9

*Fuente: Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.*

En análisis breves de los Gráficos N°37, N°38, N°39 y N°40 no hacen más que rectificar las diferencias sustanciales existentes en cuanto al acceso a tecnología y comunicación, que se dan entre las urbes y las zonas rurales, teniendo estos últimos indicadores significativamente menores.

## PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

**Profesional a cargo:** Médico, Pilar Silva

**Equipo:** Enfermera Yeans Fonseca - Enfermera María del Carmen Gahona - Matrona Beatriz Susarte - Odontóloga Macarena Osorio - Odontólogo Patricio Domínguez - Psicóloga Javiera Parragué – Educadora de párvulos Vanessa Castro Trabajadora Social Rosa Salazar

**Obejtivo general:** Mejorar la calidad de vida del niño, identificando precozmente los factores de riesgo biopsicosociales que pueda afectar su desarrollo adecuado.

**Obejtivos específicos:**

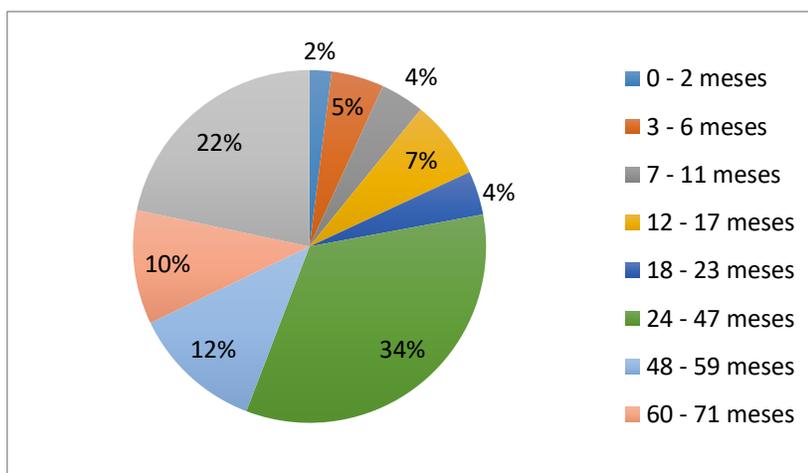
- Aumentar el número de pacientes controlados adecuadamente.
- Aumentar el número de talleres que promuevan la actividad física de los niños.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de la obesidad en niños.

El Programa Salud Infantil asegura un seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil que se inicia en la gestación y continúa a lo largo de la vida del niño o la niña (0 a 9 años); desde el control de la diada, seguida por las sucesivas atenciones para evaluar el estado de salud y desarrollo infantil, sean enfocados a la promoción, prevención y/o de tratamiento dependiendo de las necesidades de cada niño o niña.

La población infantil tiene características específicas y necesidades de salud que requieren respuestas puntuales en salud pública, por lo cual es indispensable generar mayor evidencia y conocimiento para el análisis y la implementación de soluciones a escala poblacional de los problemas de salud que afectan a este grupo de edad.

Actualmente con corte Septiembre del 2018 encontramos una población infantil bajo control de 249 niños, destacando que Posta Marta Ríos Cofre posee una población infantil en atención de 202, San Gabriel 31 y Volcán con 16 niños en control.

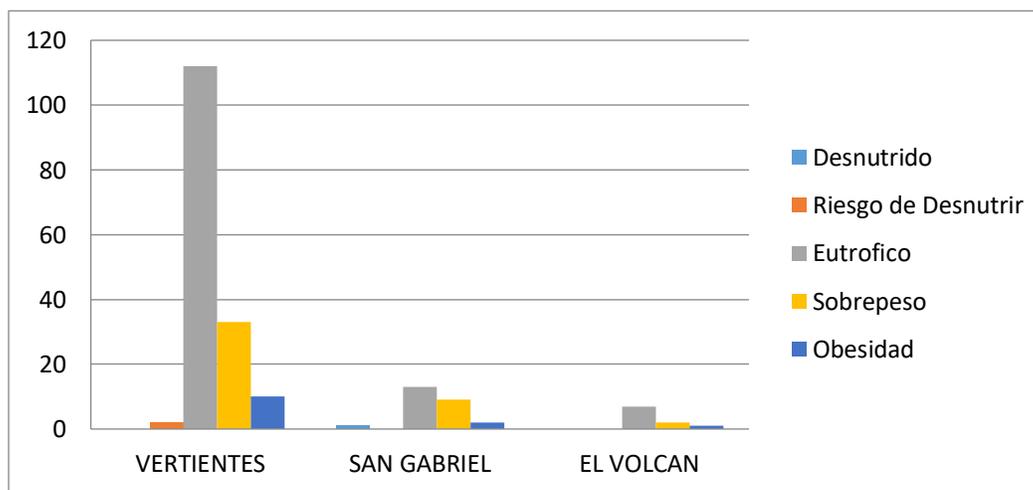
**Gráfico N°40: Población infantil bajo control (Septiembre, 2018)**



Fuente: REM SEMESTRAL, junio 2018

En el Gráfico N°40 se evidencia que la mayor cantidad de población pediátrica bajo control en nuestras postas se encuentra en edades preescolar y escolar. Tomando en cuenta lo anterior se pueden realizar talleres para prevenir las patologías más comunes en estas edades dentro de los establecimientos educacionales y así poder llegar directamente a la mayor cantidad de población infantil.

**Gráfico N°41: Diagnóstico nutricional infantil, según centro de salud**

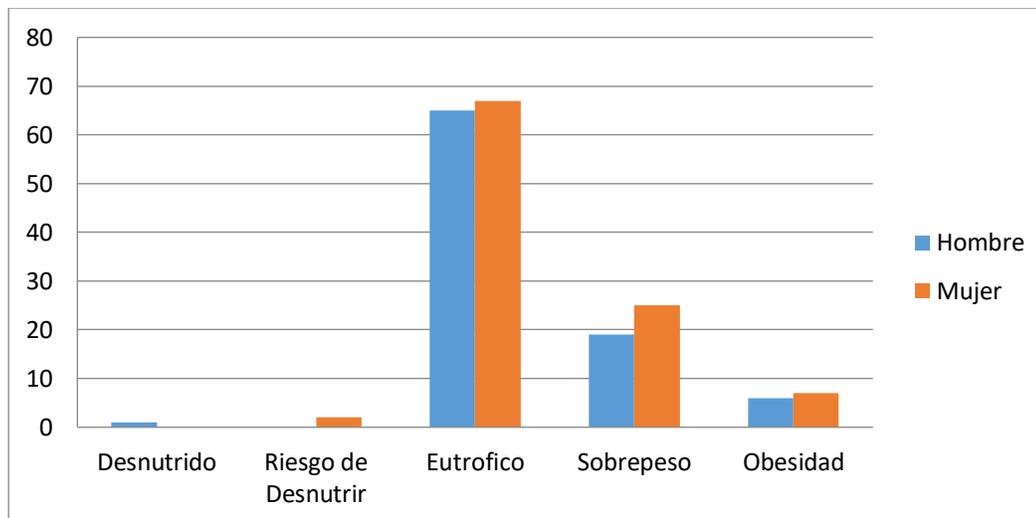


Fuente: REM semestral, Junio 2018.

A partir del Gráfico N°41 se puede evidenciar que la mayoría de la población tiene un diagnóstico nutricional adecuado para la edad. Es importante reconocer que hay un número marcado de niños con sobrepeso que se localizan mayormente en la localidad de Las Vertientes. La desnutrición y la obesidad en la comunidad son muy bajas. Como recomendación se podría realizar

mayor psi coeducación en las madres y/o cuidadores significativos, incluidos docentes y asistentes de la educación, para evitar la malnutrición por exceso y también por déficit.

**Gráfico N°42: Diagnóstico nutricional según sexo**

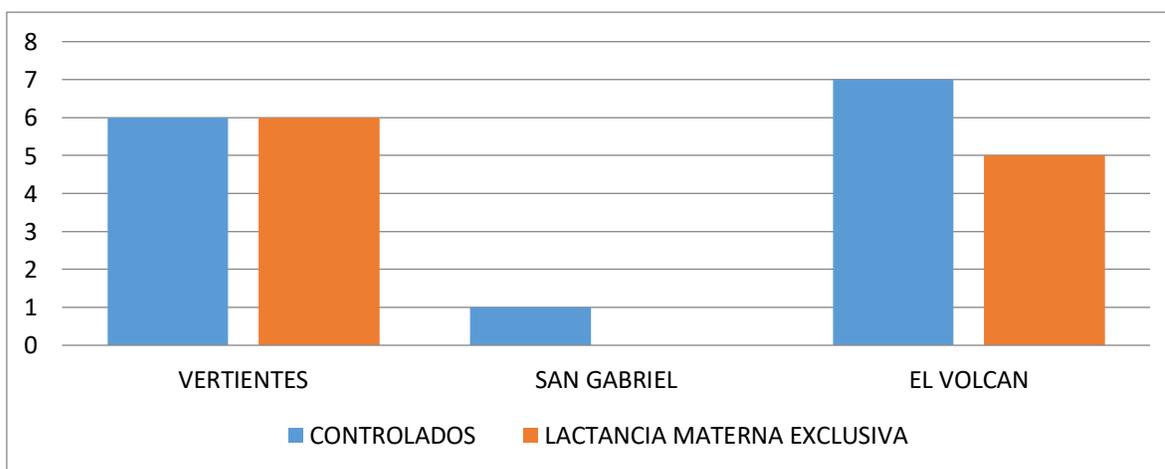


*Fuente: Registro interno infantil*

Al igual que en el Gráfico N°42 persiste el diagnóstico nutricional normal para ambos sexos. El sobrepeso y la obesidad tiene un predominio por el sexo femenino por lo que sería importante estudiar los indicadores alimentación vs herencia. Así mismo para el riesgo de desnutrir se encontró mayormente en el sexo femenino, mientras que casos de desnutrición solo se evidenció en sexo masculino.

### DIAGNOSTICO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

**Gráfico N°43: Niños que al control de los 6 meses mantienen lactancia materna exclusiva**



*Fuente: REM*

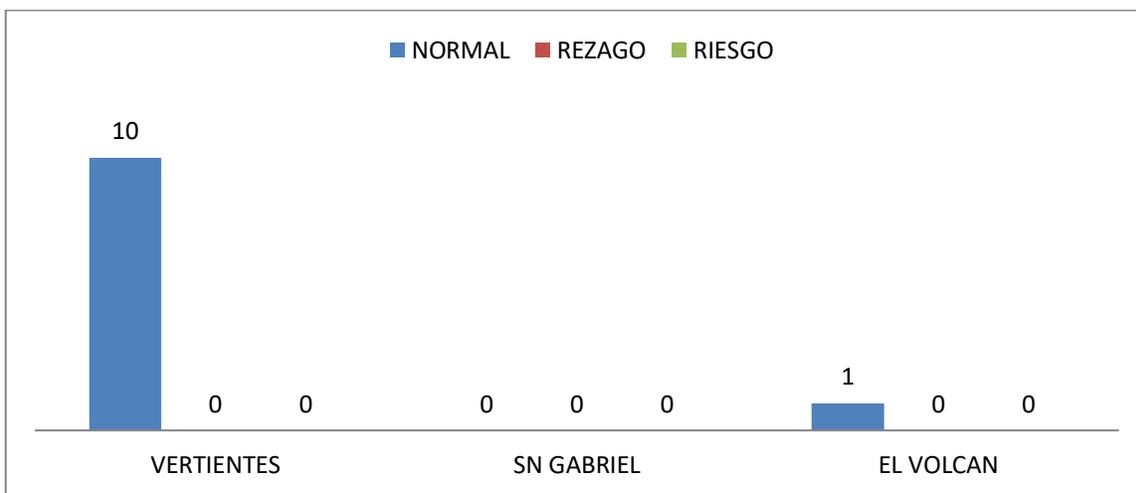
En el Gráfico N°43, se compara la cantidad de niños controlados (total) con aquellos que al momento del control recibían lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Se evidencia que en la posta vertientes se cumplió con el 100% mientras que en las demás no se logró esta meta. Es importante que se determinen cuáles son las causas que determinan que algunos niños no tengan lactancia materna exclusiva y si son factores que se puede controlar para mejorar estas cifras.

**Tabla N°19: Diagnóstico de desarrollo psicomotor, según centro**

CENTRO	8 M			12-23 M			3 AÑOS			TOTAL		
	Normal	Rezago	Riesgo retraso	Normal	Rezago	Riesgo retraso	Normal	rezago	Riesgo retraso	TOTAL	Rezago	Riesgo
MRC	10	0	0	16	1	0	26	24	0	52	2	0
SG	2	0	0	2	0	0	9	7	0	13	2	0
V	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Fuente: REM

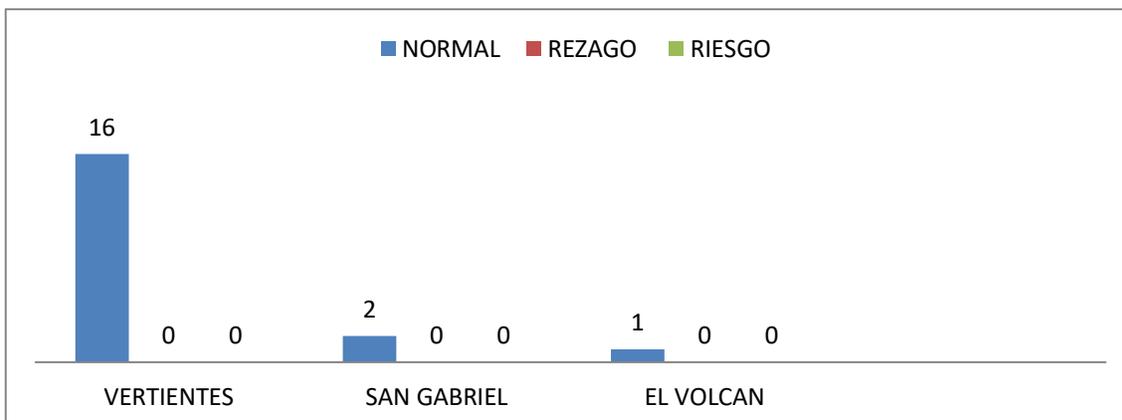
**Gráfico N°44: Diagnóstico de desarrollo psicomotor a los 8 meses, según centro**



Fuente: REM

Se puede evidenciar que los niños controlados de 8 meses todos presentaron nivel de desarrollo psicomotor normal.

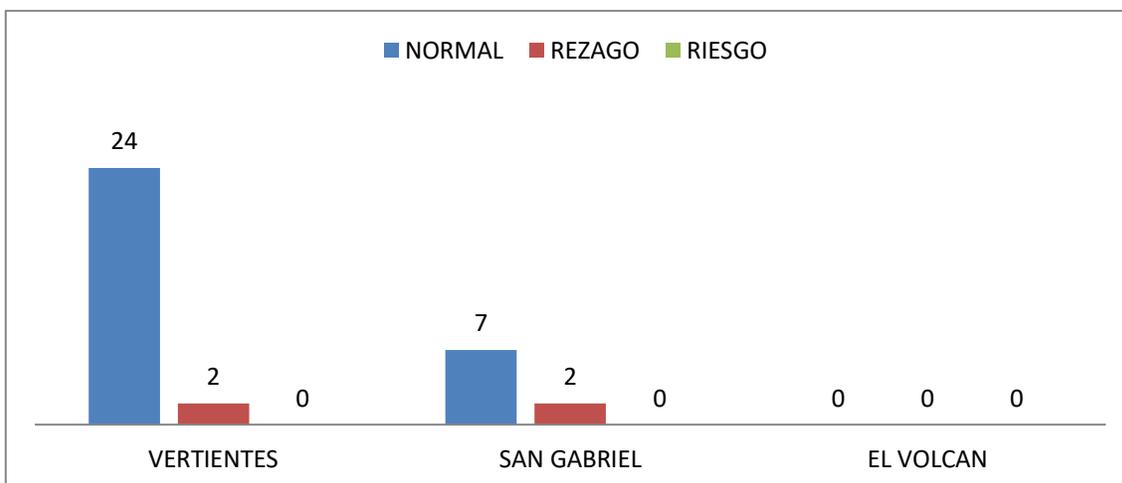
**Gráfico N°45: Diagnóstico de desarrollo psicomotor entre los 12-23 meses, según centro**



*Fuente: REM*

Se evidencia que el desarrollo psicomotor de los pacientes evaluados en este rango de edad se encuentra dentro de límites normales

**Gráfico N°46: Diagnóstico de desarrollo psicomotor a los 3 años, según centro**



*Fuente: REM*

Se evidencia un porcentaje mínimo de rezago en niños de edad preescolar en las postas de Vertientes y San Gabriel, mientras que en Volcán no se hayo este tipo de alteración.

Posterior al análisis de los Gráficos N°45 Y 46 anteriormente visualizados podemos llegar a la conclusión que no se evidencio alguna alteración del desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años, caso contrario en niños de 3 años en los cuales se encontró un pequeño porcentaje de rezago. Por esto es pertinente determinar en qué área del desarrollo se encuentra esta alteración y si

anteriormente estaba alterado o es una alteración nueva. En el caso de que sea una alteración nueva es importante para su futuro desempeño social en la escuela determinar la causa.

## CUMPLIMIENTOS

La OMS ha determinado con numerosos estudios que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno presentaban patrones de crecimiento diferentes al resto de los niños; y pudiéramos preguntarnos, ¿Por qué los niños alimentados al seno materno, quienes reciben menores aportes calóricos y proteicos, presentan un crecimiento adecuado en los primeros meses de vida?, de aquí nace la premisa y gracias a controles adecuados, talleres que impulsan la lactancia, que nos hayamos comprometido a lograr que el 100% de los niños bajo control reciban lactancia materna exclusiva, siendo esta cumplida en el periodo establecido para este año en su totalidad.

**Tabla N°20: Cumplimiento meta sanitaria N°6**

META	DESCRIPCION	CALCULO	UMBRAL	CUMPLIMIENTO ACTUAL
6	Cobertura de Lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	PORCENTAJE DE NIÑOS <6 MESES CON LME	100%	100%

*Fuente: Departamento de estadística SSMSO, corte agosto 2018*

Se hizo la evaluación psicomotora a todos los niños con edades comprendidas entre 12 y 23 meses, de los cuales a 8 se les hizo el diagnóstico de riesgo y fueron recuperados exitosamente 7 en total logrando un alcance de la meta en un 87.50%.

**Tabla N°21: Cumplimiento meta sanitaria N°1**

META	DESCRIPCION	CALCULO	UMBRAL	CUMPLIMIENTO ACTUAL
1	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2018	% de cobertura	90%	87.5%

*Fuente: Departamento de estadística SSMSO, corte agosto 2018*

## METAS IAAPS:

Tabla N°22: Cumplimiento IAAPS:

NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO AÑO 2018	META AÑO 2018	META ACTIVIDADES AÑO 2018	CUMPLIMIENTO JUNIO
Cobertura de evaluación de desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	97.14%	94%	29	14

Fuente: Departamento de estadística SSMSO, corte agosto 2018

## BRECHAS DETECTADAS:

- Falta de infraestructura: no hay suficientes balanzas pediátricas, podómetros y equipos de ORL completos funcionales.
- 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
- Baja de controles en invierno, la mayoría de las consultas son por presencia de cuadros respiratorios
- Dificil acceso para las poblaciones más alejadas a las postas por contar con poca locomoción.
- Falta de estadística digitalizada universal sobre los componentes del programa, lo que hizo más difícil la recolección de datos fidedignos y abre más el margen de error. Las cartolas no siempre son llenadas correctamente.

## DESAFÍOS 2019

- Planificar una reunión mensual de equipo para mantener el programa actualizado.
- Establecer cortes específicos para las edades para que así no haya datos estadísticos flotantes o duplicados.
- Desarrollar un plan de controles nutricionales más seguidos a niños con sobrepeso.
- Aumentar el número de talleres nadie es perfecto a 3 en el año

## INNOVACIONES

- Capacitación estadística del personal que lleva a cabo programas de salud.
- Capacitación en salud pública y epidemiología a personal que lleva a cabo programas de salud.
- Realizar una reunión mensual con el equipo que integra el programa infantil para discusión de casos, verificación de metas y actualización de estadísticas mensuales.
- Realizar una reunión mensual con pediatra referente.
- Formular una carpeta compartida de estadísticas y actualizarla semanalmente.

## PROYECCION 2019

- Disminuir la morbilidad infantil por infecciones respiratorias, para esto es ideal realizar talleres educativos 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 educativos 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%
- Determinar las causas de alteración del desarrollo psicomotor en edad escolar y que área ha sido la mayormente afectada
- 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.

## **PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO**

**Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado (Psicóloga).

**Equipo:** Psicóloga Javiera Parragué - Psicóloga Betzabé Inostroza – Trabajadora Social, Matrona Beatriz Susarte – Educadora de Párvulos Vanesa Castro – Médico Pilar Silva – Enfermera Yeans Fonseca – Enfermera María Gahona

### **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.

### **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, localidad de Las Vertientes. 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 multidisciplinario: Matrona, Enfermera, Educadora de Párvulos, Psicóloga, Trabajadora Social, 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.

## **PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL: GESTACIÓN:**

### **Objetivos específicos:**

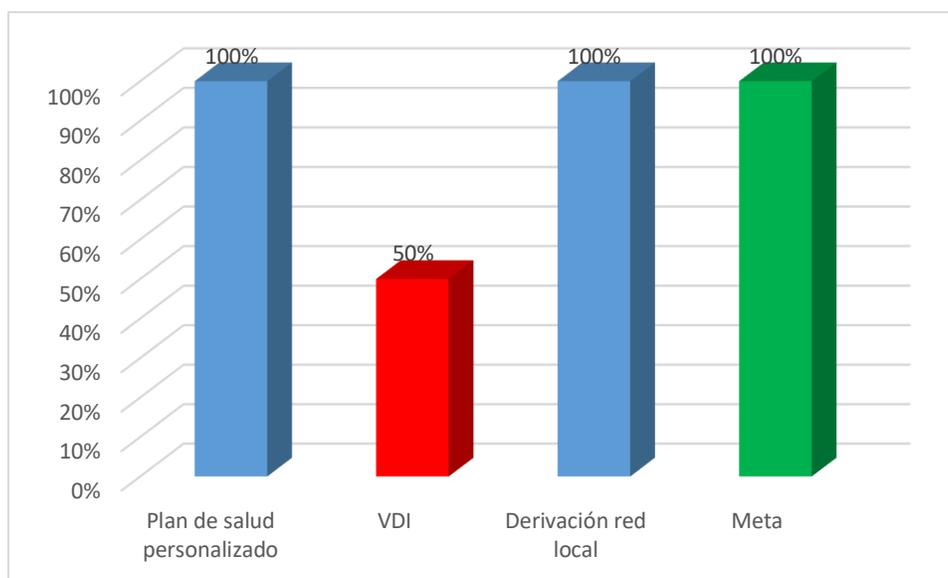
- Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- Mejorar la salud materna.

### **Cumplimientos 2018:**

Programa CHCC de CMSJM, cuenta con una población bajo control de 16 usuarias gestantes, de las cuales, 2 presentan riesgo psicosocial, siendo derivadas a programa Salud Mental. Con relación a control de púerperas, estas corresponden a 18 usuarias, que tuvieron proceso de seguimiento de gestación en APS CMSJM, de las que solo una de ellas, presenta riesgo asociado a control tardío del embarazo. Antecedentes que constituye el 100% de cumplimiento en Ingreso al control prenatal, con la respectiva entrega de guía de la gestación “*Empezando a Crecer*” y de la “*Agenda de Salud, Control Prenatal*”, logrando el cumplimiento al 100% en dicha entrega. Con respecto a vulnerabilidad psicosocial, estas constituyen 3 usuarias, las cuales cuentan en su totalidad con plan

de salud individualizado y la adecuada activación de Red Comunal Chile Crece Contigo. Con relación a acciones en usuarias con riesgo psicosocial, se evidencia una brecha, dado que solo el 50% cuenta VDI, por deficiencias en la coordinación del equipo tratante. Por último, con respecto a educación de grupo para gestante, pareja y/o acompañante significativo/a de Programa de Apoyo al Recién nacido (PARN), se logró el 100% de ingreso con importante adherencia y participación activa del grupo.

**Gráfico N°47: Gestantes con riesgo psicosocial**



*Fuente: REM 2018.*

### **FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA:**

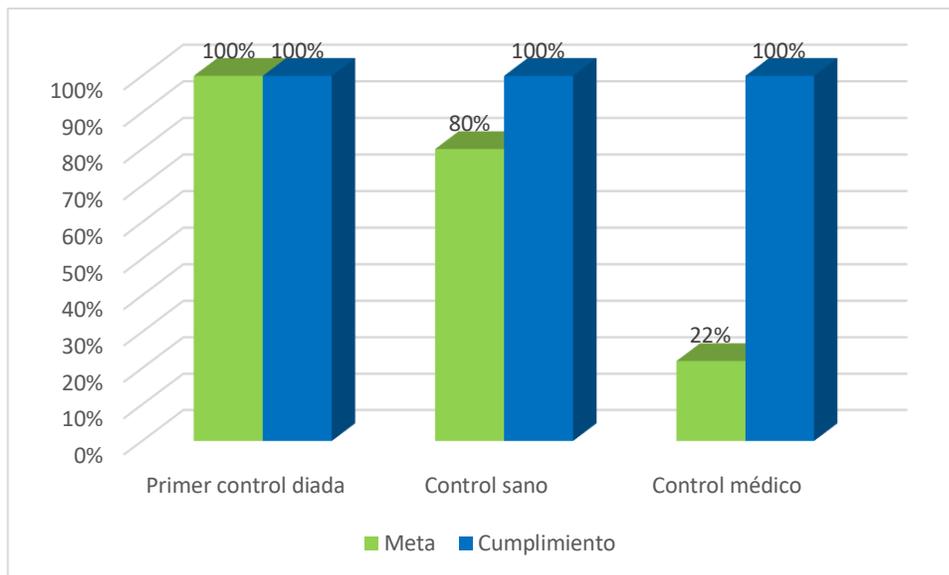
#### **Objetivo general:**

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 2018:**

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: primer control de salud madre, padre y/o cuidador-hijo (control 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, llevado a cabo por médico, quien dispone de horarios protegidos en los tres centros de salud para seguimiento de población infantil.

**Gráfico N°48: Desarrollo integral del niño y niña**

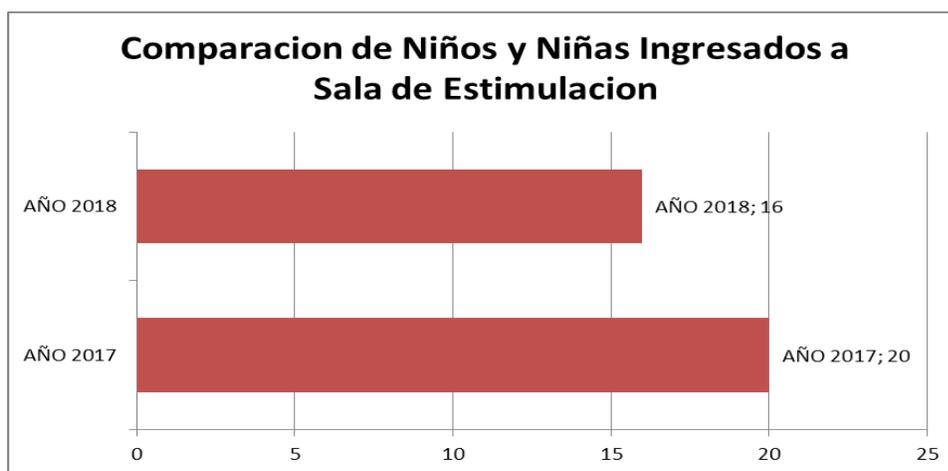


Fuente: REM 2018.

**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 Educadora de Párvulos, profesional Vanesa Castro, la cual realiza intervención en las tres Postas de Salud Rural de la comuna San José de Maipo. Lo que respecta a los compromisos programados para el año en curso, se destaca lo siguiente: durante el año 2017 ingresaron a sala de estimulación un total de 20 niños(as). Sin embargo, a septiembre del 2018 han ingresado un total de 16 niños(as), lo que evidencia un mínimo de disminución respecto al periodo previo (4 niños/as). En el año en curso, a su vez, se otorgó un total de 4 Egresos, por cumplimiento de objetivos.

