

PLAN DE SALUD 2019

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUENTE ALTO

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
PRESENTACIÓN	3
I. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN DE MENORES DE PUENTE ALTO	4
1. VISIÓN	4
2. MISIÓN	4
3. VALORES CORPORATIVOS	4
4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	5
II. DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL	6
1. DETERMINANTES Y DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD	6
A. POBLACIÓN	6
B. INDICADORES DEMOGRÁFICOS	8
C. SALUD.....	16
2. OTROS DATOS COMUNALES RELEVANTES.....	23
A. RED INTERSECTORIAL.....	23
B. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RED COMUNITARIA.....	25
C. GEOGRAFÍA	27
D. VIVIENDA.....	28
E. HOGAR.....	28
F. EDUCACIÓN.....	29
G. ATENCIÓN DE MENORES.....	29
H. TRABAJO.....	30
I. TRANSPORTE	30
J. CULTURA	30
K. DEPORTE – ACTIVIDADES RECREACIONALES	31
III. RESOLUTIVIDAD	32
IV. PROMOCIÓN DE SALUD	39
V. SALUD INTERCULTURAL	41
VI. MIGRANTES.....	45
VII. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2018 DEL ÁREA DE SALUD	49
VIII. CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED LOCAL.....	51

1.	CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	51
2.	CENTROS TRANSVERSALES DEL ÁREA DE SALUD	54
A.	LABORATORIO CLÍNICO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO	54
B.	CENTRO DE IMÁGENES.....	56
C.	UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL.....	57
D.	SERVICIO DE AMBULANCIAS Y TRASLADO DE PACIENTES	59
E.	SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR).....	60
F.	CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS SAN LÁZARO.....	62
G.	CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COSAM – CEIF (CENTRO Y NORTE)	67
3.	OTROS SERVICIOS.....	68
A.	RED DE REHABILITACIÓN COMUNAL	68
B.	CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)	69
C.	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (UGI).....	70
IX.	PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA.....	72
1.	SALUD EN LA INFANCIA.....	73
2.	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	92
3.	SALUD EN LA EDAD ADULTA	104
4.	SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	116
X.	PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD	125
XI.	PLAN DE CAPACITACIÓN	136
1.	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS.....	136
2.	DESTINATARIOS.....	138
3.	MODALIDADES DE GESTIÓN FORMATIVA PREVISTAS.....	139
4.	FINANCIAMIENTO	140
5.	PROPUESTA MALLA CAPACITACIÓN 2019	140
XII.	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN.....	143
XIII.	DOTACIÓN.....	148
XIV.	SÍNTESIS PRINCIPALES INNOVACIONES 2019.....	160
XV.	PRESUPUESTO	161
XVI.	ANEXOS	162
	PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2019.....	162
	PLANES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL APS 2019 – 2021	163

PRESENTACIÓN

En concordancia con la misión, visión y valores de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, el Área de Salud cuenta con lineamientos estratégicos basados en la entrega oportuna de servicios de salud y en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que reciben nuestras prestaciones. Desde ahí se desprenden diferentes objetivos que buscan desarrollar el ámbito de procesos internos, financieros, del desarrollo de las personas y de nuestros usuarios, todos ellos en coherencia con el servicio de salud que entregamos.

El Plan de Salud 2019 se orienta a la consecución de objetivos sanitarios que impactan en la población beneficiaria teniendo como foco al usuario y sus familias y, acompañando su desarrollo durante todo el ciclo vital, desde la gestación hasta el término de la vida. La atención de salud integral y familiar, como modelo de atención centrada en los usuarios, conduce las acciones sanitarias en los distintos ámbitos de la salud en la Atención Primaria de Salud, poniendo los esfuerzos no sólo en la integralidad de las prestaciones sino también en la continuidad de ellas dentro de la red de salud, incluyendo la local.

En materia de resolutiveidad, durante el año 2019, se traza el objetivo de avanzar de manera progresiva, pero consistente, en la implementación de acciones que favorezcan la respuesta de salud en el nivel primario. En la actualidad, la atención primaria de Puente Alto se ha caracterizado por contar con un bajo porcentaje de derivación hacia otros niveles de salud, sin embargo, tenemos el compromiso de avanzar en que, bajo condiciones que faciliten la gestión clínica, nuestros usuarios logren resolver de mejor y en mayor medida sus problemas de salud. Para esto, se implementarán proyectos innovadores, los que sin duda, tendrán un impacto positivo en la salud de nuestra comunidad.