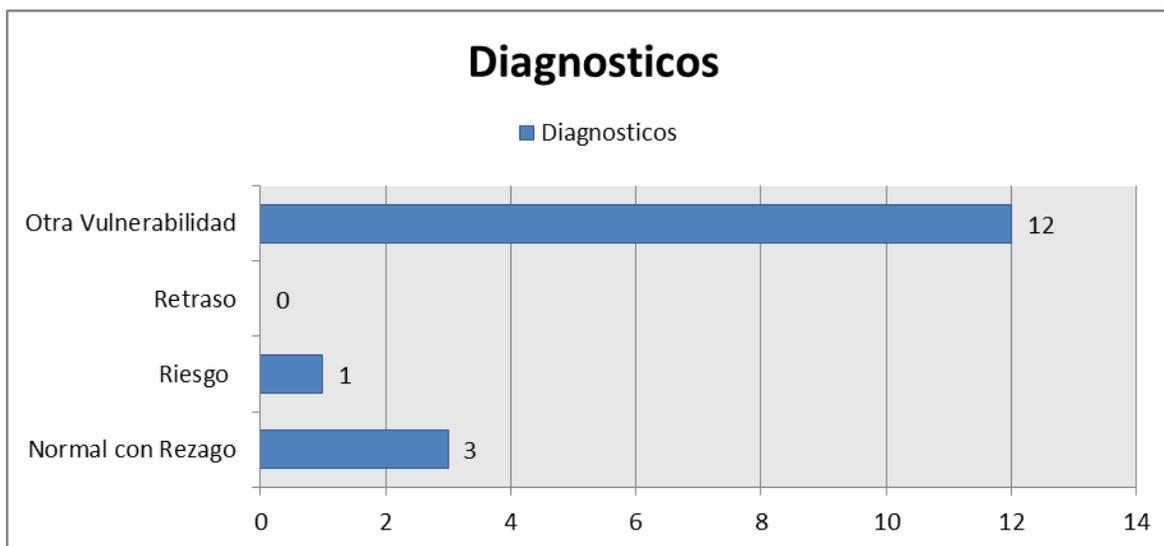
**Gráfico N°49: Ingresos a sala de estimulación periodo 2017-2018**



Fuente: REM 2017-2018

Respecto a ingresos del presente año, se destaca lo siguiente: se llevaron a cabo un total de 59 evaluaciones de desarrollo psicomotor, de las cuales, 16 de ellas presentaron resultados alterados, ingresando a sala de estimulación: 3 casos correspondientes a categorización: Normal con rezago, 1 caso de riesgo y 12 casos relativos a otra vulnerabilidad.

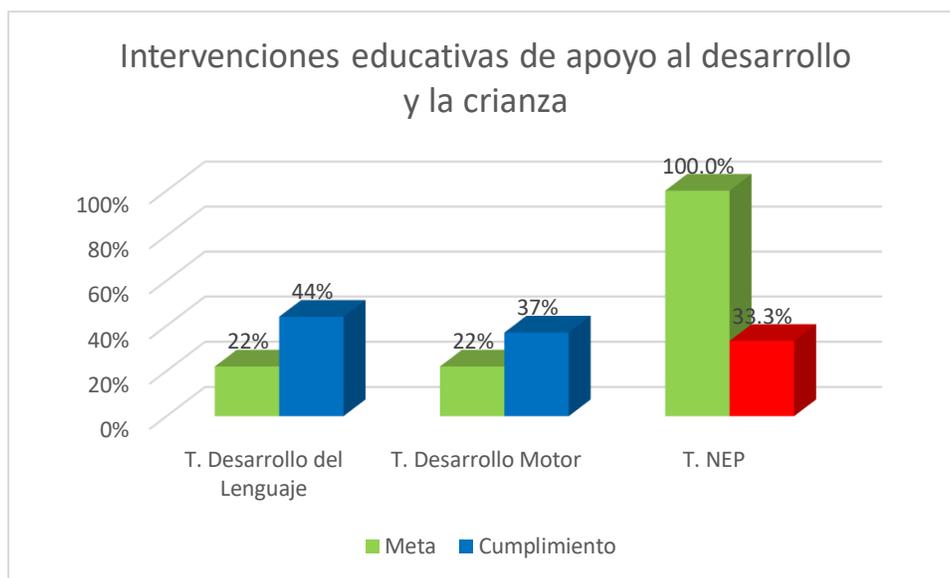
**Gráfico N°50: Motivo de ingreso a sala de estimulación**



Por lo que, se observa un predominio significativo de ingresos relacionados a otras vulneraciones, de los cuales 7 se encuentran en seguimiento por Programa de Acompañamiento, a partir de vulneración de derecho asociado a negligencia parental. Junto con lo anterior, solo 3 casos evidencian desarrollo normal con rezago y en menor grado, un usuario con categorización de riesgo, quien se encuentra en proceso de intervención regular. Por consiguiente, a nivel de actividades de fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral, se destaca el 100% de cumplimientos en dichas prestaciones.

Con respecto a intervenciones educativas de apoyo al desarrollo y la crianza, se cuenta con un cumplimiento de 44% en Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje, siendo el requerido para el periodo de 22%. Del mismo modo, en Taller de promoción temprana del desarrollo motor cuenta con un cumplimiento de 37%, siendo el requerido de 22%. Por último, en lo que respecta, taller Nadie Es Perfecto (NEP), se evidencian las siguientes brechas, hasta la fecha se ha ejecutado un taller, durante segundo semestre de 2017, el cual no ha sido informado en SRDM. Pese a ello, en octubre del año en curso, se llevarán a cabo, dos talleres en PSR Marta Ríos Cofré (Las Vertientes) y PRS San Gabriel, respectivamente, ante lo que se cuenta con vehículo, materiales, horas protegidas y presupuesto correspondiente.

**Gráfico N°51: Distribución de intervenciones**



*Fuente: DEIS-MINSAL corte junio 2018.*

**Brechas 2017:**

- Registro deficiente en plataforma SRDM con relación a estadística DEIS.
- Horas de trabajadora social insuficientes para demanda de necesidades de gestantes, lactantes, niños, niñas y familia.
- Movilización deficiente en correlación a demandas de intervención domiciliaria.
- Implementación deficiente de taller Nadie Es Perfecto.
- VDI insuficiente en usuarias con riesgo psicosocial, cumplimiento en 50%.
- Implementación deficiente de sala de estimulación.

Sala estimulación CHCC: Posta de Salud Rural, Marta Ríos Cofré, localidad Las Vertientes.



#### **Cumplimientos 2018:**

- Aumento en el rendimiento de plataforma SRDM en un 64%.
- Disposición de vehículo semanal para la ejecución de VDI en casos de riesgo psicosocial.
- Presentación de proyecto de mejora de infraestructura e implementación a SSMSO.
- Cambio de coordinación de programa a profesional que dispone de 44 horas en los centros de salud y posee otras jefaturas que contribuyen al área.
- Asignación de trabajadora social, quien dispone de horas exclusivas al programa en PSR San Gabriel y PSR Volcán.
- Asignación de horas protegidas en salud mental para usuarios/as del programa.

#### **Desafíos 2019:**

- Planificación anual con horas protegidas para la ejecución de Intervenciones educativas de apoyo al desarrollo y la crianza.
- Registro actualizado en plataforma SRDM.
- Asignación de horas protegidas en controles médicos de salud mental infantil.

#### **Equipamiento de sala de estimulación, según normativa vigente.**

- Contar con espacio de intervención con componentes motivacionales y estimulantes para el desarrollo biopsicosocial de la infancia.

## **CICLO VITAL ADOLESCENTES Y JÓVENES**

**Profesional a cargo:** Matrona Carolina Meneses Campos

**Equipo:** Enfermera Yeans Fonseca - Enfermera María del Carmen Gahona - Matrona Beatriz Susarte - Odontólogo Patricio Domínguez – Psicóloga María Teresa Vera - Trabajadora Social Rosa Salazar

### **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:**

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

### **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, 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, pesquisando 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.

**Tabla N°23: Población inscrita validada:**

GRUPO ETÁREO	2018		TOTAL	%
	HOMBRES	MUJERES		
10-14 años	72	53	125	44.32%
15-19 años	86	71	157	55.68%
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>124</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: SSMSO, Subdirección de Gestión Asistencial, Departamento de Atención Primaria.*

Cabe destacar que nuestro dato no cuenta con información de PSR El Volcán. Se levanta como brecha para año 2019.

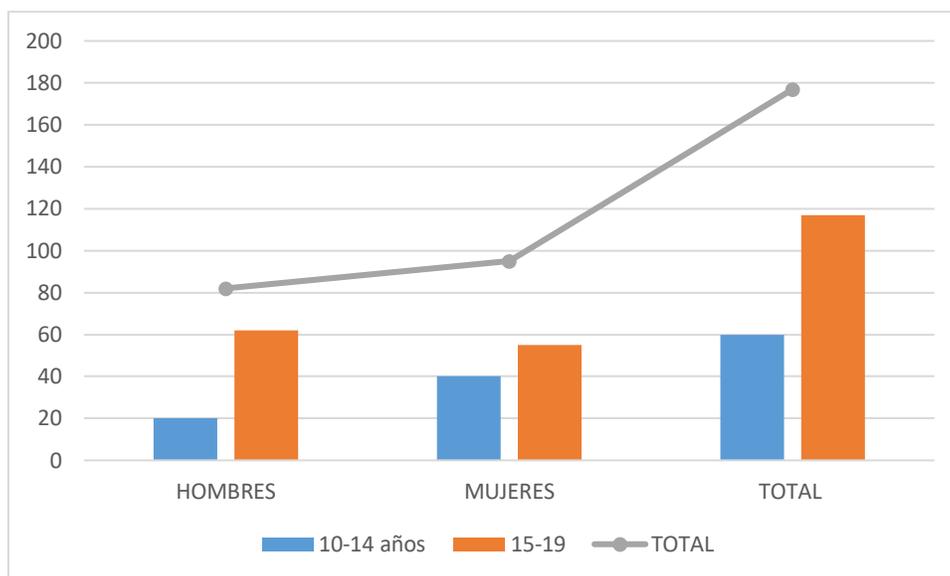
**Población bajo control:**

**Tabla N°24: Controles de salud integral del adolescente realizados en el periodo enero – agosto 2018, según sexo y grupo etario**

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
10-14 años	20	40	60	33.9
15-19	62	55	117	66.1
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>95</b>	<b>177</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>46,33%</b>	<b>53,67%</b>	<b>100%</b>	

*Fuente: REM enero- agosto 2018*

**Gráfico N°52: Fichas CLAP aplicadas en periodo Enero-agosto 2018**



*Fuente: REM enero- agosto 2018*

Del gráfico anterior se pueden desprender las siguientes observaciones:

- El grupo etario de 15- 19 años dobla en número al grupo de 10-14 años, equivalente a 66.1% y 33.9% respectivamente, en porcentaje de aplicaciones.
- Se ha logrado disminuir la brecha de CJS por sexo, ya que durante el 2017 la aplicación de fichas CLAP a hombres eran muy menores en relación a la de mujeres, siendo hoy de 46.33% y 53.67% respectivamente.

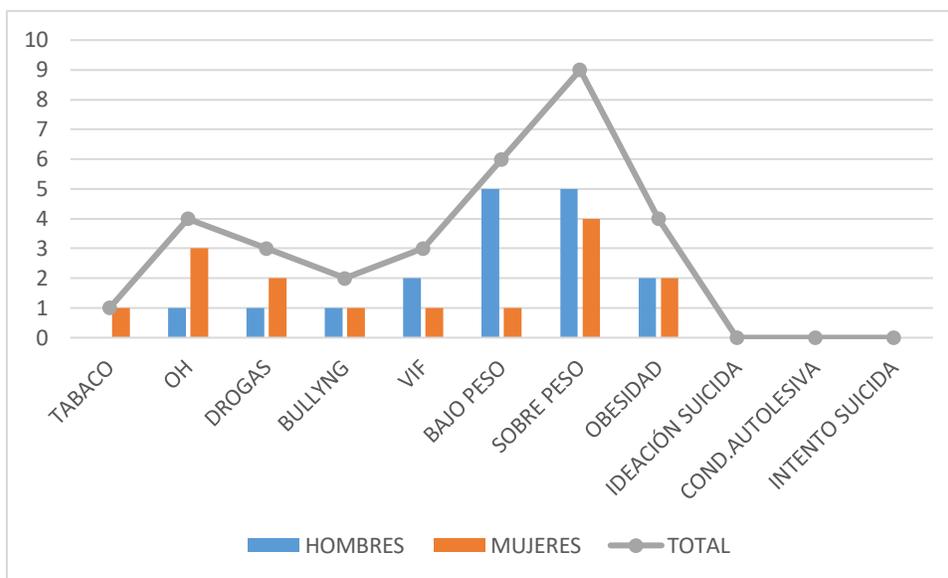
**Tabla N°25: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-14 años en CJS:**

FACTOR DE RIESGO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TABACO	0	1	1
OH	1	3	4
DROGAS	1	2	3
BULLYNG	1	1	2
VIF	2	1	3
BAJO PESO	5	1	6
SOBRE PESO	5	4	9
OBESIDAD	2	2	4

IDEACIÓN SUICIDA	0	0	0
CONDUCTAS AUTOLESIVAS	0	0	0
INTENTO SUICIDA	0	0	0

FUENTE: Registro interno

Gráfico N°53: Factores de riesgo detectados en población adolescente 10-14 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 estado nutricional alterado, por exceso y por déficit, respectivamente. Tal situación se presenta tanto en hombres como en mujeres, siendo más significativo en los varones.
- En segundo lugar, se encuentra el consumo de sustancias, prevaleciendo el consumo de alcohol, luego THC (la única droga ilícita detectada en esta población) y finalmente consumo de tabaco, en los tres casos el consumo es mayor en mujeres que en hombres. Cabe destacar que el nivel de consumo encontrado es solo 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 tercer lugar, encontramos los casos de violencia escolar y violencia intrafamiliar, los cuales ya se encontraban en su totalidad siendo intervenidos.
- En cuanto a conductas suicidas, no hubo detección de riesgo.

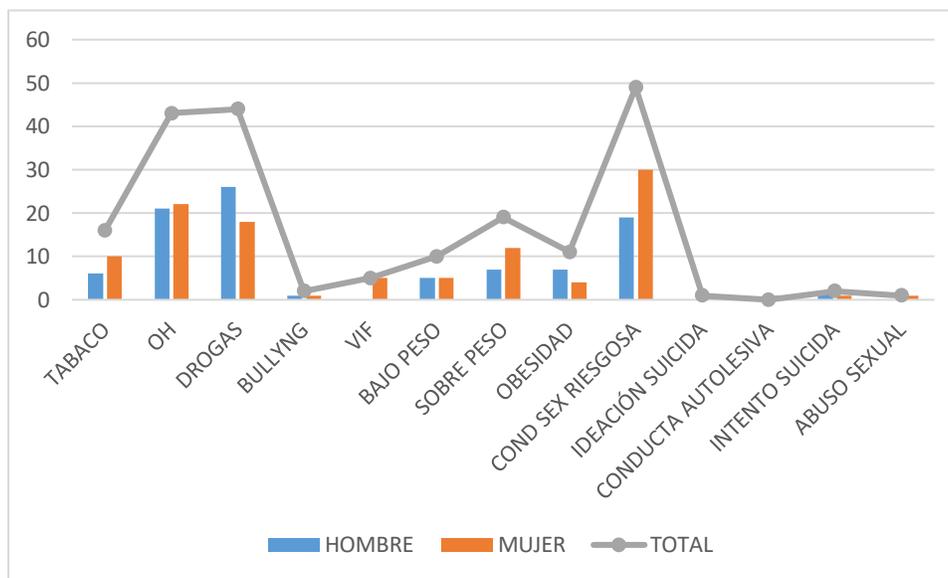
Tabla N°26: Factores de riesgo detectados en población adolescente 15-19 años en CJS:

FACTOR DE RIESGO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
------------------	---------	---------	-------

TABACO	6	10	16
OH	21	22	43
DROGAS	26	18	44
BULLYNG	1	1	2
VIF	0	5	5
BAJO PESO	5	5	10
SOBRE PESO	7	12	19
OBESIDAD	7	4	11
COND SEXUAL DE RIESGO	19	30	49
IDEACIÓN SUICIDA	0	1	1
CONDUCTA AUTOLESIVA	0	1	0
INTENTO SUICIDA	2	0	2
ABUSO SEXUAL	0	1	1

FUENTE: Registro interno

Gráfico N°54: Factores de riesgo detectados en población adolescente 15-19 años en CJS:



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

- El principal factor de riesgo detectado es la conducta sexual de riesgo, la cual incluye el 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.
- En segundo lugar encontramos el consumo de sustancias prevaleciendo el consumo de THC, luego el consumo de alcohol y finalmente consumo de tabaco, no habiendo una diferencia significativa según sexo.

- Considerar que del total casos detectados con riesgo de consumo de droga, 8 de ellos reconocen consumir dos o más drogas. Casos derivados a la estrategia DIR.
- Considerar que estos casos no incluyen aquellos adolescentes que reconocen haber probado tabaco, alcohol, drogas ilícitas.
- En tercer lugar, encontramos estado nutricional alterado, por exceso y por déficit, respectivamente, no habiendo una diferencia significativa según sexo.
- En cuarto lugar, se ubican las conductas suicidad, todas con derivación inmediata a salud mental y en seguimiento.
- Los casos de violencia escolar y VIF ya se encontraban judicializados.
- En los casos de VIF detectados uno de ellos correspondía a violencia en el pololeo.
- El caso de abuso sexual detectado, debió ser judicializado, según protocolo.

### Compromisos:

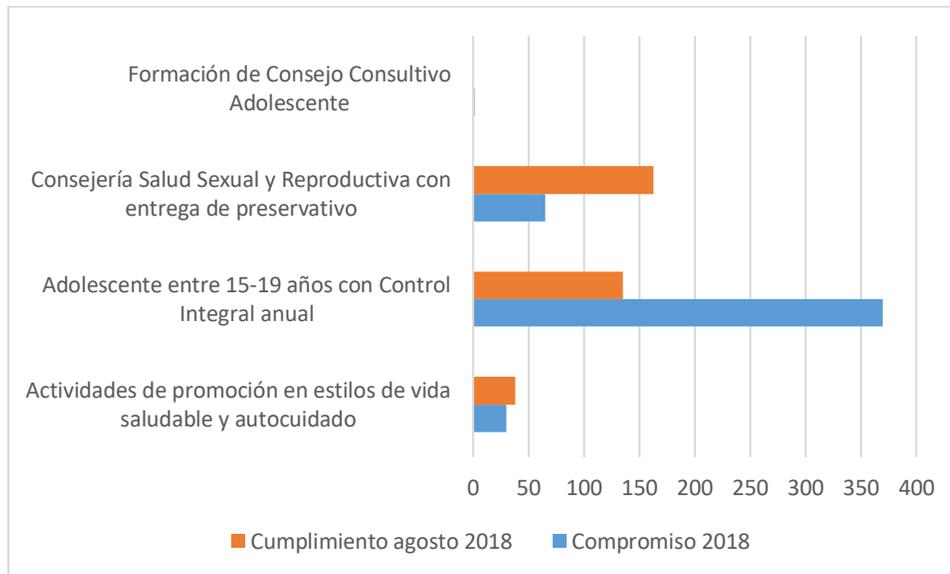
Tabla N°27: Compromisos Espacio Amigable 2018

Compromisos Espacio Amigable 2018			
COMPONENTE	INDICADOR	COMPROMISO	CUMPLIMIENTO A AGOSTO 2018
Estrategias de Promoción de la Salud	% de cumplimiento actividades promocionales en estilos de vida saludable y de autocuidado en adolescentes, realizadas en escuelas y espacios amigables.	30	38
Atención de salud integral en establecimientos de salud y educacionales	% de adolescentes de 15 a 19 años, según sexo con Control de Salud Integral anual.	370	117
	% consejerías en salud sexual y reproductiva, con entrega de condones, a adolescentes de 10 a 19 años, según sexo*	65	163
	% de adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, bajo control en Programa de Salud Mental por pesquisa de ideación suicida en Control de Salud Integral	Establecimiento de línea base	7

<b>Participación</b>	% de comunas con espacio amigable que cuentan con consejos Consultivos de adolescentes y jóvenes.	1	0
----------------------	---	---	---

Fuente: registro interno

**Gráfico N°55: Compromisos Espacio Amigable 2018 versus Cumplimiento al 31 de agosto 2018**



Fuente: Registro interno

**Observaciones:**

De las 30 actividades promocionales en estilos de vida saludable y autocuidado programadas para el año 2018 se han realizado 38, superando lo solicitado. Del total de actividades han participado 953 alumnos en los siguientes establecimientos:

- Liceo Polivalente San José de Maipo
- Escuela Julieta Becerra Álvarez
- Escuela Fronteriza San Gabriel
- Colegio Andino Antuquellén

Ya se encuentran agendadas fechas para

- Escuela Gabriela Tobar Pardo
- Escuela El 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, que incluye profesionales de las áreas clínica y psicossocial, entre ellos podemos mencionar, matronas, psicólogas, trabajadoras sociales y químico farmacéutico.

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 2019 el comienzo de esta actividad idealmente debiese darse desde marzo.

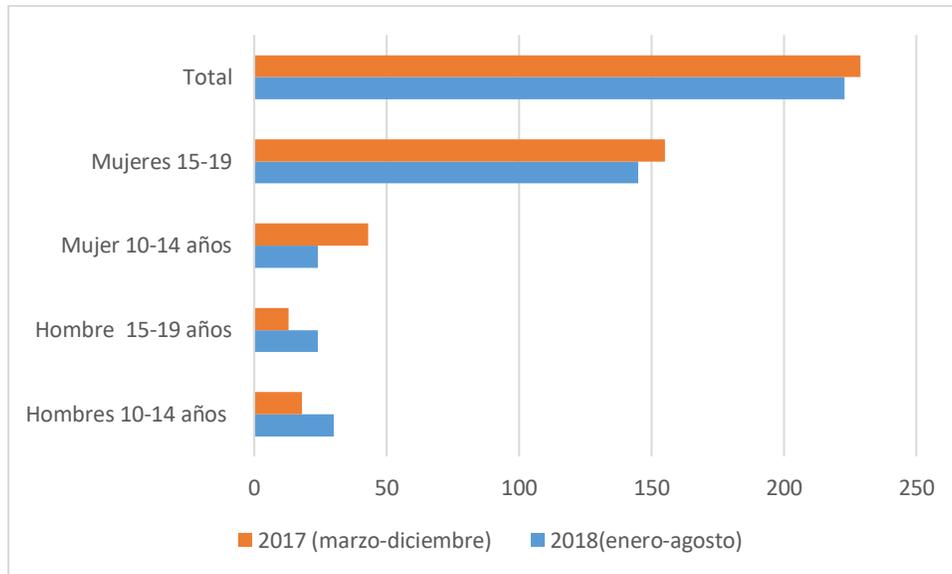
Respecto a las consejerías en Salud Sexual y Reproductiva con entrega de preservativos, lo comprometido fue realizar al menos 65 actividades de este tipo, al 31 de agosto se habían realizado ya 165. La estrategia utilizada para alcanzar este número, es que dicha actividad no se confinó solamente a box, sino que también se realizó entrega de preservativos en establecimientos educacionales, previo taller práctico de uso correcto de condón masculino.

En cuanto a al establecimiento de línea base de adolescentes bajo control en Programa de Salud Mental por pesquisa de ideación suicida en Control de Salud Integral, a la fecha se han detectado siete casos, todos en seguimiento.

Acerca del eje de participación social y adolescencia, si bien no se ha logrado constituir el Consejo Consultivo Adolescente propiamente tal, se han realizado dos conversatorios respecto de esta temática, una en Liceo Polivalente y otra en Colegio Andino Antuquélén, con un total de 24 y 19 participantes respectivamente.

Uno de los compromisos localmente adquiridos en 2017, para el año 2018 fue aumentar el número de atenciones de población masculina, lo que se ha logrado como muestra el siguiente gráfico:

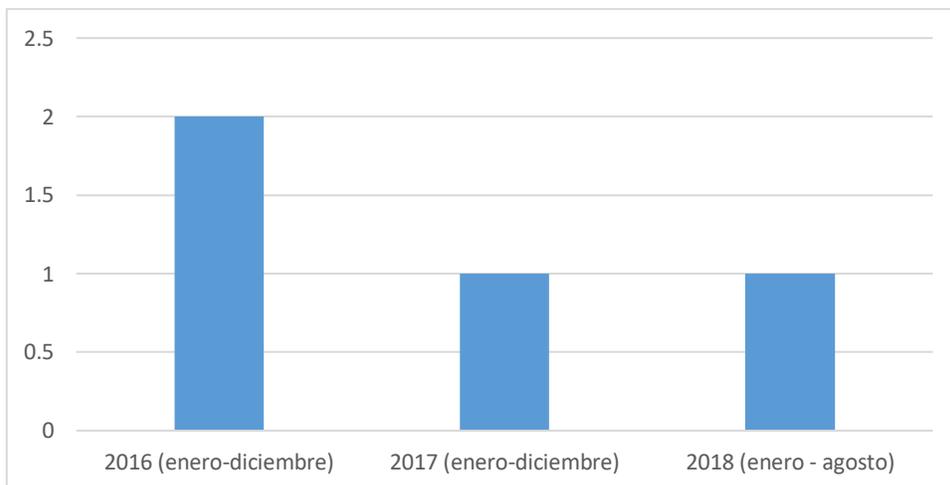
**Gráfico N°56: Atenciones Espacio Amigable 2017 v/s atenciones Espacio Amigable 2018, según sexo**



Fuente: REM enero- agosto 2018

El segundo compromiso adquirido fue mantener las cifras bajas de embarazo adolescente, como se presenta en el siguiente gráfico:

**Gráfico N°57: Embarazo adolescente periodo 2016-2018**



Fuente: REM enero- agosto 2018

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.
- 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.

### 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, principalmente CHSJM. Derivaciones oportunamente realizadas, pero escasa retroalimentación y seguimiento.

### Desafíos:

Para el año 2019 se plantea:

- Mantener los bajos números de embarazos adolescentes
- Seguir aumentando el número de consultas de adolescentes hombres.

### Innovaciones:

Este 2018 nuestro foco fue 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.





Además, se da inicio a ofertar el test rápido de VIH. Estos dispositivos permiten mediante una punción digital tener resultados preliminares con 99,7% de efectividad de forma rápida (15 minutos), con un periodo de exposición al virus de aproximadamente 30 días. Los lugares donde se concentran los jóvenes son los establecimientos educacionales, así que este también será un desafío y prioridad para 2019.

## **PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR.**

**Profesionales a cargo:** María Gracia Bracho, Médico (Adulto) - Nelly Standen, Nutricionista (Adulto mayor)

**Equipo:** Pilar Silva, Médico - Beatriz Susarte, Matrona – Yeans Fonseca, Enfermera – Maria del Carmen Gahona, Enfermera - Rodrigo Veliz, Químico Farmacéutico - Rosa Salazar - Trabajadora Social

### **Objetivo General**

- Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través del Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años y en adultos mayores de 65 años y más, así mismo realizar el ingreso y control óptimo de usuarios con patologías cardiovasculares.

### **Objetivos específicos**

- Realizar Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, y más de 65 años, aumentando la cobertura con respecto al año 2018, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, Dislipidemia y otras.
- Aumento de Cobertura efectiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo II, así mismo la compensación en la población bajo control, con respecto al año 2018.
- Mejorar la calidad de visitas domiciliarias integral, aumentando el número de visitas con equipo multidisciplinario.

### **Compromisos 2018:**

- Realizar Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable, en las personas con enfermedades cardiovasculares, mensual de marzo a noviembre, con asistencia obligatoria dado que esta instancia colectiva, se integra al ciclo de prestaciones del PSCV.
- Mejorar la cobertura de evaluación de fondo de ojo y llegar a cifras superiores, para lo cual se reforzará la importancia de esta actividad y derivación oportuna en los controles realizados por médico y enfermera del PSCV.
- Continuar con las conserjerías de dupla, químico farmacéutico y trabajadora social para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se realiza Consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto y adulto mayor.
- Exhibición de videos educativos en la sala de espera.
- Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, y más de 65 años, focalizando el grupo de 20 a 24 años, aumentando en un 20% la cobertura de este grupo, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemia y otras.
- 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.
- Clasificar al 100% los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica.
- Se espera disminuir la incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes, a través de 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.

- Aumento de la cobertura efectiva de la hipertensión arterial en al menos un 15% con respecto al año 2017 y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- Aumento de la cobertura efectiva de la diabetes tipo 2 en un 15% y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- Aumentar el número de visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.
- Mejorar la coordinación con SSMSO, (lentes presbicie, GES hipoacusia bilateral, etc.)

### Cumplimientos

- Desde el mes de marzo iniciaron los Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable en las personas con enfermedades cardiovasculares, bajo intervención de profesionales como Médico, nutricionista, enfermera, kinesiólogo, psicóloga, matrona, abarcando las tres postas de salud, dicha actividad cuenta con una participación de 20 usuarios aproximadamente por sesión, en un total de 13 intervenciones en las tres postas hasta la fecha.

Los Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable se realizan en las siguientes fechas:

<b>Posta Marta Ríos Cofré</b>	mensualmente
<b>Posta san Gabriel</b>	cada 2 meses
<b>Posta El Volcán</b>	cada 2 meses

- Mejora en la cobertura de registro de fondo de ojo al realizar la derivación oportuna en los controles realizados por médico, así mismo se cuenta desde marzo con clave de plataforma para visualizar informe de fondo de ojos por parte de especialistas posterior a evaluación ya que era una brecha que existía debido a que la mayoría de los pacientes extravían informe por escrito. Para el corte del diciembre de 2017 se reportaron 25 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 dupla, para mejorar la adherencia al tratamiento por parte del químico farmacéutico y trabajadora social.
- Continúa la consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto y adulto mayor. Se plantea 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, y más de 65 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 Clasificar al 100% los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica.
- Se logró aumento en la cobertura diagnóstica de la hipertensión arterial, respecto al año 2017, con un aumento del 15 %, y de un 13% la cobertura diagnóstica de la diabetes tipo II.

- 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.

Para reforzar y ayudar a los pacientes que están utilizando insulina o que van a iniciar tratamiento, se entrega máquinas de medición de glicemia capilar, cintas reactivas y lancetas, donde los pacientes realizaran el auto monitoreo en sus casas y así acudir a controles con perfiles de glicemia para realizar los ajustes correspondientes en las dosis de insulina, esto ayuda mucho ya que los pacientes no cuentan con el dinero para asistir diariamente o cada 2 días al centro de salud a realizarse las mediciones, además las cintas son un recurso caro, que muchas veces no está a su alcance.

- Se aumentó el número de visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa, para un mejor control y seguimiento de los pacientes, con un total de 10 beneficiarios, y 72 visitas realizadas en el corte de septiembre 2018.
- Se mejoró la coordinación con SSMSO, para entrega de lentes presbicia, y entrega de audífonos (GES hipoacusia bilateral), a partir de este año de lleva un registro de entrega, otorgando desde enero 2018 hasta la fecha en las tres postas un total de 102 lentes de presbicia.

#### **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.
- Se espera cumplir con la proyección de videos educativos en sala de espera durante el 2018.
- El 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**

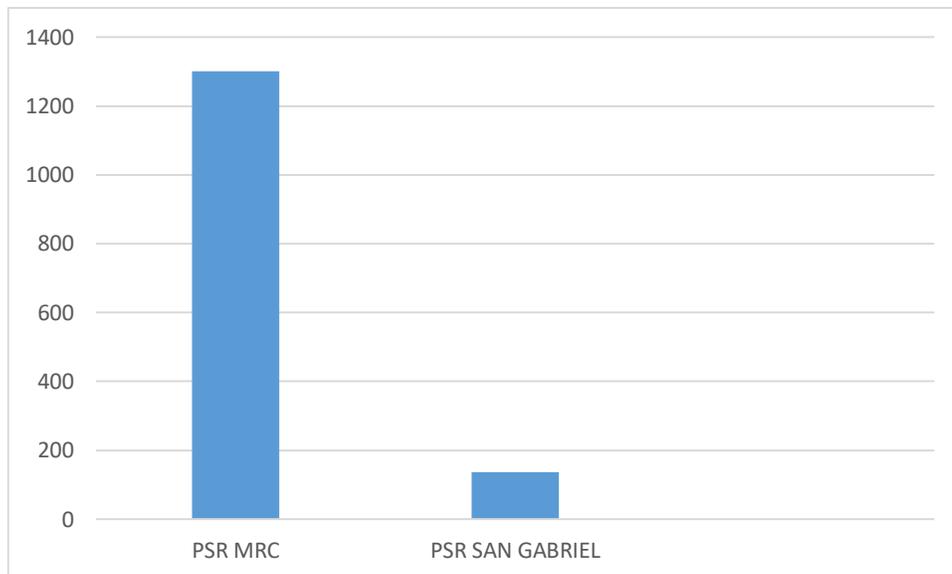
- Mejorar la promoción de los talleres cardiovasculares resaltando la importancia de la asistencia.
- Mejorar la comunicación con Hospital de referencia, para entregar atención oportuna a pacientes que egresen post evento de ACV o IAM en los tiempos establecidos.
- Mejorar calendarización para reuniones bimensuales con el equipo del programa cardiovascular.
- 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 2018.

### Innovaciones/ Buenas prácticas

- Como buena práctica 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) en las tres postas de salud, de manera mensual el último jueves de cada mes en Posta Marta Ríos Cofré, cada 2 meses en posta san Gabriel y volcán, y de carácter obligatorio para los inscritos en el programa, el cual ayuda al manejo integral de los usuarios para una mejor compensación de sus patologías.

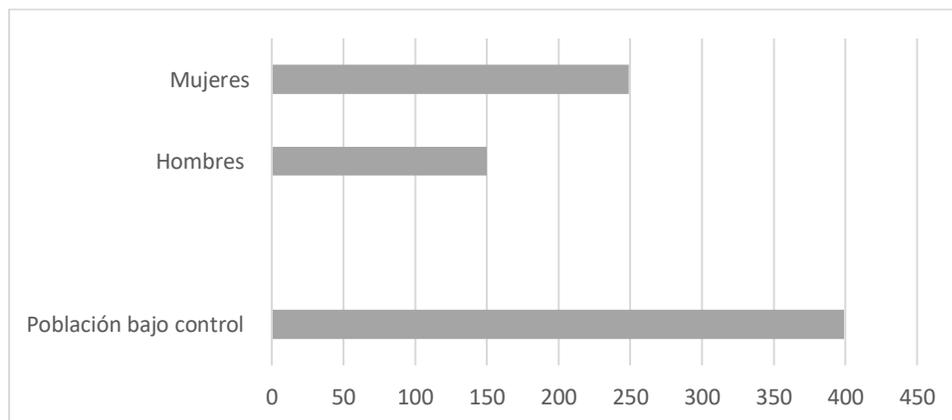
### Diagnóstico local:

**Gráfico N°58: Población inscrita validada de Adulto y Adulto Mayor**



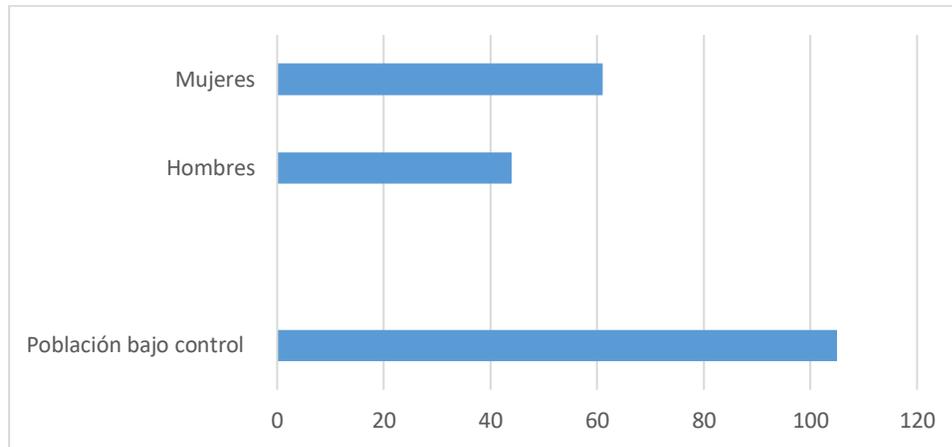
*FUENTE: FONASA, CORTE: ENERO 2018*

**Gráfico N°59: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR Marta Ríos Cofré)**



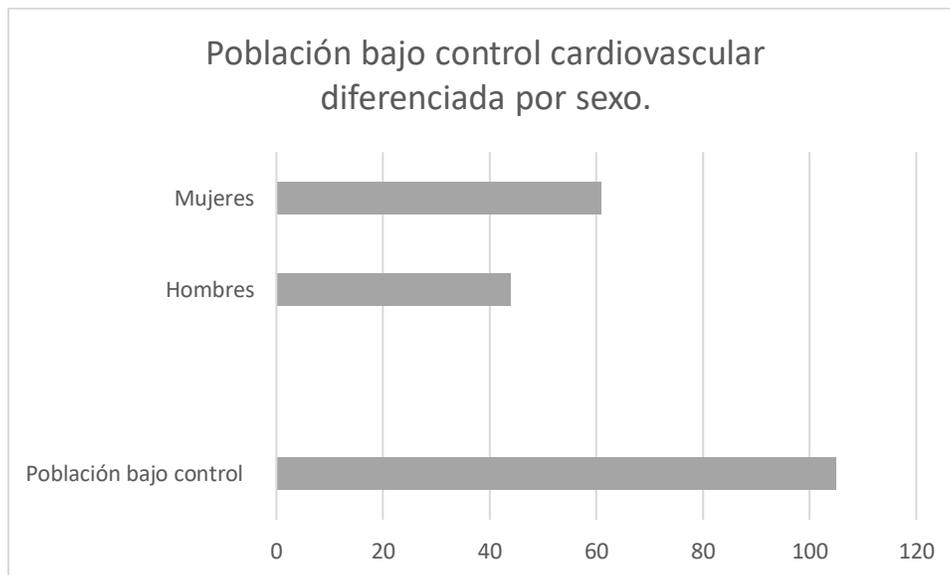
*PSR MARTA RIOS COFRÉ: 399 PERSONAS*

**Gráfico N°60: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR El Volcán)**



*PSR EL VOLCÁN: 42 PERSONAS*

**Gráfico N°61: Población bajo control del programa cardiovascular, según sexo (PSR San Gabriel)**



*PSR SAN GABRIEL: 105 PERSONAS*

**Fuente:** Estadística local

## Metas de cumplimiento colectivo

Tabla N°28: Cumplimiento Meta N°4

META 4				
Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más				
META 4 : AÑO 2018	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
29,00%	84	197	42,64%	12,50

Tabla N°29: Cumplimiento Meta N°5

META 5				
Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más				
META 5 AÑO 2018	Nº personas hipertensas de entre 15 a 79 años de edad 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
75,0%	347	372	93,28%	12,50

**Tabla N°30: Cumplimiento Meta N°8**

META 8				
Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años				
META 8 AÑO 2018	N° de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación de pie vigente (últimos 12 meses)	N° total de personas diabeticas de 15 y más años bajo control (últimos 12 meses)	Porcentaje de personas diabéticos con evaluación anual de pie diabetico	VALOR PROPORC. META 8
90%	147	162	90,74%	12,50

*Fuente: Rems estadístico mensual*

*Corte: junio 2018*

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

**Tabla N°31: Cumplimientos IAAPS**

NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO AÑO 2017	META AÑO 2018	META ACTIVIDADES AÑO 2018	Cumplimiento Junio
Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años	16,39%	16,25%	84	57
Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años	66,50%	61%	192	40
Examen de Medicina preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años	37,07%	46,50%	117	71
Cobertura de capacitación a cuidadores de	100%	75%	2	11
				9

personas con dependencia severa con pago de estipendio				
Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	41,60%	38,12%	197	84
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	82,20%	75,39%	372	347

*Fuente: estadística local*

*Corte: junio 2018*

### EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA ADULTO

Tabla N°32: Estado Nutricional: Mujeres de 45 a 64 años según EMP realizados a Septiembre 2018

Estado Nutricional: Mujeres de 45 a 64 años según EMP realizados a Septiembre 2018										
CENTRO	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		NORMAL		BAJO PESO	
	N°	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
PSR MRC	61	55,96	34	64,15	12	42,86	14	51,85	1	100
PSR SG	38	34,86	16	30,19	13	46,43	9	33,33	0	0
PSR V	10	9,17	3	5,66	3	10,71	4	14,81	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

*FUENTES: Registros locales*

Tabla N°33: Estado Nutricional: Hombres de 20 a 64 años según EMP realizados a Septiembre 2017:

CENTRO	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		NORMAL		BAJO PESO	
	N°	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
PSR MRC	30	42	13	43	12	40	5	17	0	
PSR SG	11	15	4	36	1	9	6	54	0	
PSR V	31	43	14	45	8	26	9	29	0	
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	

*FUENTE: Registros locales*

**Tabla N°34: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Femenino 45 a 64 Años por centro:**

Factor de riesgo	MUJERES 45 A 64 AÑOS			TOTAL
	PSR MRC	PSR SG	PSR V	
TABACO	19	5	4	28
SOBREPESO	34	16	3	53
OBESIDAD	12	13	3	28
PA $\geq$ 140/90	13	5	3	21
GLICEMIA $\geq$ 100	11	8	6	25
COLESTEROL TOTAL $\geq$ 200	22	13	2	37
DEPRESIÓN	0	0	0	0

*FUENTE: Registro locales*

**Tabla N°35: Factores de Riesgo del EMP, Sexo Masculino 20 a 64 Años por centro**

Factor de riesgo	TOTAL			%
	PSR MRC	PSR SG	PSR V	
TABACO	11	3	14	39
SOBREPESO	12	3	14	40
OBESIDAD	12	1	8	29
PA $\geq$ 140/90	7	3		14
GLICEMIA $\geq$ 100	2	1		4
COLESTEROL TOTAL $\geq$ 200	3	1	2	8
DEPRESIÓN				
CONSUMO RIESGO Y/O DEPENDENCIA OH	3		1	5

*Fuente: Registros Locales*

En las tablas anteriores de los EMPA realizados se puede destacar el sobrepeso y obesidad como factor de riesgo relevante en la población de ambos sexos a predominio del femenino, así mismo un alto consumo de tabaco en esta población. Así mismo se evidencia predominio de aumento del colesterol y glicemias en ayuna en mujeres.

**Tabla N°36: Población Adultos mayores Bajo control y con Examen de Medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) al día a septiembre 2017 por sexo, resultado de la evaluación y centro de salud:**

CONDICIÓN	PSR MRC		PSR SG		PSR V		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	
AUTOVALENTE SIN RIESGO	11	30	10	9	5	2	67
AUTOVALENTE CON RIESGO	9	15	4	6	9	4	47
RIESGO DE DEPENDENCIA	6	11	1	0	0	0	18
DEPENDENCIA LEVE	1	3	0	1	0	0	5
DEPENDENCIA MODERADA	0	0	0	1	0	0	1

*FUENTE: Registro locales*

**Tabla N°37: Dependencia severa según grupo etario y centro de salud**

CENTRO	SEXO	0-19	20-64	≥65	TOTAL	%
PSR MRC	HOMBRE	0	0	3	3	30
	MUJER	1	0	5	6	60
PSR SG	HOMBRE	0	0	0	0	0
	MUJER	0	0	1	1	10
PSR V	HOMBRE	0	0	0	0	0
	MUJER	0	0	0	0	0
TOTAL		1	0	9	10	100

*Fuente: Registros Locales*

**Tabla N°38: Usuarios con dependencia severa y estipendio**

CENTRO	TOTAL DE USUARIOS EN PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA	DE HOMBRES	%	MUJERES	%	RECIBEN ESTIPENDIO	%
PSR MRC	9	3	30	6	60	2	20
PSR SG	1	0	0	1	10	0	0
PSR V	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL	10	3	30	7	70	0	0
-------	----	---	----	---	----	---	---

Fuente: Registros Locales

En las tablas anteriores se muestra que en su mayoría los adultos de más 65 años son autovalentes con y sin riesgo.

Tabla N°39: Población cardiovascular por centro:

CENTRO	HTA		DM tipo 2		Dislipidemia		TOTAL
	15-64	≥65	15-64	≥65	15-64	≥65	
PSR MRC	153	184	63	61	108	123	692
PSR SG	51	30	24	11	47	23	186
PSR V	19	17	6	9	14	8	73
TOTAL	223	231	93	81	169	154	951

FUENTE: Rems P4 semestral corte agosto 2018

Tabla N°40: Población cardiovascular por centro y sexo:

CENTRO	HTA		DM tipo 2		Dislipidemia	
	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
PSR MRC	204	133	60	64	157	74
PSR SG	44	37	21	14	42	28
PSR V	16	20	9	6	12	10
TOTAL	264	190	90	84	211	112

FUENTE: Rems P4 semestral corte agosto 2018

La gráfica 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.

Tabla N°41: Población cardiovascular por centro y patologías asociadas PSR MRC

CENTRO	PATOLOGIAS ASOCIADAS	N° PERSONAS
PSR MRC	HTA+DMTIPO2+DISLIPIDEMIA	56
	HTA+ DM TIPO 2	93
	DM TIPO 2 + DISLIPIDEMIA	16
	HTA+ DISLIPIDEMIA	115

FUENTE: Registro local

En la gráfica anterior, se muestra la clasificación de patologías asociadas de Posta MRC sin embargo se dificultó la clasificación en postas volcán y san Gabriel, el cual será brecha a mejorar para el próximo año.

## **PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**Profesional a cargo:** Beatriz Elena Susarte Villegas, Matrona

**Equipo:** Carolina Meneses, Matrona - Beatriz Elena Susarte Villegas, Matrona

**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.

### **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.
- Contribuir a la promoción de estilos de vida saludable y autocuidado de la mujer y su entorno.

### **Compromisos 2018**

#### **I.- AREA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

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

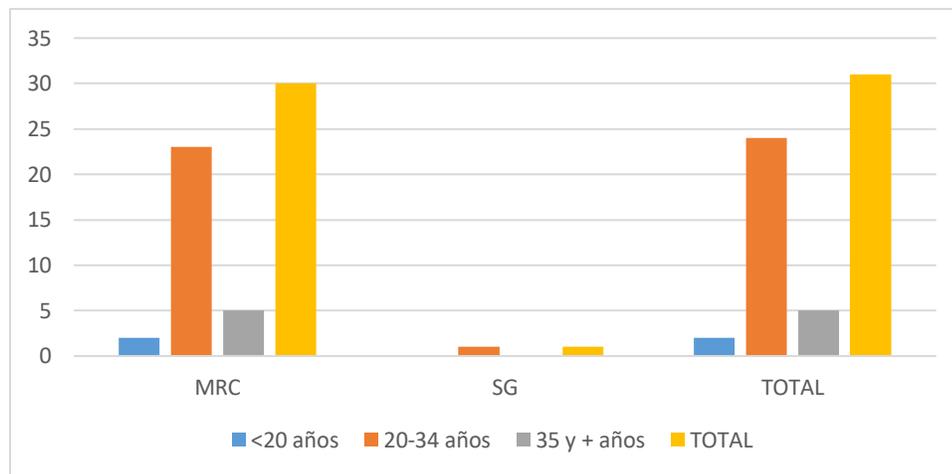
- Mejorar la vigilancia del proceso reproductivo y detectar precozmente a las embarazadas con algún factor de riesgo o patología, utilizando sistemáticamente el apoyo de las guías clínicas vigentes.
- Identificar población de embarazadas en riesgo Parto Prematuro, detectando precozmente síntomas o signos para referirlas oportunamente a nivel secundario, considerando que es una patología AUGE.
- Mantener la coordinación interdisciplinaria entre los equipos maternal y odontológico.
- 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.

**Tabla N°42: Ingreso de gestantes, según edad y centro de salud**

EDAD	MRC	SG	V	TOTAL	%
<20	2	0	0	2	6.45
20-34	23	1	0	24	77.41
35 y +	5	0	0	5	16.12
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

**Gráfico N°62: Ingreso de gestantes, según edad y centro de salud**



*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

De la tabla y gráfico anterior se puede desprender que:

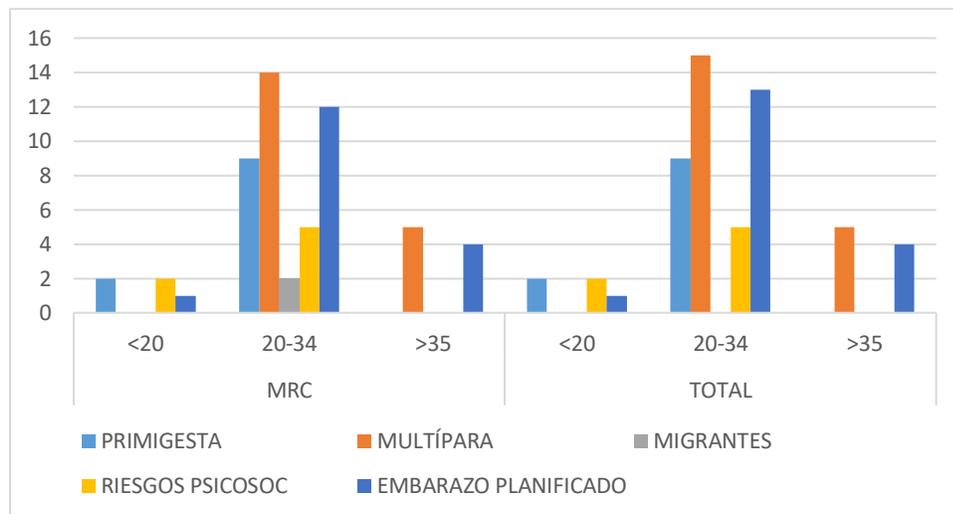
- De los ingresos de población menor de 20 años, ambas gestantes eran mayores de edad, 18 y 19 años respectivamente. Este bajo número de embarazo adolescente, dice relación con la estrategia de Espacio Amigable, que incluye horario de atención diferenciado para este rango etario y actividades de promoción en establecimientos educacionales.
- De este total de ingresos, tres gestantes abortaron de manera espontánea.
- Cabe destacar como ha ido aumentando el número de gestaciones en mujeres mayor de 35 años, es una tendencia nacional, que en nuestra realidad local representa un 16.12% del total de ingresos. La mujer cada día planifica sus embarazos a edad más tardía por lo cual el equipo de matronas de nuestros centros de salud, utiliza como estrategia promocional y preventiva herramientas de control preconcepcional en control de regulación de fertilidad en todas las mujeres de 20 y más años. Respecto al mismo tema se solicita a QF mantener ácido fólico de 5mg en el arsenal farmacéutico comunal.
- En el gráfico no se incluye Posta Volcán, ya que en el periodo no se presentaron gestaciones.

**Tabla N°43: Características de las gestantes, según edad y centro de salud**

	MRC			SG			V			TOTAL		
	<20	20-34	≥35	<20	20-34	≥35	<20	20-34	≥35	<20	20-34	≥35
<b>PRIMIGESTA</b>	2	9	0	0	0	0	0	0	0	2	9	0
<b>MULTÍPARA</b>	0	14	5	0	1	0	0	0	0	0	15	5
<b>MIGRANTES</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RIESGO</b>	2	5	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0
<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>	1	12	4	0	1	0	0	0	0	1	13	4

*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

**Gráfico N°63: Características de las gestantes, según edad y centro de salud**



*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

De la tabla y gráfico anterior se puede desprender que:

- De un total de 31 gestantes ingresadas, 18 correspondían a embarazos planificado (58%). Implica preocupación que un 40% de las gestaciones fueran no planificadas, por lo cual se reforzaran las estrategias de paternidad responsable.
- Todos los riesgos psicosociales, son derivados de manera inmediata al equipo de cabecera y estrategia CHCC.

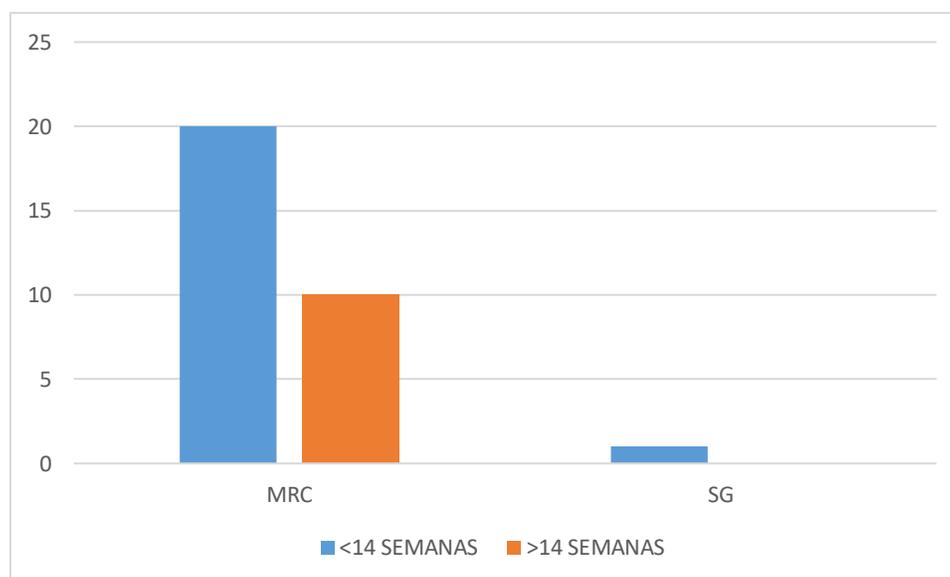
- Durante el periodo se registran dos gestaciones de extranjeras, una de ellas haitiana; lo que significó un gran desafío como equipo de salud para generar una estrategia de atención intercultural.
- En el gráfico no se incluye Posta Volcán, ya que en el periodo no se presentaron gestaciones.

**Tabla N°44: Ingresos de gestantes, según edad gestacional y centro de salud**

EDAD GESTACIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
<14 SEMANAS	20	1	0	21	67.74
>14 SEMANAS	10	0	0	10	32.26
TOTAL	30	1	0	31	100

*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

**Gráfico N°64: Ingresos de gestantes, según edad gestacional y centro de salud**



*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

De la tabla y gráfico anterior se puede desprender que:

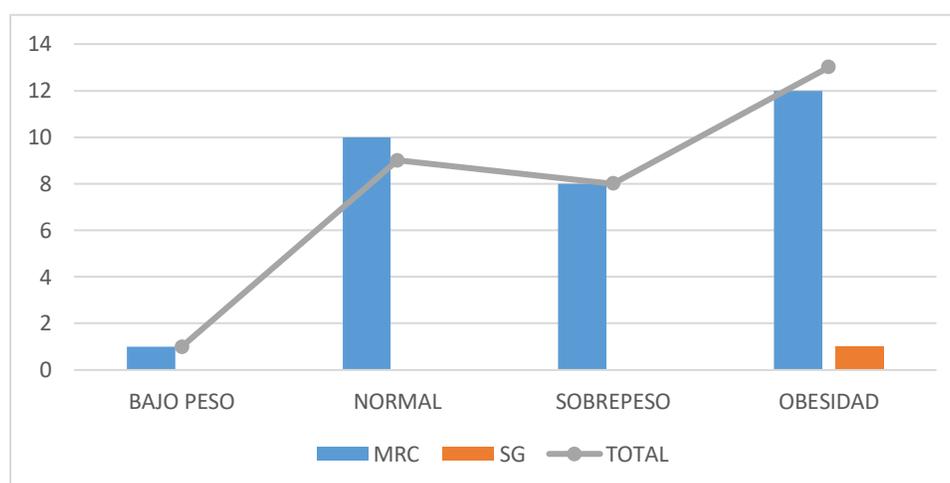
- Del 100% de las gestantes que ingresaron a control prenatal, un 67.74% lo hizo antes de las 14 semanas de gestación, paralelamente de las 10 gestantes que ingresaron posterior a las 14 semanas de gestación (32.26% del total), la mitad de ellas (16.13%) lo había hecho precozmente en el área privada.
- En el gráfico no se incluye Posta Volcán, ya que en el periodo no se presentaron gestaciones.

**Tabla N°45: Estado nutricional de gestantes al ingreso a control prenatal**

ESTADO NUTRICIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
BAJO PESO	1	0	0	1	3.22
NORMAL	10	0	0	9	29.03
SOBREPESO	8	0	0	8	25.80
OBESIDAD	12	1	0	13	41.93
TOTAL	31	1	0	31	100

*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

**Gráfico N°65: Estado nutricional de gestantes al ingreso a control prenatal**



*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

De la tabla y gráfico anterior se puede desprender que:

- Del 100% de los ingresos a control prenatal, un 70.95% cuenta con un estado nutricional de malnutrición, un 3.22% por déficit y un 67.79% por exceso. Destacar que el estado nutricional alterado durante la gestación representa uno de los principales factores de riesgo asociadas a un aumento significativo de morbilidad, durante la gestación, el parto y puerperio, tanto como para la madre como para el feto y recién nacido. Toda gestante independiente de su estado nutricional, al ingreso a control prenatal es derivada a nutricionista. Luego, si durante el periodo hay detección de algún riesgo nuevamente vuelve a ser derivada según necesidad. Se establece situación como brecha y se determina

que toda consulta preconcepcional independiente de su estado nutricional será derivada a control con nutricionista.

- En el gráfico no se incluye Posta Volcán, ya que en el periodo no se presentaron gestaciones.