La acreditación de calidad de nuestros Centros de Salud reviste especial importancia durante el 2019. Avanzar en la consecución de procesos de salud de calidad y seguridad, tanto para usuarios como para funcionarios, es un compromiso que nos compete a todos quienes formamos el Área de Salud. Es por esto que se continuará fortaleciendo una estructura que permita integrar y alcanzar la cultura de calidad y seguridad de nuestra organización.

No podemos olvidar que el Área de Salud no puede, ni debe, trabajar aisladamente en la salud de las personas. Para lograr esto, se requiere de la participación activa de nuestros usuarios y de la red intersectorial que compone la comunidad, ámbitos como Educación, Atención de Menores y programas municipales debemos interactuar, aunar esfuerzos y relacionarnos estrechamente para lograr entregar un mejor servicio a los puentaltinos, con el cariño y la eficiencia que nuestro Alcalde Germán Codina nos ha encomendado.

LUZ MARÍA MONTALVA HERRERA

DIRECTORA DE ÁREA DE SALUD

I. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN DE MENORES DE PUENTE ALTO

1. VISIÓN

Ser referentes en otorgar un servicio público oportuno, capaz de satisfacer las necesidades de las personas en Educación, Salud y Atención de Menores, mejorando la calidad de vida de la comunidad puentealtina

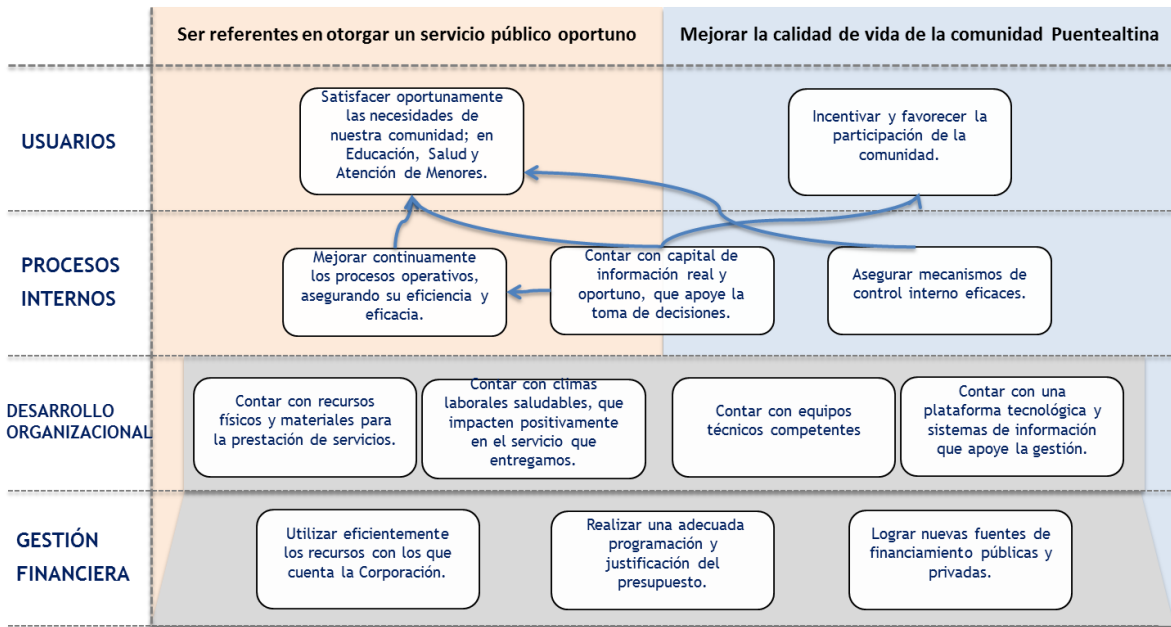
2. MISIÓN

Buscamos ser una Corporación Municipal que propicia oportunidades de desarrollo integral a la comunidad de Puente Alto, con equipos de trabajo motivados y comprometidos, que entregan servicios con cariño y eficiencia en Educación, Salud y Atención de Menores

3. VALORES CORPORATIVOS

<p>Calidad Humana (Empatía, Cariño, Calidez)</p>	<p>Integridad (Probidad, Transparencia, Coherencia)</p>
<p>Innovación</p>	<p>Compromiso con el Trabajo y la Comunidad</p>
<p>Trabajo en Equipo</p>	<p>Respeto a la Comunidad y Colaboradores</p>
<p>Protección a la Vida</p>	<p>Trabajo con Responsabilidad</p>