#### 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

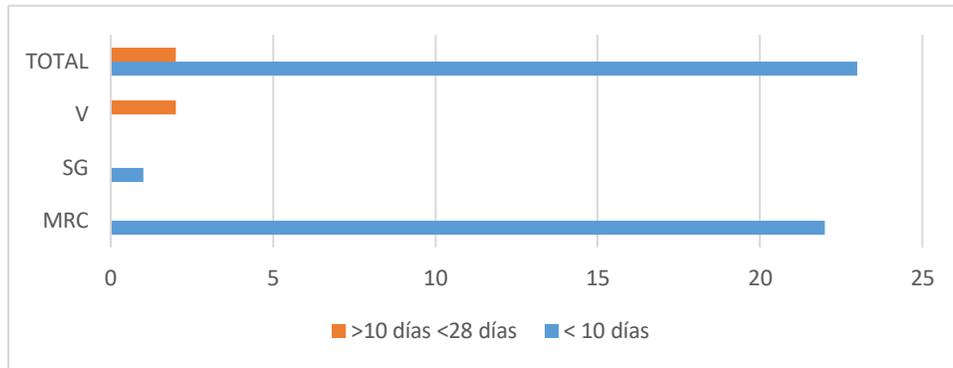
- El seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños/as se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre o algún adulto significativo para la madre y a su hijo o hija en el control de la diada.
- Coordinación multidisciplinaria para el seguimiento de esta diada, de acuerdo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

**Tabla N°46: Ingresos de diadas, según días de vida del recién nacido y centro de salud**

EDAD GESTACIONAL	MRC	SG	V	TOTAL	%
< 10 días	22	1	0	23	92
>10 días ≤28 días	0	0	2	2	8
<b>TOTAL</b>	22	1	2	25	100

*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

**Gráfico N°66: Ingresos de diadas, según días de vida del recién nacido y centro de salud**



*Fuente: base de datos interna libro de ingreso gestantes y puérperas, fichero de gestantes y puérperas (septiembre 2017 – agosto 2018)*

De la tabla y gráfico anterior se puede desprender que:

- El 92% 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. Los dos casos en los que no se logró el objetivo, ambos fueron en la localidad de Volcán y de madres que tuvieron un parto en casa. En las localidades más alejadas de ser necesario, por ejemplo, por condiciones climáticas desfavorables, se realiza el control de diada a domicilio.

#### **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 Puericultura De La Universidad Iberoamericana y 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 encuentren bajo control.

**Tabla N°47: Población Bajo Control Regulación de la Fertilidad, según edad y centro de salud:**

	MRC		SG		V		TOTAL		TOTAL GENERAL
	<20	≥20	<20	≥20	<20	≥20	<20	≥20	
DIU	0	120	0	22	0	2	0	144	144
HORMONAL	42	214	9	49	1	12	52	275	327
CONDONES MUJER	15	13	3	3	0	0	18	16	34
CONDONES HOMBRES	20	10	9	0	0	0	29	10	39
TOTAL	77	357	21	74	1	14	99	445	544
TOTAL GENERAL	434		95		15		544		

*Fuente: registro interno rem i semestre 2018 y tarjetones de regulación de fecundidad existentes en las tres postas*

De la tabla anterior se puede desprender:

- Los métodos anticonceptivos hormonales siguen siendo los predilectos de la población independiente de su edad.
- Ha aumentado de manera sistemática el interés de los varones por el acceso a preservativos, tanto para tener control de su paternidad, como para prevenir el riesgo de adquisición de ITS.

#### **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.

## **II.- ÁREA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLE Y DE SALUD CARDIOVASCULAR**

### **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:**

- 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 2018 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 Iberoamericana y Universidad Diego Portales.

**Tabla N°48: Población con Papanicolau (PAP) vigente**

Población de Mujeres de 25 a 64 años validada inscrita 2018	Cobertura Marzo 2018	Nº logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas con PAP Vigente a Junio 2018	% de Cumplimiento de la meta de la meta Corte Junio 2018	Cobertura Junio 2018
599	78	479	104	80

Fuente: departamento de ciclo vital y programas de salud servicio de salud metropolitano sur oriente, citoexpert y registro interno

El área de Salud de la CMSJM, es una de las pocas comunas del SSMSO, que logra cumplir la meta.

**Tabla N°49: Casos nuevos de PAP alterados**

MRC	SG	V	TOTAL	% de PAP alterados en relación a PAP tomados
1	0	0	1	0.83

Fuente: registro interno, citoexpert y tarjetero pap

De un total de 120 PAP tomados desde enero a agosto 2018, solo se registra un caso nuevo de alteración, pesquisa oportuna y se encuentra en control y seguimiento.

#### 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 2018 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.

**Tabla N°50: Población con Examen Físico Mamario (EFM) Vigente:**

Población inscrita y validada de 35 a 69 años	Total, mamografías vigentes mujeres de 35 a 69 años periodo 2016 a 2018	% de Cobertura de Mamografías
437	350	74.4

*Fuente: depto. estadística del área de salud y registro interno del depto. salud sexual y reproductiva de la corporación*

De la tabla anterior podemos comentar que esta cobertura nos muestra solo la población inscrita y validada, no considera la población de Posta El Volcán (en estos momentos en proceso de validación).

**Tabla N°51: Casos notificados 2018, Probable Patología Maligna**

MRC	SG	V	TOTAL
2	1	0	3

*Fuente: registro interno y monitoreo desde upm (unidad de patología de mama de nivel secundario).*

Las tres usuarias al momento de ser pesquisadas, fueron inmediatamente derivadas de forma oportuna a la Unidad de Patología de Mamas de nuestro centro de referencia CDT Juan Pefaur. En estos momentos están en tratamiento y control en dicha unidad.

**c) Las Enfermedades cardiovasculares**

En el control Ginecológico otro de los desafíos 2018, era continuar pesquisando 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.

Estos desafíos fueron cumplidos a cabalidad.

#### **Brechas detectadas**

- 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 2019**

- Reforzar consejerías preconcepcionales para evitar iniciar embarazos con sobrepeso y/u obesidad, dado que en 2018 el 67.73% de las gestantes que ingresaron se encontraban bajo estos estados nutricionales, lo que claramente es un riesgo biomédico.
- Elaborar estrategias más efectivas para rescatar usuarias insistentes 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.

#### **Innovaciones**

- En el año 2018 nos sumamos al Plan Piloto de Toma de Test Rápido de VIH, por lo que se capacitaron Matrona (2) y Enfermera (1), para aplicar dicho test en las postas rurales, a raíz de esto se elabora un protocolo visado por MINSAL, SEREMI y SSMSO.
- 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.

## 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 TENS Odontología.

**Objetivo General:**

- Establecer una línea de trabajo que oriente y estandarice las acciones para la implementación de la Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), en la Atención Primaria de Salud del país.

**Objetivos Específicos:**

- Implementar un modelo de control de usuarios de acuerdo con el tratamiento de patologías crónicas.
- Mejorar la eficiencia y efectividad de la atención de las personas en riesgo de patologías orales que se controlan en el nivel primario de atención.
- Determinar frecuencia de controles según riesgo.
- Contribuir a reducir la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y hábitos saludables.

**Compromisos 2018:**

Cumplimientos: Durante el año 2017 se realizó un piloto del programa, con el objetivo de establecer una línea basal. Para el año 2018 se estableció la meta de cumplimiento IAAPS en base a la proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries, de acuerdo con la población inscrita, la cual debe corresponder al 60% de ellos en diciembre 2018.

Durante el año 2018 contamos con 24 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 15 usuarios.

A agosto 2018, se cuenta con 19 niños ingresados libres de caries, por lo cual, ya se ha superado la meta nacional establecida y a su vez la local.

Brechas: Si bien este programa es nuevo, se ha logrado una estrecha coordinación con el equipo de salud, para la derivación de niños y niñas desde su control de los 6 meses a atención odontológica y debido a ello, se ha podido abordar de manera adecuada ese grupo etario, con el objetivo de mantenerlos libre de caries.

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.

En base al cumplimiento señalado anteriormente, no se detectan hasta el momento, brechas en relación con el programa.

Desafíos: El desafío de la unidad odontológica se relaciona con ingresar al 90% de los niños menores de 3 años, que 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.

### **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 TENS Odontología.

**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 al grupo objetivo.
- Entrega de un kit de salud oral que incluye cepillo dental infantil suave y pasta dental, la cual debe tener una concentración de 1000 a 1500 ppm.

**Compromisos 2018:**

Cumplimientos: El programa salud oral integral para niños y niñas de 6 años, forma parte de las metas sanitarias y tiene asociado el egreso del 79% de los usuarios inscritos validados. Las Postas de Salud Rural de San José de Maipo durante el año 2018 consignan 22 usuarios inscritos en ese rango etario, por lo cual, la meta a diciembre 2018 considera 18 niños (as) con egreso odontológico. A la fecha, se ha logrado egresar a 13 usuarios, lo que equivale a un cumplimiento actual del 72% en relación con la meta, proyectando el cumplimiento del 79% con relación al total de inscritos a diciembre 2018.

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 con unidad odontológica es 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.

Atención odontológica para usuarios de 7 – 19 años.

**Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.

**Equipo:** Patricio Domínguez Warrington, Cirujano Dentista – Marta Villalón TENS Odontología.

**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 2018:**

Cumplimientos: Para el año 2018 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.

Durante el año 2018 contamos con 355 usuarios inscritos validados de 7 a 19 años, por lo cual, la meta anual de altas odontológicas integrales corresponde a 75 usuarios. A la fecha, se han logrado 49 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 65,3% con relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 21% del total de inscritos a 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 ejecución de mayor cantidad de sesiones para lograr el alta integral.

## **SALUD ORAL DEL ADOLESCENTE**

Altas odontológicas Integrales en adolescentes de 12 años.

**Profesional a cargo:** Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista.

**Equipo:** Patricio Domínguez Warrington, Cirujano Dentista – Marta Villalón TENS Odontología.

### **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.

### **Compromisos 2018:**

Cumplimientos: Para el año 2018 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 74% de ellos en diciembre 2018.

Durante el año 2018 contamos con 15 usuarios inscritos validados de 12 años, por lo cual, la meta anual de altas odontológicas integrales corresponde a 12 usuarios. A la fecha, se han logrado 10 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 83% con relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 74% del total de inscritos a diciembre 2018.

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 como unidad odontológica es 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.

## 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 – Javiera Betanzo Salazar, Cirujano Dentista - Macarena Osorio Mardones, Cirujano Dentista – Tania Oñate Potthoff, Rehabilitadora Oral – Marta Villalón, TENS Odontología - Lilian Arriaza, TENS Odontología - Loreto Navarrete TENS Odontología.

#### **Objetivo General:**

- Asegurar el cumplimiento de prestaciones odontológicas asociadas a Garantías Explícitas en Salud (GES) en embarazadas, en población con urgencias odontológicas ambulatorias diagnosticadas (GES) y en los 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.

#### Salud Oral integral de la embarazada.

##### **Compromisos 2018:**

Cumplimientos: Para el año 2018 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 2018, el cual debe corresponder al 68% en diciembre 2018.

A agosto del año en curso, contamos con 17 usuarias ingresadas al programa prenatal y a la fecha, se han logrado 10 altas integrales, lo que equivale a un cumplimiento actual del 58,8% con relación a la meta, proyectando el cumplimiento del 68% a diciembre 2018.

Desafíos: El desafío de la unidad odontológica se relaciona con continuar con las consejerías grupales integrales desarrolladas en conjunto con Matrona, Nutricionista y Psicóloga al grupo de embarazadas, 2 veces al año, en el marco de educaciones grupales en el proceso de gestación, del Programa CHCC, además de continuar gestionando estrategias de prevención y promoción en este grupo.

#### Salud Oral integral del Adulto de 60 años.

##### **Compromisos 2018:**

Cumplimientos: Para el año 2018 se estableció la meta de cumplimiento de 15 altas odontológicas totales. A agosto 2018, contamos con el 53,3% de la meta anual, proyectando el cumplimiento del 100% del total solicitado a diciembre 2018.

Innovaciones: Actualmente se cuenta 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.

## **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 – Javiera Betanzo Cirujano Dentista – Daniel Díaz, Cirujano Dentista – Macarena Osorio, Cirujano Dentista – Marta Villalón TENS Odontología, Lilian Arriaza, TENS Odontología – Loreto Navarrete, TENS Odontología – Alex Vergara, Conductor.

**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.

Actualmente la Unidad odontológica cuenta con los siguientes PRAPS:

### **1. 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 el 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.

### **2. Programa 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:

- a. 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.

- b. **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.
  
- c. **Atención Odontológica Integral a estudiantes de tercero y cuarto año de educación media:** Consiste en la atención odontológica integral a estudiantes de tercer y 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. Se debe considerar que el año 2017, se logró el alta en la mayor parte de los estudiantes que se encontraban en 3er año medio y que actualmente se encuentran en 4to año medio del establecimiento educacional seleccionado para la prestación (Liceo Polivalente de San José de Maipo).

### 3. 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:

- a. **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.

**Tabla N°52: Resumen cumplimiento PRAPS Odontológicos**

PRAPS	Población	Población comprometida	% cumplimiento	cumplimiento a agosto 2018
Sembrando Sonrisas	459	429 niños y niñas de 2 – 5 años	100%	75,6%
Hombres de escasos Recursos	3.315	50	100%	44%
Más Sonrisas Para Chile	3.972	110	100%	59%
Atención Odontológica Integral para 3er y 4to año medio	74 estudiantes de 3er año medio. 92 estudiantes de 4to año medio.	97	100%	40,2%
Atenciones de morbilidad en el adulto	7.287 usuarios mayores de 20 años.	7.680 actividades recuperativas odontológicas.	100%	65,8%

*Fuente: Unidad de estadísticas de SSMSO y Corporación municipal de San José de Maipo.*

Es importante señalar, que la meta solicitada por el SSMSO a agosto 2018 fue del 50% de cumplimiento en los programas Sembrando Sonrisas y Más sonrisas para Chile, con el compromiso de un logro del 100% de todos los PRAPS odontológicos a diciembre 2018. Por lo que, a la fecha se logró el cumplimiento de meta en 75,6% para Sembrando Sonrisas y en 59% en Más Sonrisas para Chile.

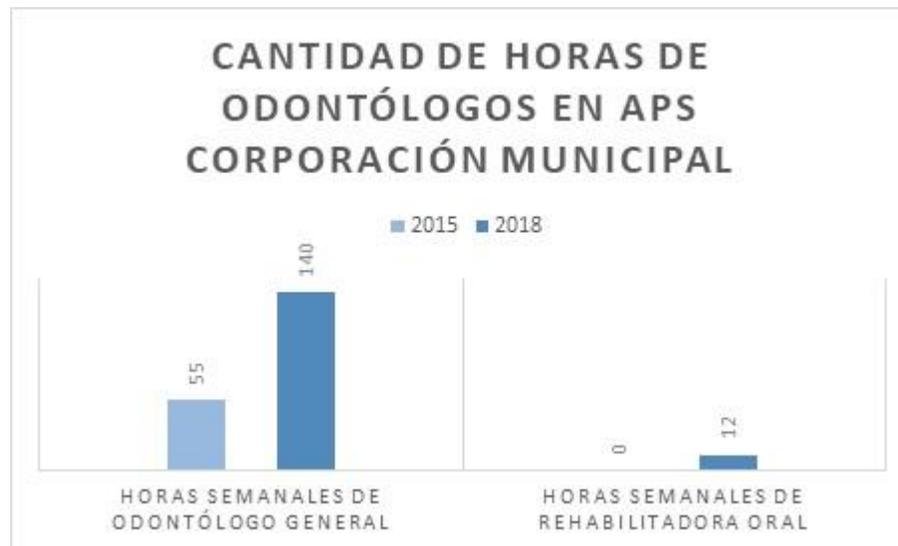
Los Programas de reforzamiento de atención primaria en odontología atienden a toda la población FONASA/PRAIS de la comuna de San José de Maipo y no tan solo a la población inscrita validada en los centros de la Corporación Municipal.

## BUENAS PRÁCTICAS Y/O INNOVACIONES

### Horas de Odontólogo

El incremento en los PRAPS odontológicos y metas asociadas a ellos, posibilitó la contratación de mayor cantidad de horas de odontólogos.

Gráfico N°67: Cantidad de horas de odontología en APS perteneciente a la Corporación Municipal.



*Fuente: Coordinación odontológica Corporación municipal de San José de Maipo.*

Una de las innovaciones planteadas para el año 2018, fue la incorporación de una Odontóloga especialista en Rehabilitación Oral, quien está encargada de realizar la rehabilitación protésica de todos aquellos programas que la requieren.

Cabe considerar, el tiempo invertido en el transporte de los funcionarios a las diferentes localidades de la comuna, lo que en el caso de San José de Maipo equivale entre 2 horas a 3 horas diarias, en los días que existen atenciones en Postas San Gabriel y El Volcán. Actualmente se realizan atenciones odontológicas en Posta El Volcán dos veces al mes y en Posta San Gabriel 4 veces a la semana, teniendo atención completa (jornada diurna más extensión horaria) en Posta las Vertientes de lunes a viernes.

Gráfico N°68: Cantidad de horas de odontólogo general disponibles, con relación a horas efectivas.



*Fuente: Coordinación odontológica Corporación municipal de San José de Maipo.*

En el gráfico podemos observar la cantidad de horas de odontólogo general que dispone el área de salud de la corporación municipal, con relación con la cantidad de horas efectivas realizadas semanales, debido a los traslados que deben realizar los profesionales.

### **Box Odontológicos e infraestructura**

En base al aumento de las atenciones odontológicas, surgió la necesidad de la creación de un nuevo box odontológico en Posta Marta Ríos Cofré, localidad de Las Vertientes, lo cual generó la oportunidad de mejorar el mobiliario existente en ambos boxes, asegurando que su diseño cumpla con la normativa vigente.

Por otro lado, se encuentra en proceso de aprobación sanitaria una clínica móvil odontológica totalmente equipada, la cual se instalará en el Liceo Polivalente de San José de Maipo. Actualmente la clínica móvil se proyecta para la atención de estudiantes de 3er y 4to año medio, con el objetivo de interferir de la menor forma posible en el proceso educativo de los estudiantes.



**Fotografías:** En las fotografías 1 y 2 se observa el exterior e interior respectivamente, de la clínica móvil odontológica.



**Fotografías:** Las fotografías 3 y 4 corresponden al BOX 1 y BOX 2 respectivamente, de Posta de Salud Rural Las Vertientes, respectivamente.

### Mantenciones de equipos odontológicos

Las atenciones odontológicas en box requieren de múltiple equipamiento, el cual debe recibir mantenciones periódicas en base a su utilización y un cuidado especializado por parte del equipo de técnicos y profesionales, con la finalidad de que los usuarios reciban la mejor atención disponible y no se presenten ceses de atenciones debido a desperfectos técnicos. Para ello, se ha desarrollado un plan anual de mantenciones en los equipos, para conservar tanto el funcionamiento adecuado, como la seguridad para usuarios y funcionarios. Este plan de mantenciones involucra a la Posta Marta Ríos Cofré, localidad Las Vertientes, en ambos boxes de atención, Posta San Gabriel y la unidad dental portátil que es utilizada en Posta El Volcán. Las mantenciones involucran revisiones especializadas por un Ingeniero experto en equipos odontológicos, las cuales incluyen sillones dentales, ultrasonidos y compresores odontológicos principalmente.

### Incremento en PRAPS odontológicos

En relación con el daño oral que presenta la población de San José de Maipo, año a año se ha negociado con el SSMSO el incremento de atenciones en ciertos PRAPS odontológicos, principalmente según la disponibilidad de infraestructura y requerimientos específicos de la población.

En el siguiente gráfico, podemos observar un comparativo de las atenciones realizadas durante el año 2015 en relación con el año 2018 en PRAPS odontológicos. Para ejemplificar, durante el año 2015 no se tenía acceso a realizar prótesis dentales en hombres, sin embargo, actualmente se cuenta con 50 cupos para ello y en lo que respecta a la atención de estudiantes de terceros y cuartos medios, durante el año 2018 se dispusieron 97 altas odontológicas, con respecto a las 45 que se contaba el año 2015.

**Gráfico N°69: Comparativo de altas odontológicas entre año 2015 y 2018 en lo que respecta a los programas Hombres de escasos recursos y Atención Odontológica a estudiantes de 3ero y 4to medio.**



*Fuente: Coordinación odontológica Corporación municipal de San José de Maipo.*

En otro ámbito, en relación con las atenciones de Morbilidad en adulto del Programa Mejoramiento del acceso odontológico, se ha logrado un incremento exponencial en relación con los años, actualmente contando con la posibilidad de realizar 7.680 actividades recuperativas odontológicas.

**Gráfico N°70: Cantidad de actividades anuales programadas en Programa Mejoramiento del Acceso Odontológico.**



*Fuente: Coordinación odontológica Corporación municipal de San José de Maipo.*

## ÁREA SALUD MENTAL

- **Nombre del programa:** Salud Mental.
- **Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado (Psicóloga).
- **Equipo:**

<b>Profesional</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Centro Salud</b>	<b>Programa</b>
Javiera Parragué	Psicóloga Coordinación Salud Mental.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.	SMI SMC Acompañamiento. DIR
Betzabé Inostroza	Psicóloga	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.	SMI SMC
María Teresa Vera	Psicóloga	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel.	SMI  SMC
Rosa Salazar	Trabajadora social	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.	SMI SMC
Laura Duarte	Trabajadora social	PSR Marta Ríos Cofré.	P. Acompañamiento.
Natalia Albornoz	Agente comunitaria	PSR Marta Ríos Cofré.	P. Acompañamiento.
María Gracia Bracho	Médica	PSR Marta Ríos Cofré.	SMI
Pilar Silva	Médica	PSR San Gabriel. PSR El Volcán.	SMI
Rodrigo Veliz	Químico farmacéutico	PSR Marta Ríos Cofré.	SMI SMC

- **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.

- **Objetivos específicos:**

- Favorecer proceso integral, bajo el principio de integralidad, particularidad y equidad concordante con el contexto sociodemográfico cultural del usuario/a.
- Otorgar atención oportuna, eficiente y eficaz, acorde a las necesidades biopsicosociales del usuario/a.

- Facilitar estrategias promocionales y preventivas de tipo participativas que integre a los dispositivos de salud dentro de la comunidad de acuerdo a las necesidades locales en marco de modelo de salud familiar.

El área de Salud Mental de APS CMSJM, se compone en la actualidad de cuatro programas: Salud Mental Integral (SMI), Salud Mental Comunitaria (SMC), Programa de Intervención Breve Y Referencia Asistida En Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas (DIR) y programa Acompañamiento. Los cuales sustentan sus estrategias en Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2017-2025, vigente en la actualidad, basado en el principio de transversalización de los procesos, que destaca la salud mental como una dimensión inherente al ser humano, que debe ser comprendida en su integralidad, particularidad, equidad a nivel biopsicosocial, concordante con el contexto sociodemográfico cultural.

### SALUD MENTAL INTEGRAL

**Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado (psicóloga).

**Equipo:**

<b>Profesional</b>	<b>Cargo</b>		<b>Centro Salud</b>
Javiera Parragué	Psicóloga clínica. Coordinación Salud Mental.	Atención individual: adulto-niños - niñas, lactantes. Intervención familiar. Intervención de pareja. Coordinación redes comunitarias e Intersector. VDI.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
Betzabé Inostroza	Psicóloga adulto mayor.	Atención individual: adultos mayores. Intervención familiar. Intervención de pareja. Coordinación redes comunitarias e Intersector. VDI.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
María Teresa Vera	Psicóloga.	Atención individual: adolescentes. Intervención familiar. Coordinación redes comunitarias e Intersector. VDI.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel.
Rosa Salazar	Trabajadora social	Ingreso salud mental. VDI.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel.

		Gestión social. Coordinación redes comunitarias e Intersector.	PSR El Volcán.
María Gracia Bracho	Médica	Control y evaluación adultos y adultos mayores. Urgencia salud mental.	PSR Marta Ríos Cofré.
Pilar Silva	Médica	Control y evaluación adultos, niños, adolescentes y jóvenes. Urgencia salud mental.	PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
Rodrigo Veliz	Químico farmacéutico	Consejería individual Farmacovigilancia. Asesoría farmacológica.	PSR Marta Ríos Cofré.

### **Objetivo general:**

Contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario". (Pág. 1 Ord 4217, Per Capitación Programa Salud Mental Integral 2015)

### **Objetivos específicos:**

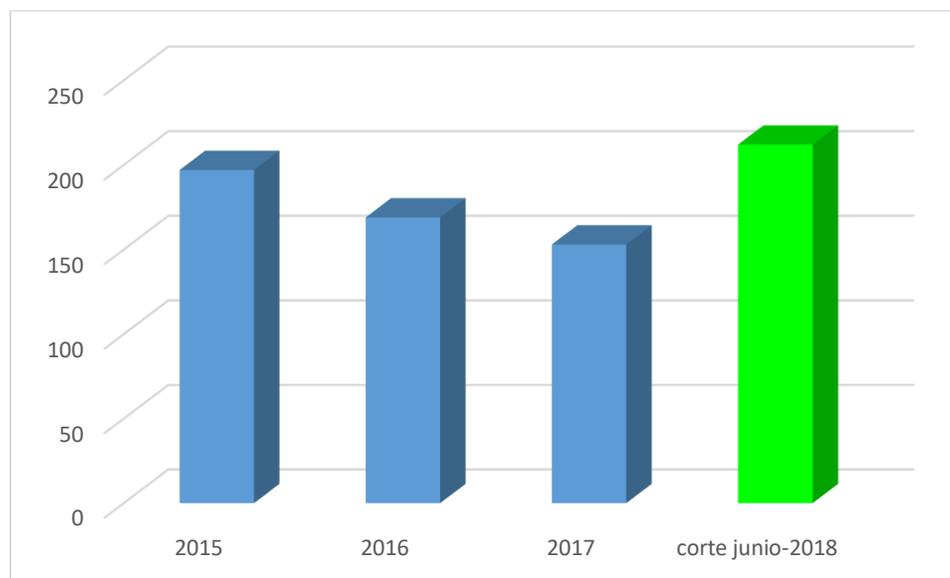
- Fortalecer la Prevención en Salud Mental a través de la implementación de Consejerías individuales y/o de pareja y familiares, Consejerías en Crisis Normativas y no Normativas.
- Realizar diagnóstico y tratamiento de salud mental, bajo modalidad: individual, familiar y/ o de pareja.
- Otorgar atención de calidad técnica a población bajo control, acorde a normativas vigentes y realidad local.

### **Descripción:**

Salud mental de APS CMSJM cuenta con una población bajo control de 212 usuarios y usuarias con diversos trastornos mentales, lo cual implica un aumento sustancial de 38.6% con relación a periodo segundo semestre 2017 (corte diciembre 2017). Respecto a dotación del programa, se cuenta con 3 psicólogas, la primera de ellas, con 44 horas, segunda con 36 horas de atención/gestión y la tercera con 11 horas, distribuidas en las tres Postas de Salud Rural: Las Vertientes, San Gabriel y El Volcán. Cabe destacar, que en periodo 2018, se aumentó la frecuencia de intervención en PSR El Volcán y PSR San Gabriel, siendo actualmente atención quincenal en PSR El Volcán y semanal en PSR San Gabriel, con el fin de favorecer un proceso terapéutico y mantener seguimiento periódico de los casos. Como también, se cuenta con dos médicos de salud mental, con 4 horas disponibles para control y una protegida para atenciones prioritarias; una trabajadora social con 22 horas a

disposición para ingresos, controles y VDI. Por último, 8 horas de químico farmacéutico, el cual realiza farmacovigilancia, consejerías y seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico.

**Gráfico N°71: Población total bajo control periodo 2015-2018**



*Fuente: Registro estadístico interno*

#### **Cumplimientos 2018:**

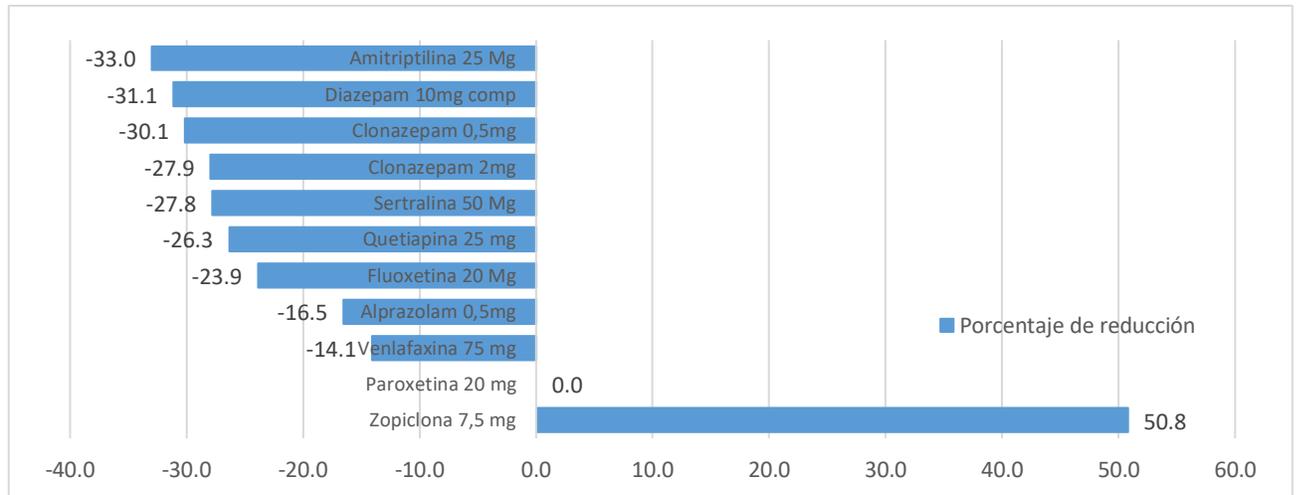
De acuerdo a plan de mejora propuesto por jefatura del área, se ha llevado a cabo las siguientes acciones en el programa:

- Aumento de frecuencia de atención de profesional psicóloga en PSR San Gabriel y PSR El Volcán.
- Aumento de rendimiento en atención psicológica e ingreso de salud mental, para favorecer un proceso significativo con los usuarios y usuarias del programa.
- Implementación de ingreso al programa por trabajadora social, para contar con mayor información del contexto y valorización de riesgo psicosocial de usuarios y usuarias que requieren evaluación de pertinencia de atención en salud mental.
- Plan de intervención integral acorde a criterios de: gravedad, cronicidad y riesgo psicosocial.
- Gestión de horas médicas protegidas para atención de pacientes con trastornos mentales graves.
- Aumento de población bajo control del programa en un 38.6%, con relación periodo 2017.

### Innovaciones 2018:

- Incorporación de profesional químico farmacéutico al programa, quien realiza Consejería individual, Farmacovigilancia, Asesoría farmacológica, entre otros.
- Implementación de plan de seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico.
- Plan rescate de pacientes con larga data de tratamiento con fármacos benzodiazepinas asociado a patrón adictivo hacia este con resultado de 75% de reducción y suspensión de farmacoterapia de esta índole con buen manejo clínico.

**Gráfico N°72: Evolución estrategia de disminución de uso de benzodiazepinas**



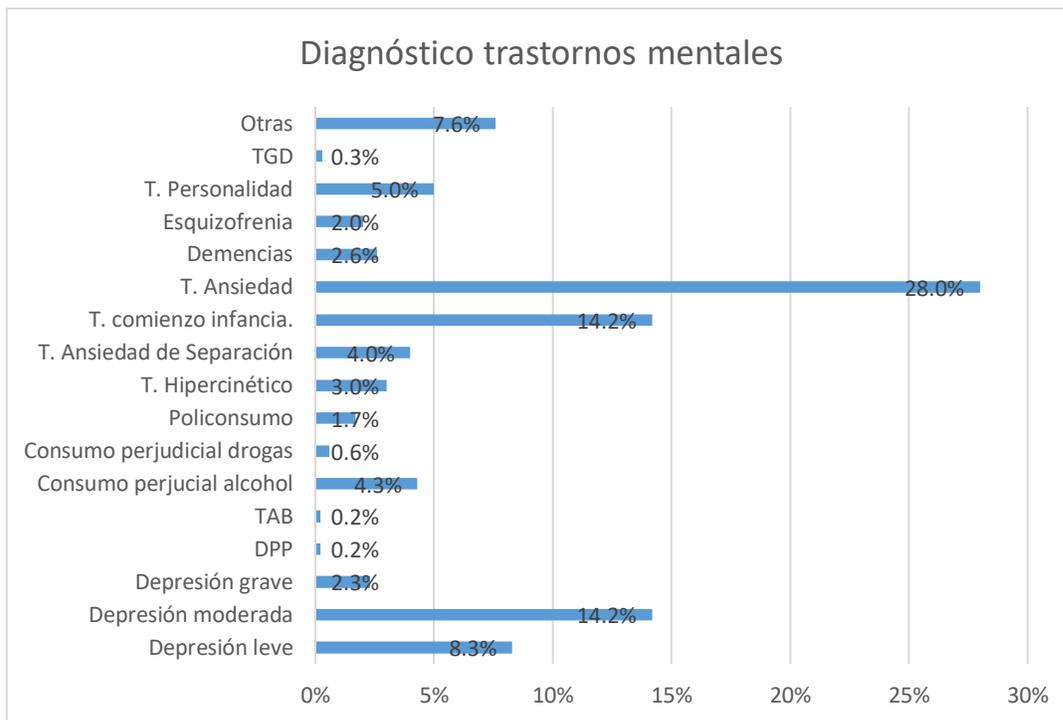
*Fuente: Registro mensual de movimientos de stock*

Se estableció una reducción significativa de los consumos de medicamentos asociados a salud mental, principalmente las benzodiazepinas, en pacientes con larga data de tratamiento, indicado y automedicado, con resultado de respuestas adictivas a estos. Cabe destacar, que hubo aumento sustancial de fármaco Zopiclona 7,5mg (alza 50,4%) como método de ajuste de insomnio con menor efecto adictivo.

### Diagnóstico salud mental:

Con relación a diagnóstico de trastornos mentales y condicionantes asociados, se logra dilucidar un predominio de población femenina con un 62%, con relación a población masculina que constituye un 38% de la población bajo control. Desde el ámbito de categorización diagnóstica, se observa un importante predominio de Trastornos Ansiosos con un 28%, seguido de otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y Episodio Depresivo Moderado, ambos con un 14,2%, seguido por Episodio Depresivo Leve con un 8,3%.

**Gráfico N°73: Distribución de trastornos de SMI**



*Fuente: Elaboración propia en base a la información de población control Salud Mental: DEIS-MINSAL (corte junio 2018).*

## SALUD MENTAL COMUNITARIA

**Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado (psicóloga).

**Equipo:**

<b>Profesional</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Centro Salud</b>
Javiera Parragué	Psicóloga Coordinación Salud Mental.	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
Betzabé Inostroza	Psicóloga	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
María Teresa Vera	Psicóloga	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel.
Rosa Salazar	Trabajadora social	PSR Marta Ríos Cofré. PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
Laura Duarte	Trabajadora social	PSR Marta Ríos Cofré.
María Gracia Bracho	Médica	PSR Marta Ríos Cofré.
Pilar Silva	Médica	PSR San Gabriel. PSR El Volcán.
Rodrigo Veliz	Químico farmacéutico	PSR Marta Ríos Cofré.

**Descripción:**

Dentro del Programa de Salud Mental integral, encontramos el programa de Salud Mental Comunitaria que refiere principalmente a las intervenciones realizadas con los usuarios/as y la comunidad. Teniendo como principales objetivos la Promoción, La Prevención y el apoyo y Colaboración con los Grupos de Autoayuda. Además de considerar el trabajo a nivel intrasector, refiriéndose a la coordinación con unidades y programas del Área de Salud y con el intersector, considerando intervenciones principalmente en conjunto con el área de Educación de nuestra comuna.

El programa de Salud Mental Comunitaria dentro de la planificación anual, ha considerado el trabajo con los/as usuarios/as desde los tres niveles de intervención, en donde participan en la planificación y ejecución todo el equipo de Salud Mental, entendiéndose por este a médicos, químico-farmacéutico, psicólogas y trabajadoras sociales.

**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 de autocuidado y la generación de estilos de vida saludable, a través 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/as de APS CMSJM.

## Cumplimiento

Dentro de las intervenciones realizadas con la comunidad que abarcan nuestros centros de salud (PSR Marta Ríos, PSR San Gabriel, PSR El Volcán), se tiene registro de los siguientes talleres e intervenciones que se han realizado:

**Tabla N°53: Intervenciones comunitarias**

	Promoción			Prevención		Apoyo Grupos Auto ayuda	Otras Instancias
Nombre de Intervención	"Mi Espacio de Encuentro"	"Taller de Gestantes"	"Disfrutando de Construir Mi Vida" (Proyecto de Vida)	"Te cuida, Me cuidas"	"Saca el Gris y busca tú Color"	Grupo de Mujeres las Vertientes	Charla de Salud Mental "No hay Salud, sin Salud Mental"
Población Objetivo	Estudiantes primer ciclo 4º básico y Segundo ciclo 5º básico y 6º básico.	Población de mujeres adolescente-juvenil y adulta perteneciente a programa Chile Crece Contigo.	Adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores desde los 10 años en adelante	Estudiantes primer ciclo 4º básico y Segundo ciclo 5º básico y 6º básico.	Usuarios crónicos bajo tratamiento de rehabilitación kinesiológica	Mujeres inscritas en PRS Las Vertientes, rango etario entre 40 a 70 años	Población bajo control de Salud Mental y con tratamiento farmacológico
Objetivos	Promover conductas de autoprotección y heterocuidado en contexto de aula, para favorecer clima de aula positiva.	Otorgar herramientas integrales para el afrontamiento de crisis normativa de gestación y cambios emocionales, y físicos, desde un abordaje integral.	Fomentar el auto cuidado, mediante prácticas recreativas saludables y planificación de vida.	Promover conductas de autoprotección y heterocuidado en contexto de aula y favorecer clima de aula positiva.	Facilitar la participación activa de estos usuarios en sus distintas áreas de desempeño sean estas laborales sociales, familiares y/o recreacionales, apoyando en el manejo de su	Facilitar autoconocimiento como proceso de crecimiento personal y desarrollo de autoestima positiva. A su vez, fortalecer la comprensión de género y sus implicancias. Y,	Entregar información con respecto a plan de intervención en usuarios con tratamiento farmacológico de Salud mental con realce en la atención con tratamiento integral

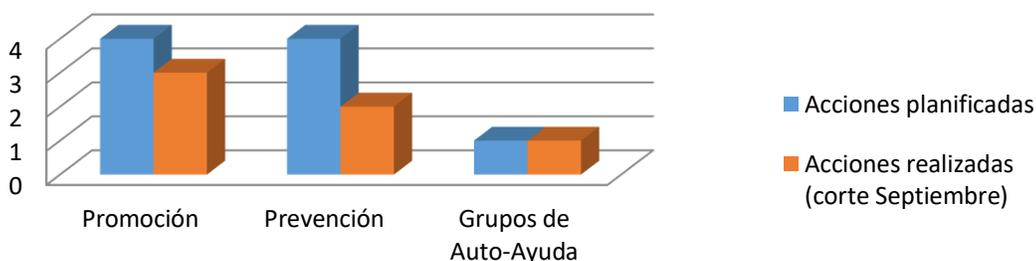
					patología de forma integral, activando redes de apoyo e identificando determinantes sociales en salud que inciden en su calidad de vida.	generar estrategias y técnicas de autogestión, como desarrollo de la vida autónoma e independiente.	
<b>Profesionales</b>	Psicóloga, Profesor.	Psicóloga, Trabajadora social, Matrona, Odontóloga, Nutricionista, Educadora.	Psicóloga, Trabajadora social.	Psicóloga.	Psicóloga, Kinesiólogo.	Psicóloga, equipo de Participación social.	Equipo de Salud Mental. Médicos, químico-farmacéutico, psicólogas y trabajadoras sociales.

Fuente: Registro interno.

De acuerdo a lo planificado para el año 2018, dentro de las acciones consideradas para Promoción y Prevención existe una brecha debido a que en ambos componentes existen planificaciones no ejecutadas a septiembre del presente año, pero que sin embargo están dispuesta a realizarse con fecha límite diciembre 2018. Dentro de estas intervenciones encontramos el taller de Promoción "Sonriéndole a la Vida" que tiene como objetivo potenciar autoestima positiva en usuarios atendidos en programas odontológicos.

Por otra parte las intervenciones a nivel preventivas Naturaleza del cambio: "Comunidad que sana y crece", que tiene el objetivo de entregar herramientas a la comunidad de programa salud mental respecto de hierbas medicinales, que favorecen un manejo sintomático y el Taller "Descubriendo el poder de mi mente y emociones", que tiene por objetivo, favorecer estrategias terapéuticas alternativas en usuarios con adicción a benzodiazepina, como continuidad de la Iniciativa implementada este año por el equipo de Salud Mental de las Charlas de Salud Mental "No hay Salud, sin Salud Mental" descrita en el cuadro superior, no se ha realizado la ejecución. Sin embargo, están planificadas para diciembre 2018, dado condiciones climáticas que favorecen la intervención con plantas y hierbas y adherencia de pacientes.

**Gráfico N°74: Cumplimiento de Plan de Salud Mental Comunitaria**



## Desafíos

Como proyecciones y en concordancia con los principios del Modelo de Atención Familiar Integral en Salud, se plantea mantener el trabajo con la comunidad de manera directa y centrado en los/as usuarios/as entregando atención integral en los procesos de salud-enfermedad, generando a su vez colectividad en las intervenciones con otras unidades y programas del Área de Salud y con organizaciones de nuestra comuna.



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

**Nombre:** Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas.

**Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado.

**Equipo:** Javiera Parragué Morgado (psicóloga), Francisca Rosales Acuña (trabajadora social).

**Objetivos programa:**

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, a las/los adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, es decir, desde los 10 años en adelante.

**Componentes:**

**Tabla N°54:** Componentes Programa DIR

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Estrategias</b>
<b>Aplicar tamizaje para la detección de riesgos por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población de 10 años y más.</b>	Aplicación de instrumento tamizaje desde 10 años a 137 usuarios/as de APS CMSJM.
<b>Realizar intervenciones breves para reducir consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en personas con consumo de riesgo.</b>	Intervención breve en adultos e intervención motivacional en adolescentes en usuarios/as evaluados con consumo de riesgo.
<b>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.</b>	Referencia asistida efectiva a personas con alto riesgo, consumo perjudicial y/o dependencia.

**Desafíos 2018:**

Mejorar y optimizar la gestión del programa, perspektivando el enfoque y carácter interventivo, en función de generar prácticas inclusivas para pasar de un espacio interventivo asistencial a uno problematizador e integral. Con el fin, de llevar a cabo el proceso, de acuerdo a la demanda actual y oportunidad de acceso. Las acciones realizadas:

- Modificación de equipo, mediante incorporación de profesional psicóloga y trabajadora social.
- Capacitación de equipo de cabecera para actualizar y profundizar aspectos preventivos y promocionales de programa.

- Construcción de plan acorde al contexto y necesidades de la población: Formación monitoras con orientación proyecto de vida promocional y preventiva con usuarios/as con consumo de riesgo.
- Actualización a equipo en aplicación de tamizajes, entrevista mínimas, motivaciones y breves, para otorgar transversalización del proceso.
- Gestión de horas protegidas en extensión horaria de dupla psicosocial para abordaje individual e intervención grupal.
- Gestión horas en agenda de salud mental horario regular para atender derivaciones atingentes al programa.
- Construcción de materiales gráficos de carácter preventivo y promocional para difusión en la comunidad.
- Intervenciones promocionales y preventivas en población adolescente en establecimientos educacionales.

#### **Brechas 2017:**

- Dificultad para realizar derivación e interacción interna.
- Escasa comprensión e implementación respecto al carácter comunal del programa.
- Escaso conocimiento de tamizajes correspondiente al programa.
- Aplicación de tamizaje principalmente desde equipo psicosocial con deficiente transversalización del proceso.
- Ausencia de actividades grupales con orientación en promoción y prevención de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Ausencia de actividades grupales comunitarias con orientación en promoción y prevención de alcohol, tabaco y otras drogas.

#### **Brechas 2018:**

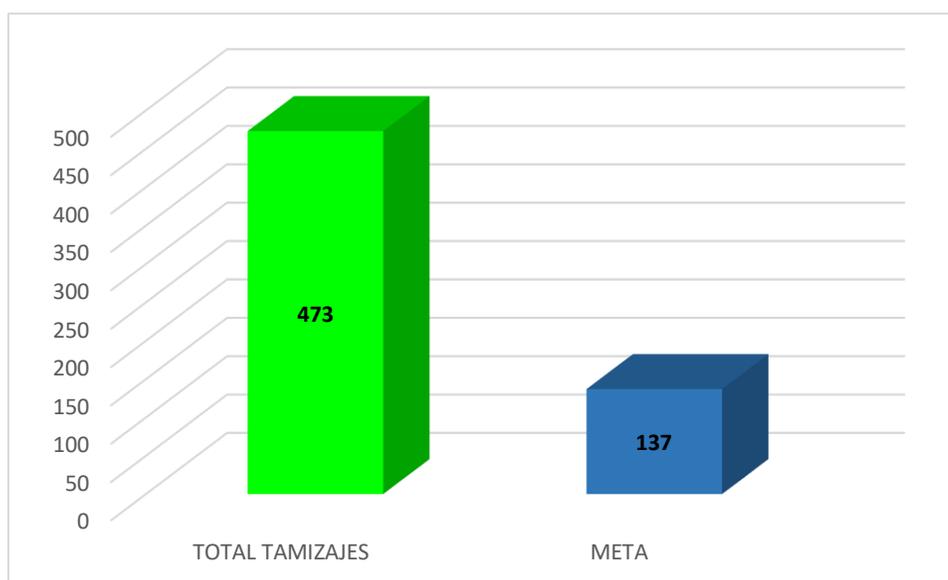
- Escaso conocimiento de tamizaje ASSIST.
- Dificultad para establecer registro estadístico en términos de derivación interna y referencia asistida.
- Menor adherencia de usuarios/as con consumo de riesgo con relación a actividades promocionales del programa.

#### **Innovaciones:**

Dentro del proceso de implementación del programa en 2018, luego de revisar las brechas existentes y con el objetivo de impactar en la temática, se establece el plan de acción en el cual se pueden distinguir cinco innovaciones:

- Transversalización en aplicación de tamizaje ASSIST.
- Formación de manual de monitores en proyecto de vida.
- Gestión de proyecto comunitario para ampliar oferta de APS, brindando a usuarios/as oportunidades de proyecto de vida.
- Trabajo con Intersector educación y redes locales.
- Cobertura de tamizaje en la comunidad en un 345% con relación a meta de APS CMSJM.

**Gráfico N°75: Tamizajes DIR aplicados (corte 31 de julio 2018)**



*Fuente: Antecedentes obtenidos de REM semestral, junio 2018.*



Presentación poemas, Taller Proyecto de vida.



Taller prevención de consumo en escuela JBA

### **Desafíos 2019:**

- Implementación de grupo de autoayuda con consumo de riesgo.
- Difusión de libro autobiográfico de proyecto de vida, elaborado por usuarias, como método de promoción de estilos de vida saludable con relación a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Aumento de tamizaje en espacios comunitarios para detección temprana de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Intervenciones grupales tempranas en espacios comunitarios escolares, para la promoción de estilos de vida saludable con énfasis en prevención de factores de riesgo asociado a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

## **PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL**

**Profesional a cargo:** Javiera Parragué Morgado.

**Equipo:** Laura Duarte, Trabajadora Social, Natalia Albornoz, Gestor Comunitario.

### **Descripción**

El Programa de Acompañamiento Psicosocial, es implementado en junio del año en curso, en PSR Las Vertientes. El cual está destinado a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, entre 0 a 24 años. Quienes presenten alto riesgo psicosocial, tales como: trastornos emocionales graves, vulneración de derechos, intento suicida, migrantes en situación de vulnerabilidad, entre otros.

### **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:**

- 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.
- 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.
- Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.

*(SALUD, 2018, pág. 10)*

### **Lineamientos:**

Programa de Acompañamiento Psicosocial está enfocado en tres lineamientos:

- i. Vinculación
  - Detección de NNAJ con alto riesgo psicosocial
  - Se realiza evaluación de ingreso al programa.
  - Contacto con usuario y su familia a través de visitas domiciliarias.
- ii. Articulación
  - Mapa de red comunal relativa a NNAJ.
  - Derivaciones efectivas con dispositivos de la red de salud.
  - Reuniones con dispositivos de la red.
  - Reuniones con instituciones y organizaciones comunitarias.

- iii. Acompañamiento
  - Plan de acompañamiento.
  - Visitas integrales.
  - Cumplimiento de objetivos.
  - Evaluación participativa.  
con el usuario y su familia.

**Acciones:**

Programa cuenta con una cobertura de 35 plazas, las cuales en su segundo mes fueron cubiertas. Por lo que, se atiende y acompaña al total de NNAJ y sus familias, mediante las siguientes acciones, entre otras:

**Tabla N°55: Acciones Programa Acompañamiento, corte septiembre 2018**

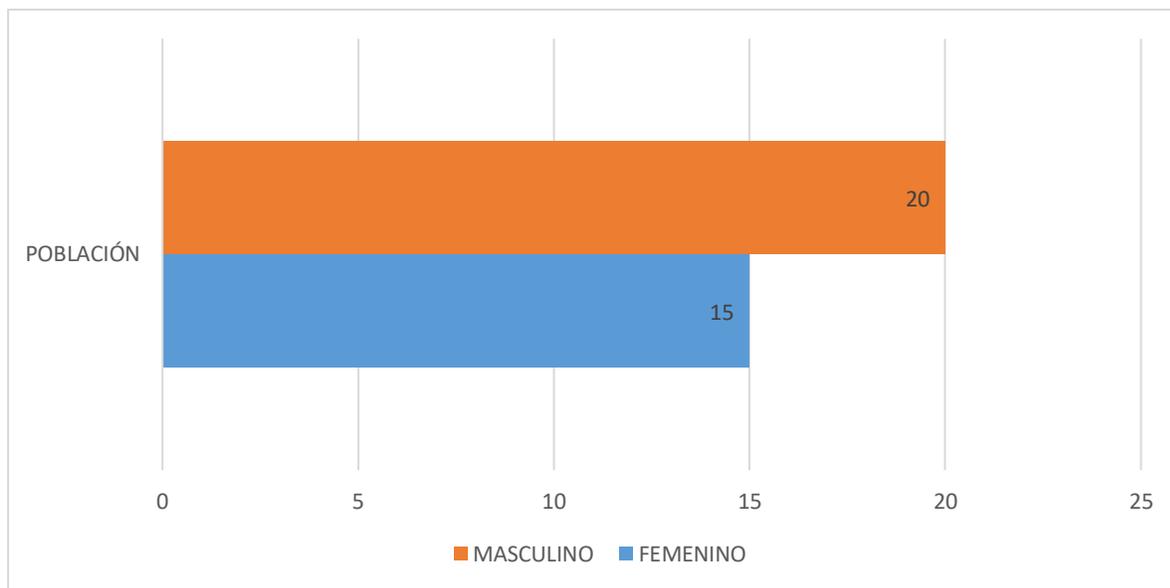
INDICADORES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL
Reunión con el equipo sector salud e intersector.	6	18	11	35
Reunión con Organizaciones Comunitarias.	0	0	4	4
Visitas domiciliarias Integrales a NNAJ.	4	23	30	57
Nº de Acciones Telefónicas.	10	46	40	96

*Fuente: Registro interno.*

**Caracterización de la población bajo control:**

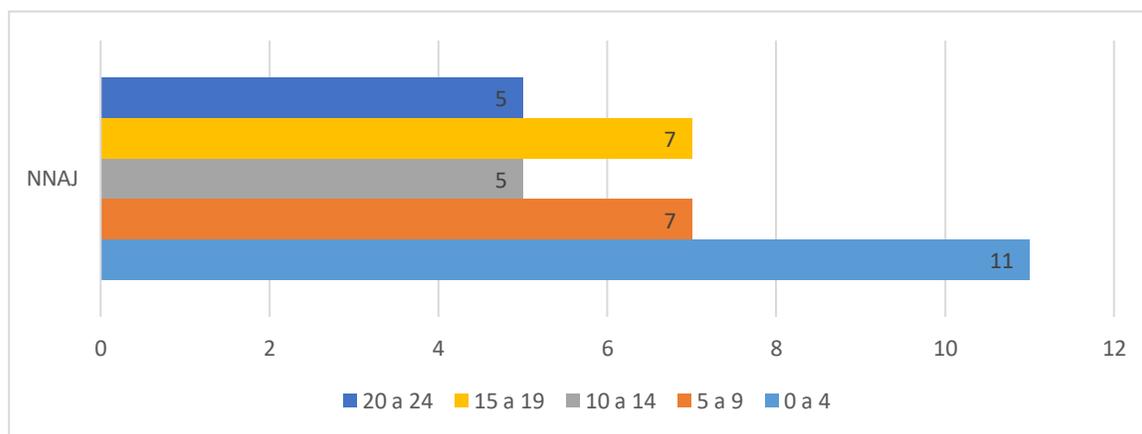
Con respecto a la caracterización de la población, predominan usuarios masculinos con una relación de 20 hombres y 15 mujeres. De los cuales, principalmente, corresponden a lactantes y primera infancia, entre 0 y 4 años con un 31.4% de la población bajo control, seguido por niños y niñas en edad escolar (5 a 9 años) y adolescentes (15 a 19 años) con 20% cada uno, en menor grado, se encuentran los jóvenes (20 a 24 años) y pre-adolescentes (10 a 14 años) con un 14.2%.

**Gráfico N°76:** Distribución población según género (programa de Acompañamiento Psicosocial)



*Fuente: Registro interno.*

**Gráfico N°77:** Distribución poblacional por grupo etario Programa de Acompañamiento Psicosocial

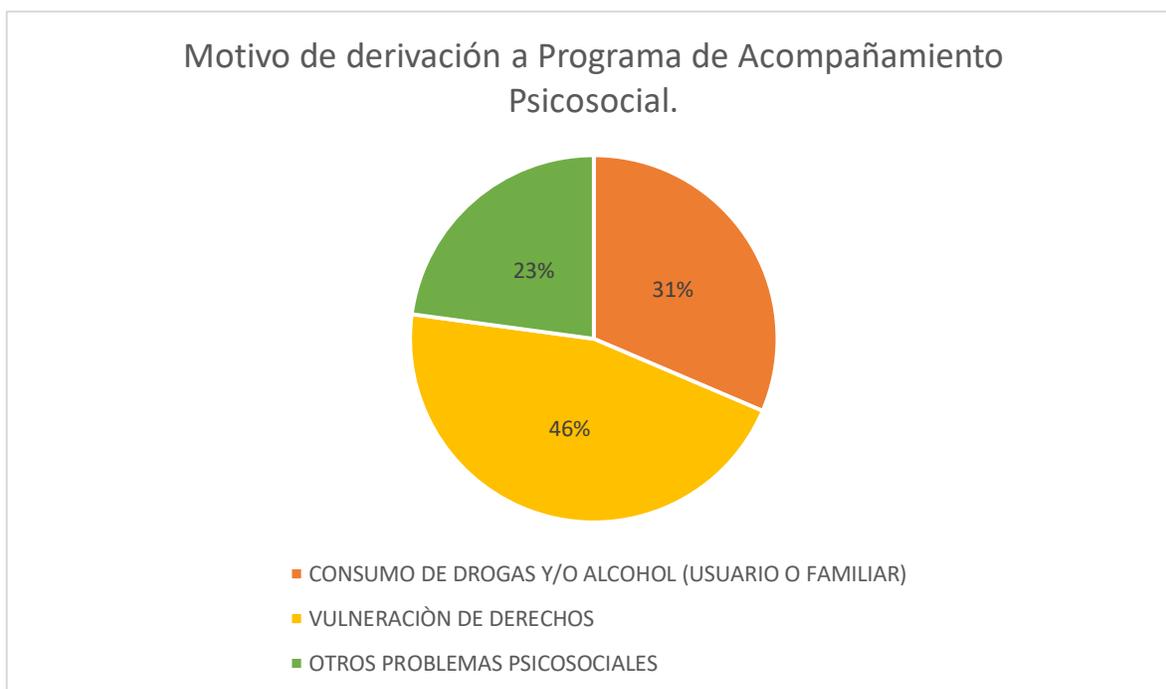


*Fuente: Registro interno*

**Motivo de derivación:**

Dentro de los NNAJ pertenecientes a Programa Acompañamiento, predominan considerablemente las derivaciones a causa de factores de riesgo psicosocial asociadas a vulneración de derechos con un 44%, seguidas en menor grado por consumo de alcohol y drogas con 31% y por último, otros problemas psicosociales con un 25%. Las vulneraciones previamente mencionadas corresponden a negligencia parental relacionada a acceso a salud y educación, en segundo lugar, problemas de salud mental de cuidadores, crisis no normativas con implicancias en estructura familiar y por último, maltrato físico y psicológico.

**Gráfico N°78: Distribución poblacional según motivo de derivación (porcentaje)**



*Fuente: Registro interno*

**Brechas 2018:**

- Menor coordinación con redes comunitarias con relación a Intersector.
- Oferta deficiente de actividades grupales comunitarias para NNAJ.
- Dificultades para hacer efectiva la firma de consentimiento informado de los cuidadores en los casos de mayor complejidad.

**Desafíos 2019:**

- Aumentar la oferta de actividades grupales comunitarias para NNAJ.
- Reforzar coordinación con red terciaria, para establecer acompañamiento de casos de alta complejidad d salud mental, manteniendo retroalimentación con APS CMSJM.
- Implementación de Programa de Acompañamiento en centros de salud: PRS San Gabriel y Volcán.