4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



II. DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL

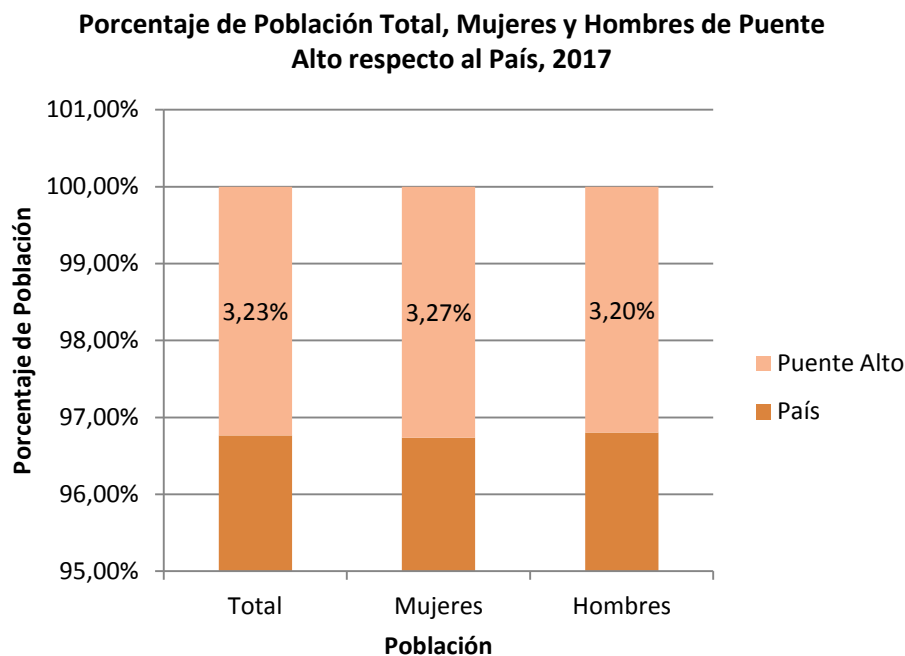
1. DETERMINANTES Y DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Durante abril del año 2017 se realizó el Censo en Chile, lo que permitió actualizar la situación demográfica, económica y social del país. La entrega posterior de sus resultados para su análisis se realiza desde el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Los resultados publicados por el INE para la comuna de Puente Alto son descritos a continuación.

A. POBLACIÓN

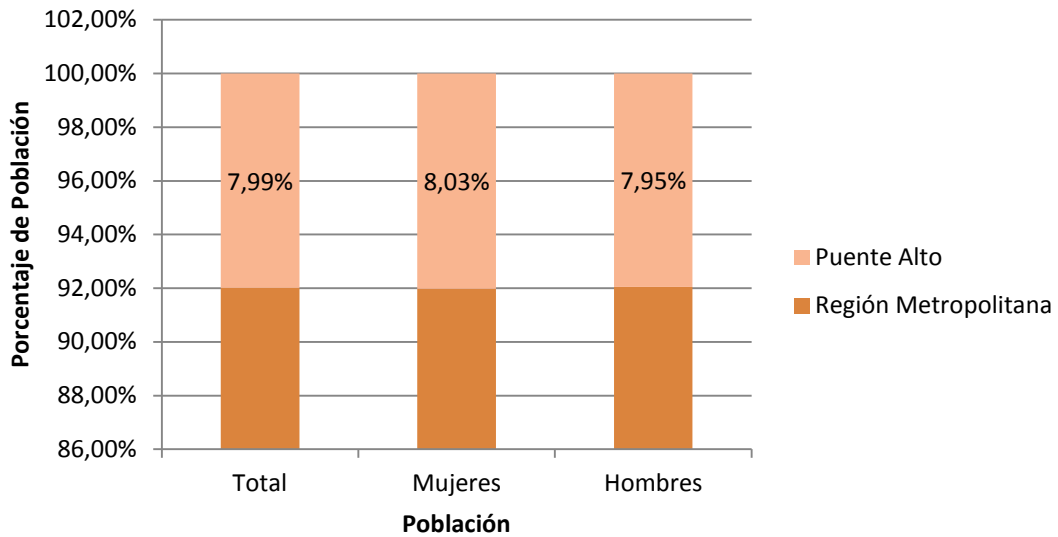
Puente Alto según el Censo 2017, presenta una población total de 568.106 habitantes, siendo la comuna con más habitantes de Chile. De ese total, 292.959 son mujeres y 275.147 corresponden a hombres.



El gráfico anterior representa el porcentaje de población de la comuna de Puente Alto, comparada con la nacional. El gráfico al inicio de la siguiente página corresponde a su comparación regional.