## **PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.**

**Nombre del programa:** Participación Social.

**Profesional a cargo:** María Teresa Vera.

**Equipo:** María Teresa Vera Cofre, Psicóloga - Andrea Sáez Otárola, Kinesióloga - Pablo Araya Contreras, Kinesiólogo.

### **Descripción**

Participación Social en Salud se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y la comunidad, para la incorporación de la opinión de estos en la Gestión en Salud.

La Participación Social en Salud, es una estrategia de habilitación a las personas, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal, organizacional y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias en salud que afectan en nuestro territorio. Es por esto que constituyen instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la salud local. Por ende, es fundamental el trabajo con nuestros usuarios/as y comunidad en contexto de participación en generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de las redes y alianzas estratégicas con distintos actores del territorio local.

### **Objetivo general**

- Elaborar en conjunto con la comunidad organizada y no organizada sumado al equipo de salud de las postas rurales de San José de Maipo un plan de participación social para tres años.

### **Objetivo Específico**

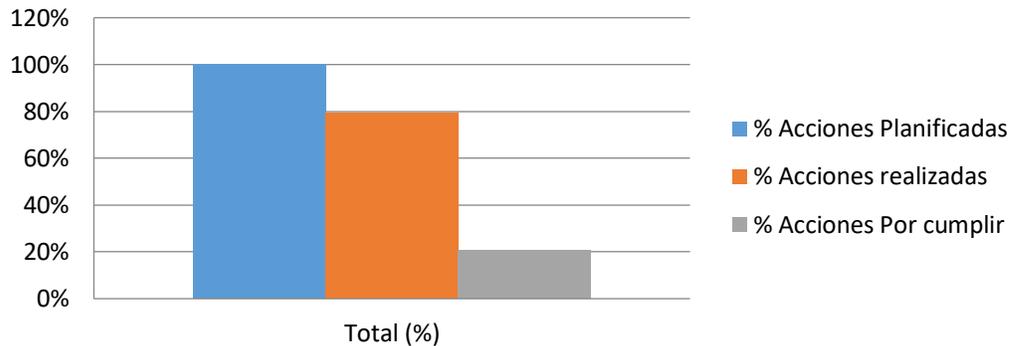
- Generar condiciones para que tanto el equipo de salud como las distintas organizaciones, comunidad y usuarios participen en el proceso de elaboración, ejecución y evaluación del Plan de Participación.
- Vinculación y trabajo coordinado del equipo de participación social con el eje de promoción de salud y la ciudadanía.
- Identificar las comunidades organizadas y no organizadas que participan en el proceso de construcción del plan de participación.

### **Cumplimiento de Plan de Participación Social 2016 – 2018**

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan de Participación trienal 2016 - 2018 se genera un cronograma de actividades, el cual se ha logrado implementar en un 79,41%, quedando el 20,59% de acciones por ejecutar, las cuales se considera dar cumplimiento antes de la finalización del año en curso.

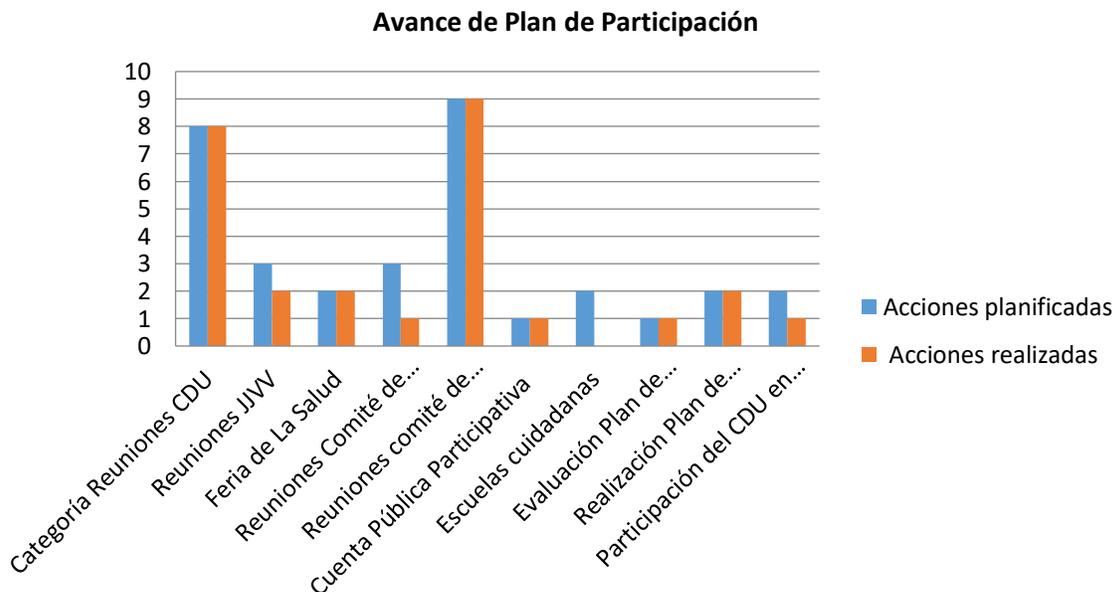
**Gráfico N°79: Cumplimiento de Plan de Participación Social 2016-2018**

### Cumplimiento del Plan de Participación Social 2016-2018



FUENTE: Cronograma de Trabajo Anual Participación Social 2018 del Plan de Participación Social Postas Rurales San José de Maipo (2016-2018)

### Gráfico N°80: Avance Plan de Participación Social periodo 2018 (enero-septiembre)



FUENTE: Cronograma de Trabajo Anual Participación Social 2018 del Plan de Participación Social Postas Rurales San José de Maipo (2016-2019)

De acuerdo al gráfico anterior y en concordancia con las actividades por realizar (20.59%), se ha gestionado un nuevo cronograma de planificación de Reuniones con JJVV, con Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas y de CDU con Consejo técnico, teniendo en consideración un Plan de difusión de dichas instancias para favorecer la participación activa de los grupos previamente mencionados, debido a que la adherencia constituye el principal obstáculo para su realización. En

cuanto a la implementación de Escuelas ciudadanas, estas aún no se llevan a cabo. Sin embargo, se planificarán para ser ejecutadas entre octubre y diciembre del presente año.

### **INTERSECTOR Y TERRITORIALIDAD (ORGANIZACIONES COMUNITARIAS)**

Desde el Plan de Participación Social trianual (2016-2019), a nivel local se han realizado las siguientes acciones: se trabajó con el intersector y organizaciones comunitarias ubicadas en el territorio, con el fin de promover la salud, calidad de vida y estilo de vida saludable y prevenir enfermedades y otras situaciones que acongojan a la población. Para lo cual, se han organizado intervenciones a nivel comunitario con el intersector logrando el trabajo colaborativo y en red con el Área de educación, Jardines JUNJI, Colegios Particulares-subvencionados, DIDESO y DIDECO (SENDA) de la Comuna de San José de Maipo. Como también con Carabineros y Bomberos entre otras instituciones.

En cuanto a las organizaciones comunitarias, se ha fortalecido la red y colaboración con organizaciones formales e informales que en su totalidad corresponden a 10, las que se encuentran clasificadas por tipología de asociaciones en el recuadro continuo.

TIPO DE ORGANIZACIÓN	Trabajo en Red
Juntas de Vecino	2
Consejos de Usuarios	2
Clubes Deportivos	1
Agrupaciones de Auto Ayuda	2
Organizaciones Juvenil	1
Otras	1
<b>TOTAL ORGANIZACIONES</b>	<b>10</b>

*FUENTE: Plan de Participación Social Anual 2018*

#### **Brechas**

En cuanto a las brechas detectadas este año, encontramos principalmente dificultades en la conformación del CDU de San Gabriel. Como también, en la organización efectiva de reuniones en San Gabriel y El Volcán, dado factores climáticos, geográficos y tiempo destinado (horas de equipo de participación) para el trabajo específico con CDU y comunidad. Para ello, en el siguiente apartado de Desafíos e innovaciones se plantea la propuesta de elaborar un Plan de Participación por centro de salud.

#### **Desafíos e Innovaciones**

Como desafíos para el año 2019, se plantea desde ya poner en marcha el nuevo Plan de Participación trianual correspondiente al periodo del 2019-2021, con fundamento en un Diagnóstico Participativo

y dialogo ciudadano (intervenciones que están planificadas para el último trimestre del presente año). Plan que a su vez, será trabajado desde una propuesta de Formato para la elaboración de Planes de Participación Social, quedando esto como insumo y herramienta que permita optimizar y facilitar el proceso de elaboración de estos mismos.

Para el próximo Plan Trienal se considera entre los objetivos posicionar a la Participación Social como un eje transversal en la Gestión del área abarcando la promoción y prevención en salud, teniendo como bases técnicas El Plan de Estrategias Nacionales de Salud planteadas por el MINSAL, enfocándose específicamente en los siguientes Objetivos Sanitarios (2011-2020): la "Disminución de las inequidades" y el "Aumento de la satisfacción de la población", con énfasis en los ejes de "Equidad y Salud en Todas las Políticas" y "Hábitos de Vida", considerando a su vez, que estos se condigan con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria de Participación de la Comunidad en Salud e Intersectorialidad y Territorialidad.

De esta manera y en concordancia con lo anteriormente expuesto es que se plantea trabajar desde el área de salud con todas las unidades y programas para centralizar las intervenciones de carácter preventivas y promocionales en Participación Social y con ello, optimizar la gestión y la coordinación de las acciones con la comunidad e intersector.

Además, dentro del Plan se le dará énfasis al trabajo intersectorial y de Territorialidad, por medio del levantamiento de mesas territoriales con distintos representantes de la comunidad, potenciando el trabajo de Salud en todas las Políticas y la participación de todos/as los /as agentes de la comunidad en la Salud individual y colectiva.

Finalmente, también se propone generar un Plan de Participación Social por centro de salud, permitiendo que la elaboración, ejecución y evaluación de cada estos sea atingente a la población que contempla dichos centros. Por lo que, se realizará un Plan para PSR Marta Ríos, PSR San Gabriel y PSR El Volcán.

**Actividades 2018 participación social APS CMSJM**



Cuenta Pública Participativa



Reuniones con la Comunidad



Mesa Participativa Adolescente



Comité de Solicitudes Ciudadanas

## **PROGRAMA VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.**

**Nombre del programa:** 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 2 a 19 años y de los 20 a 64 años, en el cual como estrategia, tiene un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades ya sea 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 que cumplen un importante rol en los hábitos de vida saludable, potenciando la intervención con los espacios de la vida cotidiana que favorezcan una modificación de la conducta y hacer sustentables sus cambios.

### **Objetivo General**

Disminuir tres de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo II y enfermedades cardiovasculares 1) Dieta inadecuada 2) Deficiente condición física 3) Sobrepeso/Obesidad - en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA.

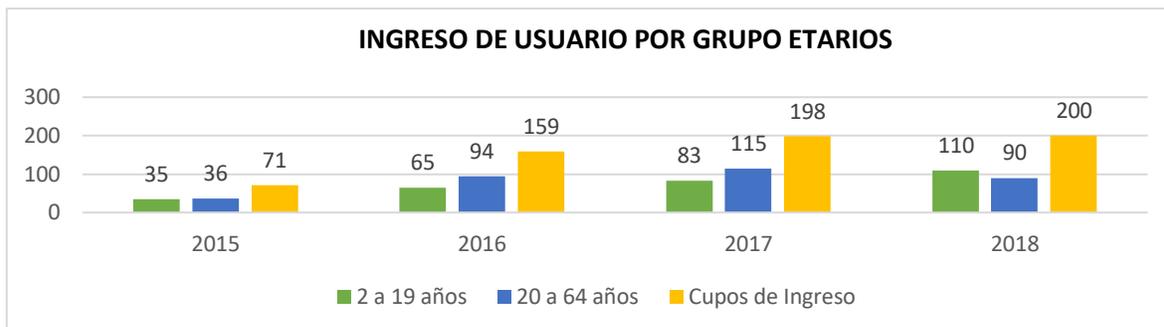
### **Objetivos Específicos**

- Disminuir la malnutrición por exceso.
- Mejorar perímetro de cintura.
- 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 la población adulto siguió aumentando al igual que infantil, en el 2018 los cupos fueron asignados según la población de la comuna en la cual resalta mayormente la infantil con un total de 200 cupos.

**Gráfico N°81: Ingreso a Programa Vida San según grupo etario periodo 2015-2018**



*Fuente: Registro interno*

En el 2015, se realiza convenio con jardín infantil JUNJI y área de educación de la corporación municipal de SAN José de Maipo y derivaciones de los distintos profesionales, en grupo etario adulto las derivaciones se realizaron principalmente desde controles EMP, controles de PSCV. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa, incluyendo jardines infantiles de otras localidades de la comuna, además asociación 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 vida sana en la cual se puede obtener mayor registro de los controles de pacientes, se mantienen los jardines JUNJI y aumentar los establecimientos educacionales de la comuna. Al 2018 el programa vida sana se desarrolla en dos establecimientos educacionales, Escuela de Integración el Manzano con los cursos Pre-kínder, Kínder, Primero y Quinto Básico. En la escuela Fronteriza San Gabriel con los cursos Tercero y cuarto Básico. Al igual se desarrolla en tres jardines JUNJI. Se aumentó las actividades masivas en la comunidad para dar a conocer el programa en otras localidades y realizar intervenciones comunitarias que se entregan a todo el público realizando ejercicios en espacio abierto como plaza de la obra y posta de salud Marta Ríos.

En el Gráfico N°82 se puede ver porque se aumentaron los cupos de grupo etario infantil en el 2018, 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 pre diabetes, pre hipertensión y aumento de circunferencia de cintura, se hace mención que el programa cumple con sus objetivos.

**Gráfico N°82: Causas de ingreso población de infanto – adolescente (2-19 años)**



*Fuente: Registro interno*

En el Gráfico N°83 se observa 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 2015 al 2018. 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°83: Causas de ingreso población de adulta (20-64 años)**



*Fuente: Registro interno*

## Compromisos y Cumplimientos 2018

Para la población de 2 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 septiembre 2018:

**Tabla N°56: Compromisos Vida Sana 2018**

Compromiso	Total al año	Cumplimiento
3 controles nutricionales por norma	24 Controles	16 Controles
2 controles nutricionales de seguimiento	16 Controles	12 Controles
2 controles psicológicos	16 Controles	8 Controles
1 control de ingreso por médico	5 Establecimientos	3 Establecimientos
Actividad física por kinesiólogos de 2 a 4 horas a la semana.	Kinesióloga: 16 horas de Act. Física semanal. Kinesiólogo: 8 horas de Act. Física semanal.	
3 evaluaciones motoras por kinesiólogos	24 Evaluaciones	16 Evaluaciones
8 Talleres participativos y preventivos entregados a los apoderados durante el año escolar de intervención a los niños y niñas	8 Talleres	6 Talleres
5 Talleres didácticos entregados a los menores por todo el equipo multidisciplinario a cada grupo curso, "círculos de vida sana"	40 Círculos VS	24 Círculos VS
1 Intervenciones masivas con diferentes dinámicas a presentar por institución a intervenir, trabajo en mesas educativas de la comuna.	8 Establecimientos	6 Establecimientos

*Fuente: Registro interno*

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°57: Estrategias a desarrollar con población adulta 2018**

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: 6 horas Act. Física semanal
5 Talleres participativos y preventivos abiertos a la comunidad entregados por todo el equipo multidisciplinario, "círculos VS"	3 Círculos VS

*Fuente: Registro interno*

## 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 2019 en el programa vida sana, es mejorar y realizar más intervenciones en diferentes localidades de la comuna, 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. Incorporación de jardín JUNJI faltante en la comuna, para participar en programa vida sana. Incorporar más redes de apoyo, para trabajo en red y participación como usuarios del programa.

## Innovaciones/ Buenas prácticas

En el periodo 2018 se han desarrollado dos buenas prácticas del programa las cuales son las siguientes:

- Escuela de Verano: “Un verano Activado”

La buena práctica está destinada a todos los niños, niñas y adolescentes entre 2 a 19 años de la comuna de San José de Maipo. Lo cual se espera lograr poder incentivar a los niños, niñas y adolescentes el hábito del deporte y mantenerse activo, fortaleciendo o entregando hábitos de vida saludable en especial el de la alimentación y la participación en comunidad y pares de su misma edad. Se comienza a implementar esta buena práctica surgida de la problemática de vacaciones de verano. Que hacen los niños en este tiempo donde los padres continúan con sus actividades laborales y ellos se limitan a las actividades de televisión y consolas de vídeo.

- Educando Nutrinos: “La magia de los alimentos”

La presente idea surge con el ámbito promocional del programa, en la buena práctica desarrollada durante el año 2017 "EDUCANDO NUTRIMOS" en la cual con las encuestas realizadas por las monitoras de salud de cada establecimiento nos llevó a un porcentaje de 65% de alumnos que no consumían las frutas que entregaban en la alimentación escolar. A través de esta buena práctica, se espera lograr que la comunidad en establecimientos educacionales genere adherencia a cambios significativos en su salud, por medio de obra de teatro que promueve y apoya una vida saludable, en la cual se genere un proceso consciente de la comunidad en cuanto a una educación para la salud, por medio de un cambio de la actitud frente a sus propios hábitos.



Inicio de Ciclo 2018



BP Escuela de Verano 2018



BP Educando Nutrinos

**Tabla N°58: Diagnósticos Programa Vida Sana 2018.**

Centro	Causales de ingreso	Hombres						Mujeres						Totales
		2 a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	2 a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	
PSR MRC	Obesidad	7	0	11	3	1	3	8	0	5	4	3	30	75
	Sobrepeso	10	0	6	5	1	2	13	1	6	4	1	28	77
	Normo peso	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5
	Pre diabéticos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
	Pre hipertensos	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	4
	CC aumentado	2	0	3	1	1	3	0	0	4	4	4	38	60

\*CABE SEÑALAR QUE ALGUNOS PACIENTES INGRESAN CON MAS DE UN CAUSAL DE INGRESO.

Centro	Ingresos Validados	Hombres						Mujeres						Totales
		2 a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	2 a 4 años	5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	
PSR MRC	IMC	19	0	17	8	2	5	21	0	12	8	5	60	157
	Condición Física	19	0	17	8	2	5	21	0	12	8	5	56	153

\*200 CUPOS PARA PERIODO 2018

*Fuente: Registro interno*

Análisis:

- Mayor causal de ingreso en obesidad y sobrepeso entre mujeres de 25 a 64 años.
- Aumento de los cupos en grupo etario infantil.
- Aumento de menores de 19 años con factor de riesgo de CC elevada.

## **REHABILITACIÓN COMUNITARIA**

### **PROGRAMA DE ARTROSIS GES**

Rehabilitación física en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.

**Profesional a cargo:** Kinesiólogo Marco Contreras Morales.

**Equipo:** Dra. María Gracia Bracho- Dra. Pilar Silva- kinesiólogo Marco Contreras

#### **Objetivo general:**

- Entregar atención a pacientes con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, bajo el régimen de garantías explícitas de salud.

#### **Objetivos Específicos:**

- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas con artrosis de 55 años y más.
- Contribuir a enfrentar los desafíos del envejecimiento en la población.
- Promover adherencia del usuario en el programa y disminuir tasa de abandonos.
- Fomentar el autocuidado y promover redes de apoyo para asegurar continuidad de tratamiento preventivo de la OA.

#### **Compromisos 2018**

Se optimiza la disponibilidad horaria con un total de 12 horas semanales las cuales se dividían en solo dos días, a partir de enero del presente año se unen las horas de atención de programa artrosis con las atenciones de morbilidad (11 horas semanales). Además, se implementa desde junio del presente una redistribución horaria de atención, de martes a viernes, aumentando la disponibilidad horaria y días de atención.

Realización de talleres teóricos-prácticos en diversas localidades de la comuna abarcando población desde el Pueblo La Obra, hasta Pueblo El Volcán.

#### **Brechas:**

- Disminuir brecha de población sin control kinésico mediante rescate entre octubre y diciembre
- Protocolizar la entrega y derivación kinésica a personas con indicación de ayuda técnica.
- Generar y actualizar cartolas de crónicos entre los meses de octubre y noviembre.

### **Innovaciones:**

Se optimiza el flujo de derivación y atención mediante la implementación de modalidad terapéutica grupal a la cual se derivan todos los pacientes que logran reducir síntomas y mejoran su nivel de funcionalidad.

Realización de talleres en dupla con psicóloga en donde se fomenta el autocuidado, la identidad de grupo, trabajo colectivo y la formación de redes de apoyo.

Se generan instancias de participación usuaria en donde se forma grupo de baile folclórico.



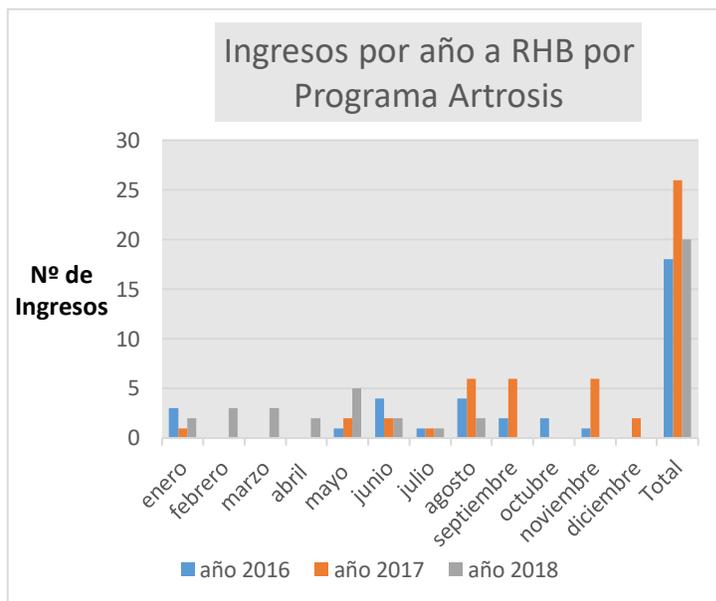
### **Desafíos:**

Generar proyecto de fomento al autocuidado, que consista en la formación de monitores comunitarios y la obtención de espacio físico en donde los usuarios atendidos en sesiones grupales que cuenten con formación en hábitos de salud física, puedan ser derivados al momento del alta.

Implementar modalidad de atención grupal en PSR San Gabriel.

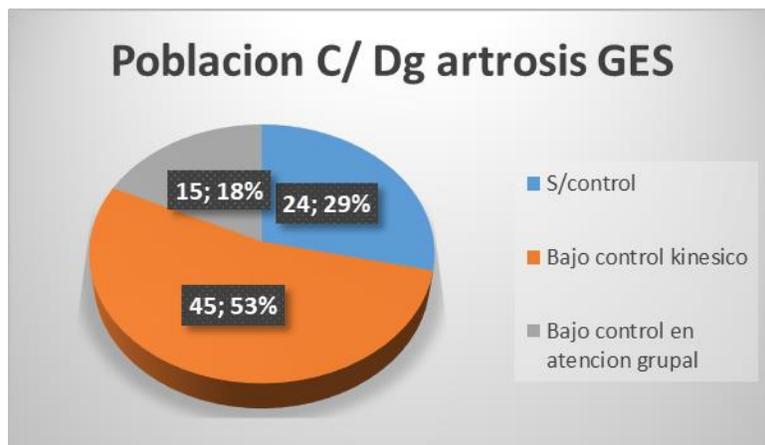
Generar un plan de acción para rescates de pacientes que no reciben tratamiento kinésico y son diagnosticados con OA de cadera y/o rodilla.

**Gráfico N°84: Programa Artrosis GES análisis de Población, N° de ingresos periodo 2016-2018**



Se puede observar que a la fecha de corte del año 2018 (agosto) los años 2016 y 2017 sumaban un total de 13 y 10 ingresos respectivamente, la cual se ve duplicada el año 2018 y que por tendencia se esperaría que a diciembre aumente a 30 ingresos.

**Gráfico N°85: Distribución población con diagnóstico de artrosis (porcentaje)**



Del total de la población inscrita y que se atiende actualmente en las PSR, más de la mitad se encuentra bajo control ya sea con controles esporádicos (personas estables y funcionales), o que se encuentran actualmente en tratamiento kinésico. Quedando como brecha aquel 29% que se encuentra sin tratamiento kinésico, pero si médico y farmacológico.

### **REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL**

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).

**Profesional a Cargo:** kinesiólogo Marco Contreras.

**Equipo:** Dra. María Gracia Bracho- Dra. Pilar Silva- kinesiólogo Marco Contreras

#### **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 musculoesquelética, que se encuentre inscrito en el sistema de previsión FONASA y sea derivado por profesional médico con su respectivo diagnóstico.

### **Compromisos 2018**

Se realiza entre los meses de Abril y Mayo, evaluación postural en colegio Gabriela Tobar y escuela fronteriza San Gabriel a niños desde 1º a 8vo básico. Fueron evaluados 113 alumnos, de ellos, 61 alumnos pertenecen al colegio Gabriela tobar, de los cuales 30 fueron derivados a atención médica. En colegio San Gabriel hubo un total de 52 niños Evaluados, de estos, 33 fueron derivados a atención médica. A la fecha el número de consultas médicas es bajo. En PSR MRC han sido atendidos 2 escolares provenientes del colegio Gabriela Tobar, los que fueron derivados a RHB y se encuentran actualmente en Tto. En cuanto a PSR Sn Gabriel hasta la fecha no se han realizado atenciones médicas ni kinésicas a este grupo.

Por motivos de alta demanda kinésica es que aún no se ha podido generar rescate de usuarios.

Se realiza taller de actualización en aplicación de EMPAM modalidad teórico práctico para funcionarios TENS (funcionarias residentes PSR Volcán y San Gabriel) y alumnos en práctica (4 alumnos de enfermería y 2 alumnas de nutrición). Dicha actividad fue realizada en marzo del presente.

Se da comienzo a talleres de prevención de caídas modalidad teórico práctico en localidad de Sn Gabriel con finalización en octubre. Proyección a localidad el Volcán y Sn José de Maipo entre octubre y diciembre de este año.

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.

### **Brechas**

Realización de talleres de prevención de caídas modalidad teórico practico en localidad el Volcán y Sn José de Maipo entre octubre y diciembre.

Realizar por lo menos una visita domiciliaria anual a pacientes con dependencia severa.

## Innovaciones

Implementación de modalidad practica en terreno en la realización de taller de prevención de caídas.

Atención de usuarios secuelados de ACV mediante educación al propio usuario y cuidadores. A la fecha se han realizado 2 ingresos a atención kinésica, los cuales por diversas situaciones en la que se ve obstaculizada (por lejanía, presupuesto o comodidad) la derivación a centros de rehabilitación correspondiente es que se brinda dicha atención. Por el momento y a causa de que no se cuenta con la implementación necesaria para dar cobertura es que no se amplía esta prestación a toda la población.

## Desafíos

Generar estrategias de intervención para el año 2019, para aumentar cobertura de atención en localidades de San Gabriel y Volcán.

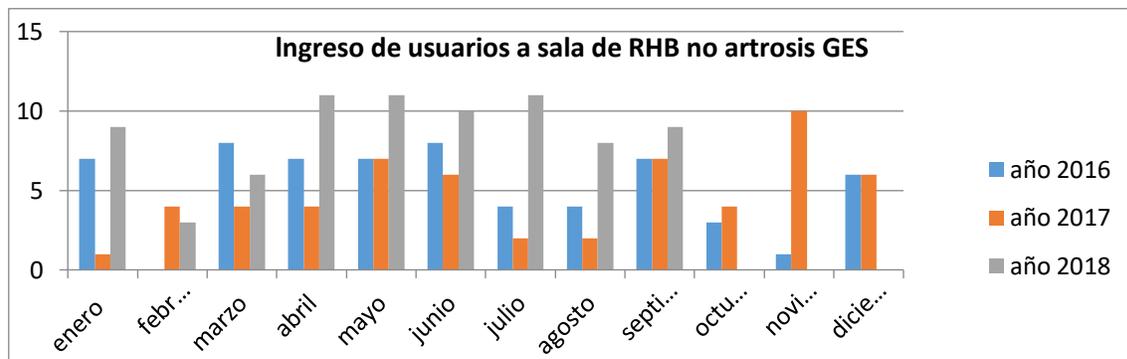
Implementar modalidad de trabajo grupal en usuarios con patologías de mayor prevalencia en localidades de San Gabriel y Volcán.

**Tabla N°59: Resumen Rehabilitación de Base Comunitaria**

PROCEDIMIENTOS RBC	TOTAL
INGRESOS	89
INGRESOS POR DG OA CADERA RODILLA (GES)	20
SESIONES KINESIOTERAPIAS	592
TALLERES DE EDUCACIÓN GRUPAL	7
N° PARTICIPANTES DE TALLERES	70

*Fuente: Registro interno*

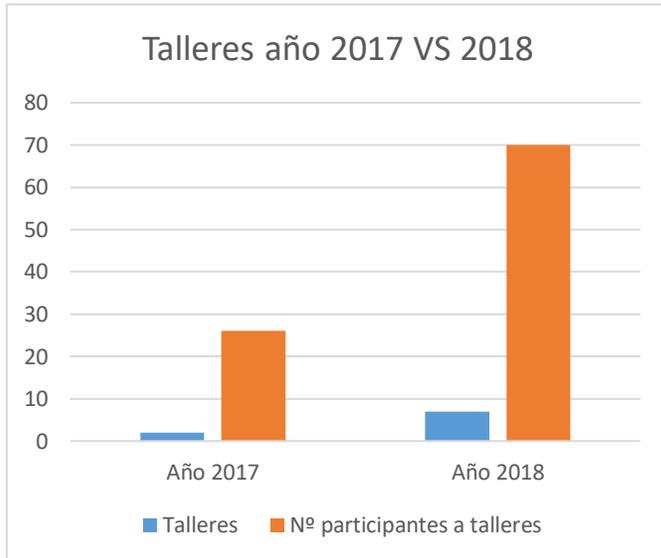
**Gráfico N°86: Ingresos de usuarios a sala de rehabilitación no artrosis GES**



*Fuente: Registro interno*

En el Gráfico N°86 se puede apreciar una tendencia hacia el aumento de ingresos a RHB durante los últimos años, en donde el año 2018 a la fecha (septiembre) ya sobrepasa el número de ingresos (69) de los años 2016 (20) y 2017 (24), lo que se debe en parte a las estrategias de derivación médica oportuna y a la redistribución de horas kinésicas.

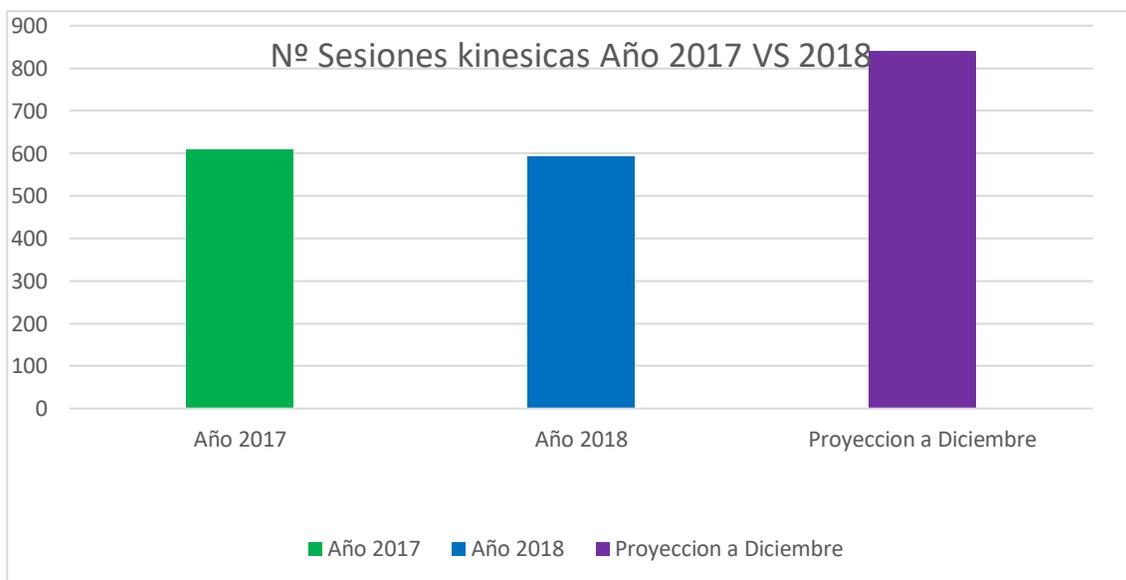
**Gráfico N°87: Comparación N° de talleres realizados en periodo 2017-2018 y números de total de participante respectivos**



El gráfico detalla la diferencia entre los talleres realizados durante los años 2017 y 2018, en donde se aprecia un exponencial incremento de talleres y por ende el número de participante. Se infiere que este efecto se da en parte por los cambios y reordenamiento que presenta el equipo de rehabilitación a mediados del año 2017 que dificulta la realización de estos.

*Fuente: Registro interno*

**Gráfico N°88: Números de sesiones kinésica periodo 2017-2018, incluye proyección diciembre**



**2018**

*Fuente: Registro interno*

El gráfico muestra aparentemente una mayor cantidad de sesiones kinésicas realizadas el año 2017, sin embargo, este gráfico muestra datos de enero a diciembre, con un total de 609 sesiones y un promedio de 50 sesiones mensuales. En cambio, el año 2018 muestra datos de enero a agosto con un total de 592, con un promedio de 70 sesiones mensuales, lo cual proyecta a diciembre un total de 840 sesiones lo que significaría un incremento del 37,9%.



Taller de crónicos localidad Las vertientes y prevención de caídas en localidad de San Gabriel

## **PROGRAMA IRA – ERA EN SALA MIXTA DE SAN JOSÉ DE MAIPO**

**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:**

Estos programas, desarrollados a lo largo del País deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

### **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.

### **Compromisos**

El compromiso para el año 2018 es posicionar la Sala Mixta como un dispositivo Comunal para la atención de enfermedades respiratorias, por lo que fue necesario generar una comunicación e interacción efectiva, a través de flujogramas y protocolos, para el correcto aprovechamiento de los servicios entregados por la Sala IRA y ERA y realizar las derivaciones correspondientes.

Al mejorar la comunicación con el Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo, el crecimiento de la población bajo control de la sala aumenta en un 27,3% en programa ERA, superando con creces lo proyectado a principios del 2017 (12% de aumento de la población bajo control)

**Gráfico N°89: Evolución población bajo control periodo 2017-2018**



*Fuente: Registro interno.*

**Tabla N°60: Población bajo control con patología crónica, según rango etario.**

GRUPO ETÁREO	TOTAL
0-19	249
20-64	125
>65	156

*Fuente: Registro Interno*

Donde el 64,8% de los usuarios mayores de 19 años son mujeres y el 53,5% de los usuarios menores de 19 años son hombres.

### **Innovaciones**

Para el año 2018 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 (PSR), se genera la estrategia de incorporar atención de Kinesióloga, Enfermera y Médico en extensión horaria, lo que se justifica, pensando en la principal patología en invierno, con los datos de SBO Agudo

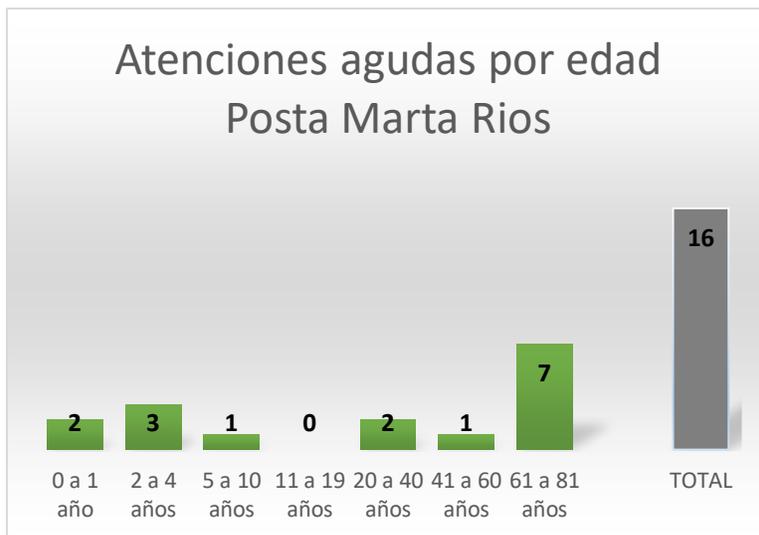
**Tabla N°61: Población con Diagnóstico de Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo de 0 a 4 años, según centro desde septiembre 2017 a septiembre 2018:**

CENTRO	POBLACIÓN TOTAL 0-4 AÑOS	N° DE INGRESO POR SBO	%
MRC	57	21	36,8%
SG	16	8	50%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>29</b>	

*FUENTE: Ficha clínica RAYEN (Monitoreo de actividades), SUBDIRECCION DE REDES ASISTENCIALES.*

Con el dispositivo funcionando en la mitad de la Campaña de Invierno, tenemos que:

Gráfico N°90: Atenciones agudas por edad, PSR MRC



Fuente: Registro interno.

Las atenciones kinésicas, que son 3 sesiones por paciente en promedio, tenemos que la PSR Marta Ríos absorbe 48 atenciones solo en el mes de Julio, evitando que estos pacientes tengan que salir lejos de sus hogares o que eviten visitas inesperadas al Servicio de Urgencias.

Se genera, además, una nueva estrategia desde Sala Mixta, para la prevención de enfermedades respiratorias en temporada de invierno, donde se decide intervenir, previo al inicio de la campaña de invierno, a las funcionarias de Jardines infantiles, donde se les enseña a identificar signos de dificultad respiratoria, prevención de infecciones entre los niños, el correcto lavado de manos, etc.





### Brechas

Al cumplir un año del nuevo Kinesiólogo a cargo de Sala Mixta, se logra visualizar claramente las brechas que se han generado con el correr de los años, ya que hasta el año 2016 y parte del 2017, la Sala Mixta perdió comunicación valiosa con el área de salud de la CMSJM, y siendo ésta una sala que atiende a toda la comuna, es fundamental formar parte sustancial de todas las estrategias de salud establecidas por ambas atenciones primarias de la comuna. Dicho lo anterior y de acuerdo con lo que establece el “Manual operativo de programas de salud respiratoria” se enumeran las brechas a subsanar:

- Inmueble destinado a la Sala Mixta que no cumple con las exigencias sanitarias actuales.
- Dualidad administrativa y de coordinación entre dos APS.
- Falta de Implementación adecuada para la realización de Rehabilitación Pulmonar.
- Falta de estrategias conjuntas de promoción y prevención con área de salud de la corporación municipal de San José de Maipo.
- Falta de modernización del mobiliario de la Sala Mixta.

### Desafíos

El desafío para el próximo año se centrará en la mejora de la infraestructura e implementación de la Sala Mixta, así como mejorar la interacción y oferta de servicios para las PSR, como, por ejemplo: Incluir, dentro de la planificación del kinesiólogo de la Sala Mixta, la visita domiciliaria a los Score IRA Grave de las PSR, ya que es un tema importante en cuanto a la prevención de enfermedades respiratorias.

**Tabla N°62: Riesgo de Morir por Neumonía (RMN) en Menores de 1 año**

CENTRO	SCORE IRA						
	EV RMN	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%
MRC	92	61	66%	22	23,9%	9	9,8%
SG	9	4	44,4%	3	33,3%	2	22.2%
TOTAL	101	65		25		11	

FUENTE: Ficha Clínica RAYEN (Formularios Clínicos)

Además, se generarán reuniones de coordinación con el área de salud de la CMSJM para así gestionar la mejor forma para intervenir y participar de las actividades de promoción y prevención en salud.

## PROGRAMAS ALIMENTARIOS

### PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC)

**Profesional a cargo:** Nelly Standen Fuentealba, Nutricionista

**Equipo:** Fernanda Gonzales, TENS. Encargada de Bodega Central en Posta Marta Ríos Cofré en localidad de Las Vertientes y distribución de productos.

**Objetivo general:**

- Mantener 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 transmisibles desde las primeras etapas de la vida.
- Prevenir y reducir enfermedades crónicas asociadas a la mal nutrición.

**Tabla N°63: Distribución de productos en kilos consolidados por centro de salud (enero agosto 2018)**

PRODUCTO	CENTRO			TOTAL
	PSR MRC	PSR SG	PSR V	
LECHE PURITA FORTIFICADA	260	41	16	317
LECHE PURITA CEREAL	548	112	64	724
PURITA MAMÁ	81	3	26	110
MI SOPITA	24	2	0	26
FÓRMULA PREMATURO	0	0	0	0
FORMULA PREMATURO DE CONTINUACIÓN	0	0	0	0
CREMA AÑOS DORADOS	554	127	145	826
BEBIDA LÁCTEA	554	127	145	826

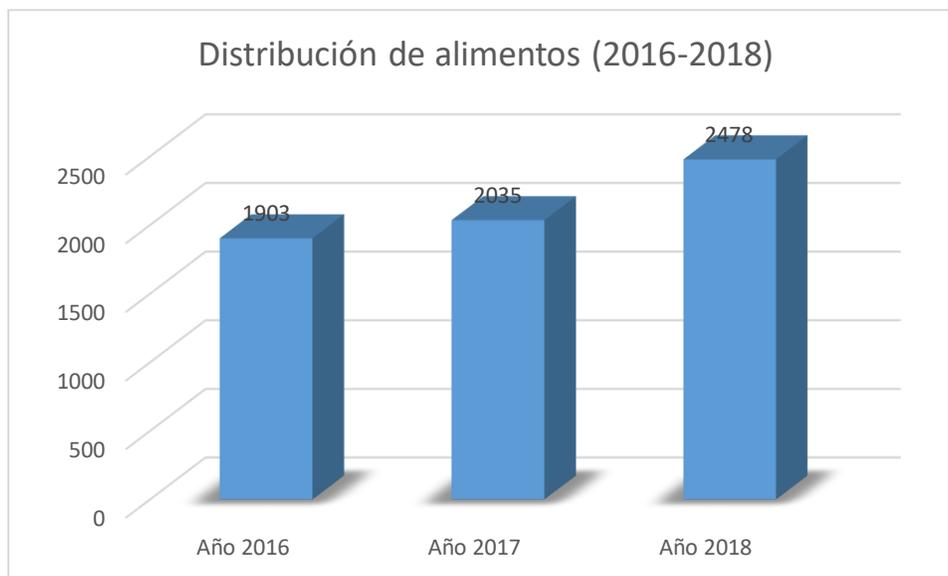
*Fuente: Registro estadístico interno.*

**Tabla N°64: Total de Kilos Distribuidos: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)**

AÑO	2016	2017	2018
Kilos Distribuidos	1903	2035	2478*(proyectado a diciembre 2018)

*Fuente: registros internos de distribución en CMSJM (PNAC).*

**Gráfico N°91: Distribución de alimentos periodo 2016-2018**



*Fuente: registros internos de distribución en CMSJM (PNAC).*

Los datos anteriormente expuestos evidencian un importante aumento en la distribución de kilos de alimentos (leche, fórmula, sopas y cremas), en los últimos tres 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. (Gráfico N°91)

### **PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR**

**Profesional a cargo:** Nelly Standen Fuentealba, Nutricionista

**Equipo:** Fernanda Gonzales, TENS. Encargada de Bodega Central en Posta Marta Ríos Cofré en localidad de Las Vertientes y distribución de productos.

**Objetivo general:**

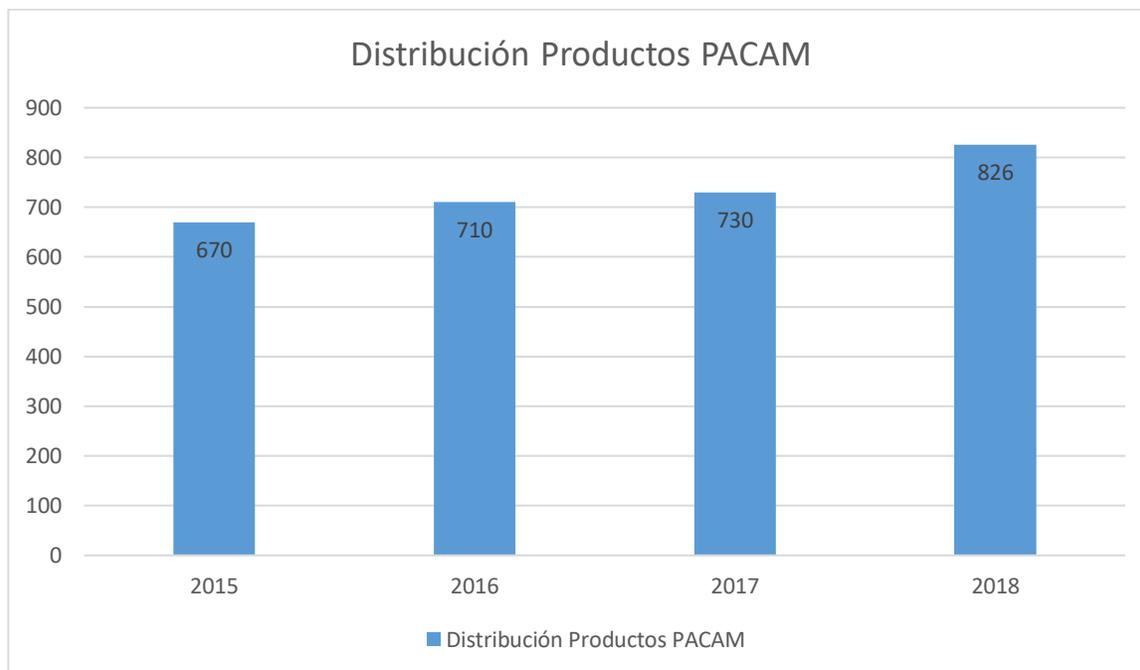
Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de optimizar su calidad de vida.

**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.

**Gráfico N°92: Distribución productos PACAM periodo 2015-2018**



En los últimos cuatro años la distribución de productos para el adulto mayor (Bebida Láctea y Crema Años Dorados), ha tenido un progresivo aumento. Lo anterior debido a: el 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 2018 PNAC y PACAM:**

##### **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:**

- Innovar en las técnicas educativas a los usuarios, para otorgar mejor uso de los productos, a través de, apoyo audiovisual, mural exclusivo, afiches, dípticos, degustaciones, entre otros.
- Abordaje mensual de temas educativos: Lactancia Materna, Alimentación del adulto Mayor, Guías Alimentarias, Importancia de la actividad física, etc. Dando prioridad a Lactancia Materna, el cual será abordado en todas las sesiones mensuales.

## 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 para la totalidad de centros de salud.

### **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 y mediante la participación directa con el usuario mediante atenciones farmacoterapéuticas.

### **Objetivos específicos**

- Garantizar la entrega segura y oportuna de medicamentos 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**

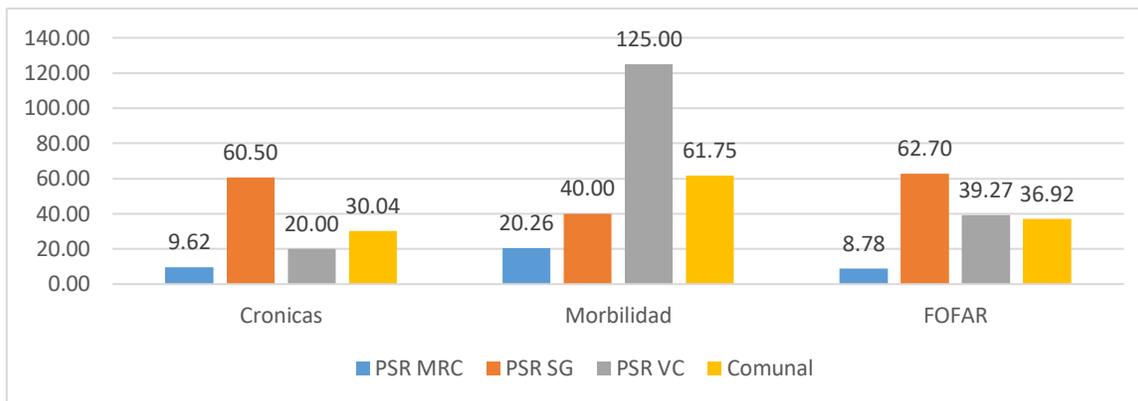
<b>PSR Marta Ríos Cofré</b>	<b>PSR San Gabriel</b>	<b>PSR Volcán</b>
TENS Nicole Guardia G.	TENS Luz Aguirre (Residente)	TENS Luzmira Martínez (Residente)
TENS Mario Nuñez N.		
TENS Tania Triviño A.		
Encargado Comunal: Químico Farmacéutico Rodrigo Véliz Vivar		

### **Análisis de demanda**

En relación al año 2017, la totalidad de los centros mostraron un aumento significativo en la cantidad de recetas efectivamente despachadas, alcanzando un 30,04%, 36,92% y 61,75% de crecimiento en cantidad de recetas efectivamente despachadas de tipo Crónicas, FOFAR y de morbilidad, respectivamente.

Lo que respecta al segmento de recetas crónicas, el aumento promedio del 30,04% da cuenta de un aumento de igual magnitud en la cantidad de usuarios promedio que se encuentra bajo tratamiento farmacológico. Además, dentro de este segmento, se evidencia un aumento de un 36,92% de usuarios con patologías cardiovasculares en manejo crónico con medicamentos pertenecientes a la canasta del Fondo de Farmacia (FOFAR).

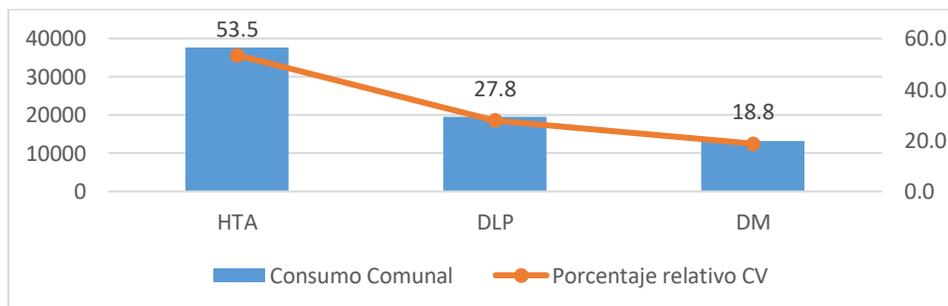
**Gráfico N°93: Distribución promedio de recetas por tipo y centro de salud, año 2018**



*Fuente: Consolidación de planillas de registro de entrega de medicamentos.*

Así, el análisis del grupo de usuarios con prescripciones crónicas FOFAR muestra una proporción significativamente mayor de usuarios con Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento (53,5%), seguidos por Dislipidemia (27,8%) y Diabetes Mellitus (18,8%).

**Gráfico N°94: Distribución de prescripciones por grupo de patologías FOFAR**



*Fuente: Consolidación de planillas de registro de entrega de medicamentos.*

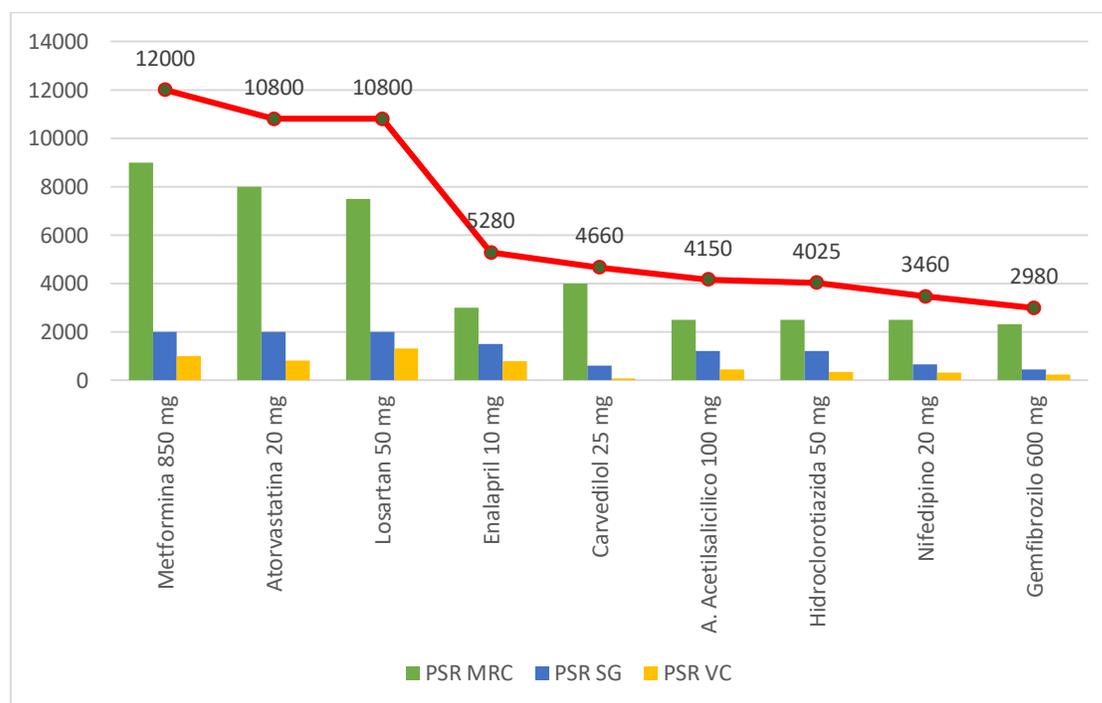
Dicha tendencia se condice con el comportamiento de consumos observados durante 2018, que muestra que la mayor proporción de medicamentos despachados se concentra en los medicamentos cardiovasculares, específicamente en los de HTA en los tres centros de salud. Solo rompe con la tendencia el uso de Paracetamol 500mg perteneciente a un consumo mixto entre el programa artrosis y las morbilidades atendidas, además de levotiroxina 100mcg, perteneciente al programa de hipotiroidismo.

**Tabla N°65: Resumen de consumos consolidados de medicamentos**

Medicamento	PSR			Total comunal	Tipo
	MRC	SG	VC		
Metformina 850 Mg	9000	2000	1000	12000	Cardiovascular
Atorvastatina 20 mg	8000	2000	800	10800	Cardiovascular
Losartan 50 Mg	7500	2000	1300	10800	Cardiovascular
Paracetamol 500 Mg	7500	2000	715	10215	Artrosis/morbilidad
Enalapril 10 Mg	3000	1500	780	5280	Cardiovascular
Levotiroxina 100 Mcg	3500	1000	250	4750	Hipotiroidismo
Carvedilol 25 mg	4000	600	60	4660	Cardiovascular
Ácido Acetilsalicílico 100 Mg	2500	1200	450	4150	Cardiovascular
Hidroclorotiazida 50 Mg	2480	1200	345	4025	Cardiovascular
Nifedipino 20 Mg	2500	640	320	3460	Cardiovascular
Gemfibrozilo 600 Mg	2300	450	230	2980	Cardiovascular
Glibenclamida 5 Mg	2000	500	330	2830	Cardiovascular

Fuente: Registro mensual de movimientos de stock

**Gráfico N°95: Resumen de consumos consolidados de medicamentos**



Fuente: Registro mensual de movimientos de stock

## Cumplimientos 2018

### Atenciones farmacéuticas

Durante 2018, la estrategia de consejería de dupla realizada en conjunto con Asistente Social para pacientes con problemas de adherencia y/o polifarmacia no pudo ser efectuada por falta de horas

de este último profesional. Motivado por ello, se dio paso a la estrategia de seguimiento farmacoterapéutico enmarcado en el programa de Salud Mental.

## **Brechas 2018**

### **Registros**

Durante 2018 se detectó la no informatización de la información de la información de gestión farmacéutica (stock, consumos, recetas). Motivado por ello, durante el 2018 se generó un levantamiento global de información y construcción de un repositorio de información de ayuda para la gestión farmacéutica, lo que permite generar un mejor control del flujo de entrada y salida de medicamentos e insumos con la consecuente mejora en las proyecciones para 2019 en materia de compras de la unidad con la finalidad de evitar el sobrestock y/o quiebre de medicamentos e insumos.

## **Innovaciones 2018**

### **Bodega comunal de farmacia**

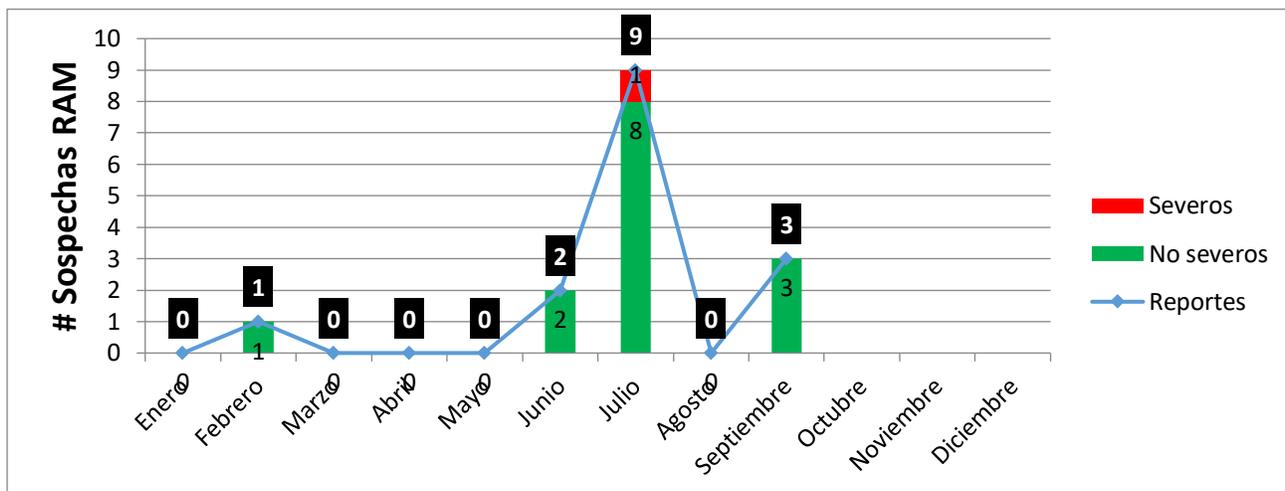
En la actualidad, se encuentra en ejecución el proyecto de construcción e implementación de la bodega comunal de medicamentos, situada físicamente en dependencias de PSR Marta Ríos Cofré. Dicho proyecto se enmarca dentro de las mejoras estructurales impulsadas por el programa FOFAR, con lo cual nuestra capacidad de almacenamiento de medicamentos e insumos se verá incrementada cerca de un 80%, lo que nos permitirá manejar de forma segura y centralizada la totalidad de medicamentos e insumos disponibles.

La entrega del proyecto se encuentra planificada para finales del mes de octubre del presente.

### **Farmacovigilancia**

Durante el año en curso, 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, lo que hizo que la detección despegara en PSR Marta Ríos Cofré, alcanzando un total a la fecha de 15 reportes (cero en 2017), dejando pendiente la implementación efectiva del plan en PSR San Gabriel y PSR El Volcán.

Gráfico N°96: Reportes de RAM comunales

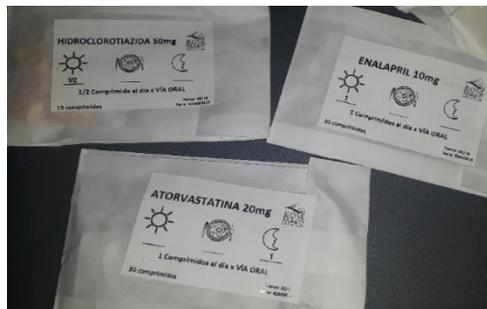


Fuente: REDRAM ISP

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.

### Sistema de etiquetado de medicamentos

El sistema de etiquetas implementado en la unidad de farmacia, permite realizar una identificación clara de los medicamentos despachados a nuestros usuarios, dado que contiene de forma clara la información referente al nombre de la presentación farmacéutica, su fecha de vencimiento, lote y cantidad contenida en el sobre. Además, incorpora elementos de posología que resultan amigables con usuarios con grados de analfabetismo, indicando con figuras los horarios de mañana, almuerzo y tarde/noche, con el fin de favorecer una buena adherencia y seguridad del tratamiento farmacológico.



### **Compromisos 2019**

- Mantener posicionamiento en equipo de trabajo de salud mental en materia de SFT en PSR Marta Ríos Cofré e implementación de estrategias de SFT en PSR San Gabriel y PSR El Volcán
- Informatización de los procesos relacionados a la gestión farmacéutica para PSR Marta Ríos Cofré para mejorar el quehacer en programación, manejo de inventarios.

### **Desafíos 2019**

- Realizar SFT al PSCV en usuarios de alto riesgo CV para aportar en las metas de compensación y calidad de vida de estos usuarios de PSR Marta Ríos Cofré.
- Implementar plan de farmacovigilancia efectivo en PSR San Gabriel y PSR El Volcan.
- Funcionamiento e implementación de bodega comunal de medicamentos en PSR Marta Ríos Cofré.
- Construcción e informatización de repositorio de información referente a la gestión farmacéutica en PSR San Gabriel y PSR El Volcán.

## **PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES**

**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 mortalidad infantil

### **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)

### **EQUIPO PROGRAMA INMUNIZACION CMSJM**

<b>PSR Marta Ríos Cofre</b>	<b>PSR San Gabriel</b>	<b>PSR Volcan</b>
<b>TENS Nicole Rojas Fleming</b>	<b>TENS Luz Aguirre</b>	<b>TENS Alison Silva</b>
<b>Coordinador Comunal Enfermera Yeans Fonseca Córdoba</b>		

### **Compromisos 2018**

- Se logra el 100% de vacunación contra influenza en niños entre 6 meses y 5 años 11 meses 29 días.
- Se alcanza el 95% de vacunación pentavalente y neumológica en menores de 1 año, por medios de rescate y derivaciones inmediatas tras control sano.
- Se obtuvo el 100% de cumplimiento de vacunación contra influenza en campaña 2018, de la población objetivo que se encuentra inscrita en Postas de Salud Rural, lo cual incluye embarazadas mayor a 13 semanas de gestación, adultos mayores, crónicos y niños ya antes mencionados.

## Levantamiento de brechas detectadas 2018

- Con el objetivo de entregar una atención de calidad al usuario, se realiza un levantamiento de brechas enfocado en infraestructura y RRHH, entre las cuales destaca:
- Falta de camilla de atención clínica infantil
- Área limpia con superficie lavable para preparación de material e insumos clínicos.
- Área sucia con superficie para depósito transitorio del instrumental en uso, separado del mesón de preparación de material clínico.
- Personal TENS Capacitado y exclusivo para vacunatorio, haciendo énfasis en atención oportuna, cercana y con conocimientos.

## Innovaciones 2018

Durante el año 2018 (inicios) se postula a un PMI que busca mejorar las condiciones de infraestructura, y de esta forma dar cumplimiento a la normativa de operación vigente. Con ello, se busca la adquisición de elementos adecuados para el funcionamiento del vacunatorio como lo es el caso de un equipo electrógeno automatizado para hacer frente a los problemas de energía recurrentes del sector en conjunto con alarma de corte de energía, lo que busca mantener la cadena de frío de las vacunas y, con ello, asegurar la máxima calidad y seguridad de las inmunizaciones. Además, se postuló para adquisición de nuevo y mejor mobiliario que permite un uso adecuado de la unidad como es el caso de camilla, unidades de transporte para cadena de frío y otros elementos esenciales para el funcionamiento.





## COBERTURA DE INMUNIZACIÓN EN CAMPAÑA

### CAMPAÑA INFLUENZA (corte Junio 2018)

Tabla N°66: Vacunación influenza 2018

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
<b>TOTAL</b>	<b>608</b>	<b>330</b>	<b>1125</b>	<b>240</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>2178</b>
<b>INMUNIZADOS</b>	<b>608</b>	<b>330</b>	<b>1125</b>	<b>240</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>2178</b>
<b>COBERTURAS</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ESTADISTICA VACUNATORIO PSR MARTA RIOS COFRE

Por medio de informativos, consejerías, trabajo en equipo y salidas a terreno para inmunizar, se obtuvo durante campaña contra influenza, el 100 % vacunado por PSR.

### VACUNACIÓN ESCOLAR (corte 14 septiembre 2018)

Tabla N°67: Vacuna Tres vírica (Sarampión, Rubeola y Paperas) + Dtp (Difteria, Tétano y Tos Convulsiva)

COBERTURA POR MATRICULAR 1° BÁSICO		
TOTAL	VACUNADOS	COBERTURA
112	92	82%

FUENTE: ESTADISTICA VACUNATORIO PSR MARTA RIOS COFRE

Tabla N°68: Vacuna Difteria tétano y tos convulsiva (Dtp)

COBERTURA POR MATRICULAR 8° BÁSICO		
TOTAL	VACUNADOS	COBERTURA
121	98	81%

FUENTE: ESTADISTICA VACUNATORIO PSR MARTA RIOS COFRE

A la fecha del corte, la campaña de vacunación escolar aún no se da por terminada, sim embargo los datos preliminares muestra una cobertura mayor al 50%, de un total de 233 alumnos por vacunar.

**Tabla N°69: Vacuna Virus Papiloma Humano**

	4° BÁSICO			5° BÁSICO		
	TOTAL	VACUNADO	RECHAZO	TOTAL	VACUNADO	RECHAZO
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>0</b>
<b>COBERTURA</b>	<b>100</b>	<b>78%</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>69%</b>	<b>0</b>

*FUENTE: ESTADISTICA VACUNATORIO PSR MARTA RIOS COFRE*

A través de consejerías e intervenciones se han minimizado los rechazos por parte de los padres para vacunación contra VPH, destacando la importancia de la inmunización para mujeres para este rango de edad.

**COMPROMISOS 2019**

- Aumentar cobertura en vacunación neumocócica en > 65 años.
- Aumentar cobertura en vacunación contra influenza con respecto a la población comunal.
- Manejo de información contradictoria entre los medios masivos de comunicación con respecto a la información formal entregada por parte de las coordinaciones de la campaña de vacunación, lo que genera un grado de desconocimiento general en la población al no reconocer la población de riesgo que debía recibir inmunización.

## CONVENIOS IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y PROGRAMAS DE RESOLUTIVIDAD.

**Persona a cargo:** Valentina Espinoza Reyes

**Equipo:** Médico María Gracia Bracho, Matrona Beatriz Susarte, Kinesiólogo Pablo Araya.

### **Objetivo General**

- Mejorar la capacidad de resolución de la población atendida en Las Postas de Salud Rural de la Corporación de Salud de San José de Maipo, dando herramientas de accesibilidad, oportunidad, diagnóstico pertinentes y derivación oportuna de ser necesario a atención secundaria.

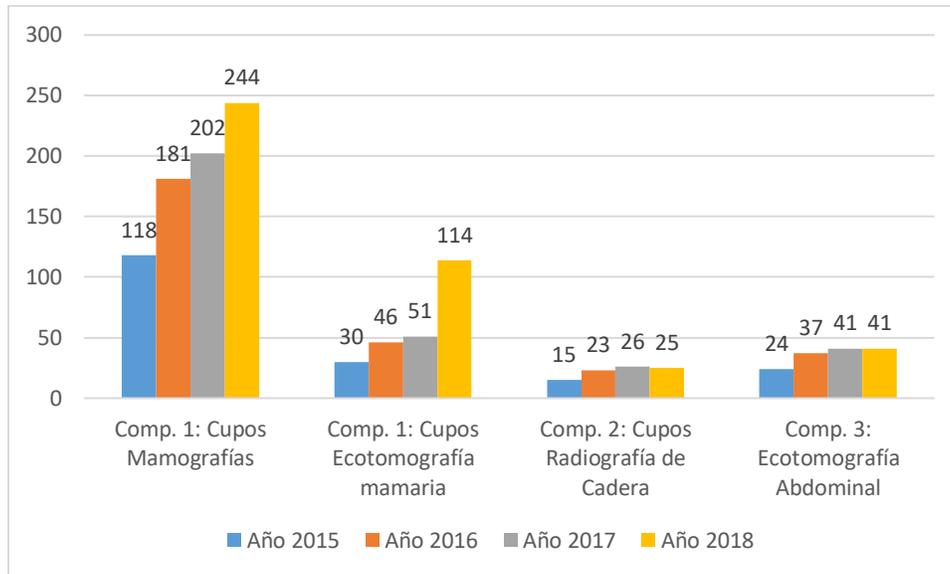
### **Objetivos Específicos**

- Favorecer el acceso a prestaciones ambulatorias en centros externos de Salud especializados para otorgar garantías oportunas a pacientes.
- Priorizar el acceso oportuno a prestaciones que tienen gran demanda en APS, teniendo en consideración lista de espera para realizar las prestaciones resolución.
- Realizar confirmaciones o descartes de sospechas diagnósticas realizadas en las atenciones de salud, permitiendo derivaciones oportunas en caso de ser necesario.

## IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

**Convenios imágenes diagnósticas año 2018**

<b>NOMBRE COMPONENTE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META Nº</b>
<b>Componente N° 1. Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II.</b>	Mamografía EMP Mujeres de 50-69 años	160
	Mamografía Mujeres y otras edades con factores de Riesgo	68
	Bi RADS 0: Proyección complementaria en el mismo examen.	16
	Ecotomografía Mamaria.	114
<b>Componente N°2. Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.</b>	Radiografía de caderas	25
<b>Componente N° 3. Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.</b>	Ecotomografía Abdominal grupo de 35 a 49 años	25
	Ecotomografía Abdominal en otras edades.	16
<b>Componente N° 4. Mejorar la resolutivez en el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y enfermedades respiratorias crónicas.</b>	Exámenes de RX de Tórax en personas con sospecha de Neumonía Adquirida en la Comunidad y enfermedades respiratorias crónicas	40



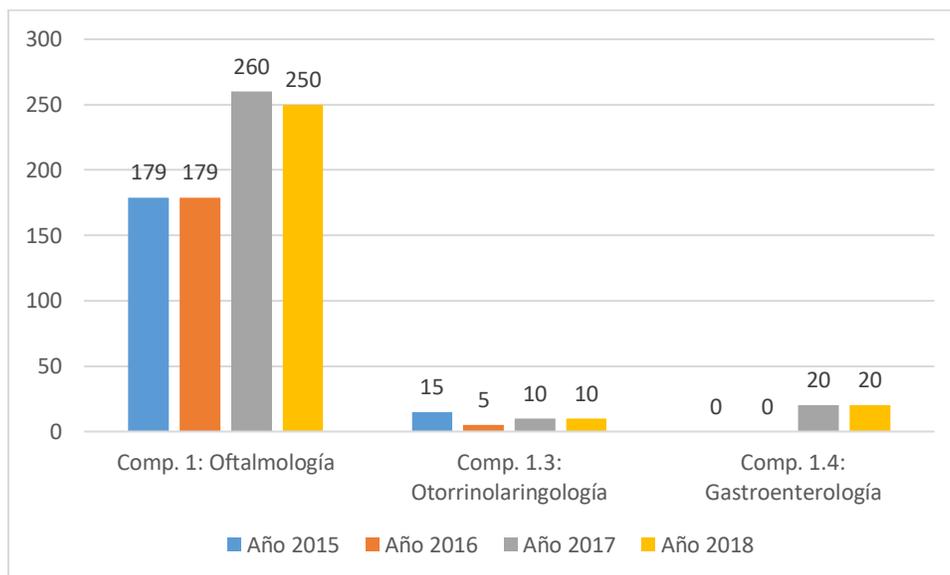
*Fuente: Registro de prestaciones*

El convenio de imágenes diagnósticas entre los años 2015 hasta 2018 ha mostrado un alza sustancial de los cupos disponibles para cada prestación, debido a la necesidad de cupos en cada centro de salud para garantizar el acceso a la atención en un marco de calidad y seguridad asistencial. Cabe mencionar que durante 2017 y 2018 existió un aumento de 700 nuevos usuarios inscritos en los centros de salud de nuestra red local, lo cual proyecta una necesidad de crecimiento al alza en la necesidad de cupos en el periodo 2018-2019.

La presencia de estos convenios de resolutivez ha mejorado los niveles de satisfacción usuaria en un marco general, debido principalmente a la oportunidad de acceder a prestaciones que pueden incluso estar fuera de su alcance y, con mayor accesibilidad territorial.

**RESOLUTIVIDAD.**  
**Resolutividad 2018**

COMPONENTE	ACTIVIDAD	DESGLOSE ACTIVIDAD	META 2018
<b>COMPONENTE 1.1</b>	Canasta Integral Oftalmología	Vicios de refracción	250
		Lentes	
		Lubricantes oculares	
<b>COMPONENTE 1.2</b>	1 médicos Gestor	Gestión de la pertinencia de interconsultas.	1
<b>COMPONENTE 1.3</b>	Canasta integral de Otorrinolaringología	Consulta integral de especialidad en Otorrino.	10
		Audiometría	
		Impedanciometría	
		VIII Par	
		Audífonos	
<b>COMPONENTE 1.4</b>	Canasta Integral de Gastroenterología	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)	20
		Test Ureasa (para Helicobacter Pylori)	
		Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	



*Fuente: Registro de prestaciones*

Los cupos de resolutiveidad han aumentado a excepci3n de los cupos de otorrinolaringología debido a la situaci3n particular de mal manejo por no discriminaci3n por rango etario. Sin embargo, en la actualidad se trabaja con un enfoque Clínic-Administrativo lo que permite priorizar por criterios de inclusi3n (no GES) y de paso, manejar listas de espera seg3n las directrices del SSMSO.

El lineamiento estrat3gico es dar una mayor cobertura a la poblaci3n en funci3n de las necesidades detectadas en ellas, es as3 como en general los cupos de cada convenio han aumentado conforme aumenta la poblaci3n inscrita y las necesidades de estas, siendo ejemplo de esta situaci3n el caso de la canasta de gastroenterología, que, en ańos anteriores, no era considerada debido a que la poblaci3n presentaba una baja tasa de consulta con cuadros donde endoscopia digestiva alta era una necesidad. Sin embargo, hoy la demanda se encuentra en ascenso debido a una mayor tasa de consulta por sintomatología, crecimiento de la poblaci3n usuaria y aumento de los casos donde patologías como *H. Pilory* son sospechadas y con esto, son r3pidamente manejadas seg3n la condici3n del usuario.

### **Compromiso 2018**

El compromiso que se estableci3 en el ańo 2018 fue realizar y cumplir con todas las prestaciones entregadas desde el SSMSO, otorgando prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atenci3n Primaria de Salud y que hoy en d3a presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en nivel secundario con derivaci3n pertinente, obteniendo impacto sanitario y satisfacci3n usuaria.

Tener una encargada de resolutiveidad con una visi3n clínic la cual se enfoca en prioridades del usuario y que esta presenta en las distintas postas para ser cercana y resolutive.

El resultado de este convenio se ve reflejado en disminuci3n de lista de espera de derivaci3n a toma de ex3menes. Atenci3n m3s cercana al sitio de residencia de los usuarios entendiendo la extensi3n geogr3fica. Atenci3n resolutive. Y por 3ltimo asegurar al paciente una atenci3n continua y de calidad.

### **Brechas**

- Poca claridad en cupos otorgados desde SSMSO.
- Acceso deficiente para las Postas ubicadas en localidades m3s lejanas ya que este ańo no se cont3 con transporte como en ańo anterior.
- Errores de citaci3n desde el Centro M3dico externo por prestaciones solicitadas. Esto se debi3 a cambio de sistema de registro.
- Falta de horas protegidas para realizar, ordenar y gestionar convenios.

## **Desafíos**

Los desafíos planteados para el 2019 comprenden:

- Generar listas de espera con el tiempo mínimo solicitado por el SSMSO (120 días).
- Trabajar con derivaciones (similar al sistema de interconsultas) al extrasistema.
- Mantener las planillas de rutificados actualizadas, disponibles para SSMSO y Estadístico de la Corporación Municipal de Salud para fines estadísticos.
- Mantener cupos de convenios de imágenes diagnósticas y resolutiveidad.
- 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 el programa.
- Gestionar espacio y tiempo exclusivos para realizar actividades propias de convenios.

## **PROGRAMA BUENAS PRÁCTICAS**

Año a año, el SSMSO realiza una convocatoria para la adjudicación de proyectos de Buenas Prácticas, el cual pretende destacar las acciones de los equipos de atención primaria municipal, a través la postulación de experiencias innovadoras e iniciativas de profesionales y técnicos que se desempeñan en los centros de salud municipal, reforzando los avances sustantivos que tiene la salud pública desde que los municipios administran la salud primaria en Chile.

Con el objetivo de aumentar la satisfacción de la población, en base a los requerimientos demostrados a nivel nuestra realidad local, se postula este 2018 desde el Área de Salud de la CMSJM un total de tres Buenas Prácticas, adjudicándose la totalidad de estas:

- Área Odontológica postula “Sonrisas Inclusivas”, basado en la estrategia Fortaleciendo Sonrisas de la Universidad de Chile. Este programa tiene como grupo objetivo a estudiantes pertenecientes al Programa de Integración Escolar (PIE), con necesidades educativas especiales permanentes, además de niños y niñas pertenecientes a Kinder y Pre- Kinder. Sonrisas Inclusivas propone realizar consejerías a docentes y asistentes de la educación acerca de los cuidados en salud oral que deben estar presentes tanto en el hogar como en el establecimiento educacional, teniendo como objetivo que los colaboradores puedan transmitir estos conocimientos a los padres y apoderados a través de las reuniones escolares. Por otra parte, participar activamente del taller de autocuidado para madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales, el cual se desarrolla en el establecimiento educacional seleccionado para la realización del programa hace 3 años aproximadamente, capacitando de forma específicas a los cuidadores en lo que respecta al cuidado de la salud oral y adaptando los elementos de higiene en conjunto con el terapeuta ocupacional responsable del taller, con el objetivo de facilitar una adecuada higiene oral y fomentar la autovalencia en los casos en que sea posible. Además de ello, realizar promoción, prevención y rehabilitación en salud oral a niños y niñas dentro del establecimiento educacional, a través de la Técnica de Restauración Atraumática (ART), la cual consiste en remover caries dental con instrumental manual y restaurar el diente temporal con un vidrio ionómero de alta viscosidad. Esta técnica tiene como ventaja evitar la necesidad de anestesia local, producto de que es indolora, tiene un bajo costo, ya que no requiere de equipo eléctricos o hidráulicos, simplifica el control de infecciones cruzadas, ya que es sencillo lavar y desinfectar los instrumentos, sustituye la exodoncia como tratamiento alternativo y la ansiedad del usuario se ve reducida al realizarse bajo un espacio conocido por el niño (a) y en un contexto lúdico, mientras Profesores y compañeros se encuentran en la misma habitación, realizando actividades promocionales en salud oral, situación muy diferente a la que se puede enfrentar al interior de un box odontológico, dentro de un centro de salud. Por otro lado, es relevante que los niños conozcan al equipo odontológico previamente, bajo un contexto de aprendizaje lúdico, con el objetivo de generar un vínculo con participantes. Finalmente el programa tiene como indicador de evaluación el 100 % niños y niñas de Pre-kinder y Kinder, niños pertenecientes al programa de integración escolar, Educadores (as), técnicos (as), Asistentes profesionales de la educación y apoderados participantes del programa Sonrisas Inclusivas con promoción y prevención en salud oral, además del 100% niños y niñas de Pre-kinder y Kinder y/o con necesidades educativas especiales permanentes, que permitan la realización de la técnica de restauración atraumática, libres de lesiones de caries activas. El establecimiento educacional seleccionado como piloto del Programa Sonrisas Inclusivas durante el año 2018 fue Escuela Integradora El Manzano, la cual cuenta con 40 niños y niñas cursando Kinder y Pre- Kinder y 15 niños y niñas pertenecientes al Programa de Integración Escolar con necesidades educativas especiales permanentes.

- Coordinación clínica y Coordinación de servicios transversales postula “Diabetes una ventana a una vida saludable”, Los pacientes con Diabetes Mellitus II (DM) son, frecuentemente, pacientes que carecen de redes de apoyo efectivas o, por decisión propia, no adhieren de forma efectiva a las medidas de manejo de esta patología como lo es el caso de la adherencia al tratamiento farmacológico, hábitos de vida saludable <alimentación> y medidas de autocuidado para la prevención de complicaciones de la patología, que comprenden una triada fundamental para lograr la compensación de su patología y, con esto, prevenir mayores complicaciones orgánicas derivadas de ella.

Así, la necesidad de empoderar al usuario sobre su patología se torna un elemento central, el que se busca abordar mediante la entrega de conocimiento de forma lúdica, de tal forma que este mediante talleres interactivos adquiera las herramientas necesarias para poder manejar su condición de salud y, de paso, fomentar hábitos de vida saludable necesarios para prevención o manejo de cualquier otra patología del programa de salud cardiovascular (PSCV).

Mediante una triada de talleres participativos se busca fomentar los elementos claves del manejo no farmacológico, como lo es taller de autocuidado, adherencia y cocina entretenida para lograr que todo paciente con diagnóstico de DM presente un mejor perfil de compensación, menor tasa de consultas de urgencias y, su empoderamiento con la patología y calidad de vida aumente.

La finalidad del programa es disminuir tasa de reconsulta por urgencias relacionadas con la patología (hiperglicemia, hipoglicemia), disminuir la cantidad de consultas por heridas y descompensaciones prolongadas.

- Asesoría Técnica postula “Aprendiendo a desaprender: Compartiendo buenas prácticas” En la actualidad en el marco del Modelo de Salud Familiar se promueve el trabajo en equipos de salud desde un enfoque transdisciplinario entendiendo este trabajo como aquel donde varios especialistas se abocan a enriquecer un enfoque de situación originado en una disciplina particular, como si dijéramos, apuntando a la transversalidad del problema. En los centros de salud esto se cumple cuando los diversos actores dialogan para realizar un plan único de intervención que abarque las esferas biopsicosociales del usuario. Sin embargo, tras un diagnóstico interno la realidad nos mostraba que el trabajo alcanzaba sólo un nivel multidisciplinario donde cada integrante del equipo generaba un plan individual que si bien compartía con el resto estas estrategias no se vinculaban de manera efectiva, por tanto, el impacto no era el esperado.

Paralelamente, esta concepción de salud biopsicosocial nos invita a profundizar en cómo las determinantes sociales influyen en nuestro quehacer cotidiano como equipos de salud y la importancia de tener estas en consideración para las diferentes intervenciones realizadas. Esta complejidad social es la que no ha impulsado a encontrar soluciones a problemas que las disciplinas por si solas no pueden resolver de manera integral.

El compartir nuestras buenas prácticas surge como estrategia ante la necesidad de lograr implementar de manera efectiva las aristas de “equipo transdisciplinario” y “determinantes sociales” tal y como lo promueve el MSF, con el objetivo de que las intervenciones sean realmente transformadoras y puedan ser usadas de manera masiva.

A partir de 2016 integramos esta táctica en nuestro proceso de capacitación interna, teniendo como base que el aprendizaje significativo implicaba “aprender, desaprender y reaprender”,

bajo la concepción de que diariamente debemos estar dispuestos a desaprender aquellas cosas que ya no son útiles, para reaprender otras nuevas, de esta manera estaremos innovando continuamente, algo esencial en equipos de salud. Posteriormente comenzamos a realizar intervenciones en dupla (dos profesionales asisten a un usuario al mismo tiempo) como por ejemplo trabajadores sociales realizan consejerías junto a químico farmacéutico para ayudar a la compensación de usuarios del PSCV; matrona psicóloga en espacio amigable para fomentar la adherencia de adolescentes con riesgo al programa; nutricionista psicóloga para potenciar estilos de vida saludable en programa vida sana. Este 2018 nos aventuramos con el primer encuentro de presentación de buenas prácticas por parte de nuestro equipo de Vida Sana, quienes compartirán sus estrategias con otros equipos del mismo programa del SSMSO.

Nuestra propuesta se justifica en que: “Aprender a desaprender es dejar de hacer lo mismo de la misma manera. Es decir, encontrar o descubrir que sí existen otros caminos que permiten llegar al mismo lugar, dejando las limitaciones que comúnmente tenemos, por otras que no hemos experimentado. En épocas de crisis el concepto de desaprender significa reconocer que todo lo que se ha hecho no ha dado el resultado esperado y que es momento de dejar todas las creencias establecidas y los conocimientos pasados de moda para promover diferencias y cambios. Es iniciar nuevas permutaciones de mentalidad, de recopilar otra información y de encontrar otras formas de aprendizaje basado en experiencias positivas. El desaprender también significa aprender y reaprender. Reaprender es una tendencia de actualizarse cambiando los paradigmas. Es volver a experimentar mediante un proceso voluntario, utilizando nuevos patrones para resignificar y recodificar experiencias. Es reintegrar y reincorporar nuevas conexiones con una meta; proceso que promueve mayor conciencia o más metacognición. Es desestimar y hasta eliminar responsablemente lo que ya no sirve y aprender algo de forma distinta a la que durante años hemos realizado” Anzueto, R.

La invitación es básicamente a crear, resolver problemas y pensar de manera crítica, colectivamente preocupados por los demás y el entorno, dando énfasis a propósitos sanitarios, teniendo como eje central que la transdisciplina es una construcción colectiva que permite ejecutar de manera idónea el Modelo de Salud Familiar.

## **INNOVACIÓN: UNIDAD DE ESTUDIOS**

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de sanitarios. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

A la luz de estos antecedentes es que el área de Salud de la CMSJM desea en el mediano plazo establecer una Unidad de Estudios locales que ayude a los procesos de mejora continua y toma de decisiones, tanto a nivel de gestión como asistencial, a partir de:

- Proponer un modelo de análisis que sirva en el sector salud, con énfasis en la ruralidad
- Presentar algunos resultados de la aplicación del modelo referidos a investigaciones operacionales y a instrumentos para la atención primaria con enfoque familiar.

Para iniciar aquello desde mediados de 2018 se han trabajado de manera paralela y multidisciplinaria dos iniciativas:

- Pre Proyecto Hipertensión, que consiste trabajar básicamente con aquellos hipertensos descompensados, con el fine de intervenir sus factores de riesgo, buscando mejores nivel de compensación.
- Pre Proyecto Apego, que busca como finalidad generar estrategias de promoción de apego seguro y crianza respetuosa en familias con riesgo biopsicosocial para prevenir alteraciones psicosociales en los niños asociadas a estilos de apego inseguro.