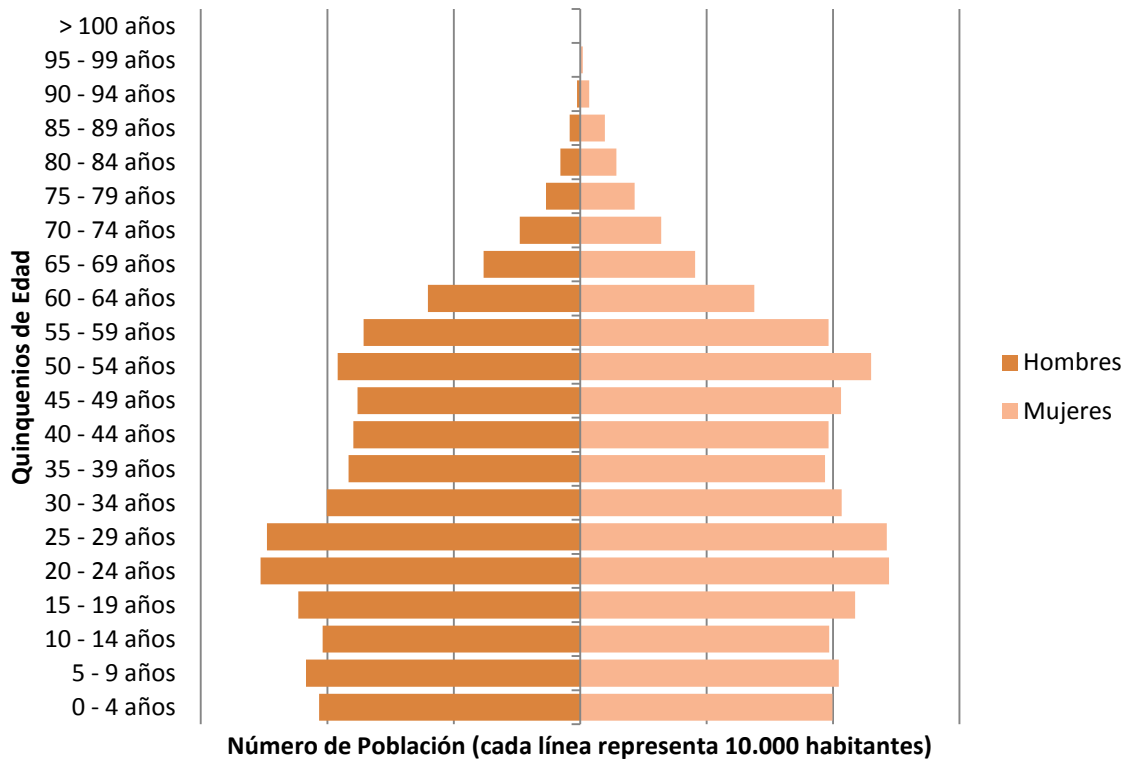
Esto demuestra que 3,23% de la población total del país (17.574.003 habitantes) corresponde a quienes viven en Puente Alto; y que casi el 8% de la población total de la Región Metropolitana (7.112.808 habitantes) pertenece a la comuna.

Porcentaje de Población Total, Mujeres y Hombres de Puente Alto respecto a la Región Metropolitana, 2017



La estructura poblacional de la comuna de Puente Alto por quinquenios de edad según el último Censo 2017 corresponde a:

Estructura Poblacional por quinquenios de Edad, Censo 2017, Comuna de Puente Alto



Otros indicadores poblacionales importantes de la comuna de Puente Alto, según el INE en el Censo 2017 son:

Indicador	Valor Censo 2017
Densidad de Población ¹	6.439,47
Índice de Masculinidad ²	93,9
Edad promedio de Población censada	33,7
Dependencia total ³	41,5
Dependencia 0 a 14 años	30,6
Dependencia 65 o más años	10,9
Pueblos originarios	11%
Paridez media ⁴	1,4

B. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

TASA DE NATALIDAD

Los últimos datos oficiales publicados por el INE y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) sobre tasa de natalidad, corresponden al año 2015.

Tasa de Natalidad (por 1.000 habitantes) en Puente Alto, Región Metropolitana y Chile, 2015		
Lugar	Nacidos Vivos	Tasa de Natalidad
Puente Alto	8.472	13,9
Región Metropolitana	101.318	13,9
Chile	245.406	13,6

En la tabla anterior se observa que en el año 2015 la tasa de natalidad de la comuna de Puente Alto fue similar a la de la Región Metropolitana (13,9 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes) y mayor a la tasa nacional (13,6 por cada 1.000 habitantes). Esto último puede correlacionarse con que Puente Alto, según el último Censo 2017, es la comuna con más niños del país. El 2014 la tasa de natalidad de la comuna fue de 14,8, habiendo una disminución posterior, lo que se refleja a nivel regional, siendo de 14,3 para ese mismo año y, del país, 14,2 por cada 1.000 habitantes.

MORTALIDAD GENERAL Y SU ANÁLISIS COMUNAL

Históricamente, la tasa de mortalidad general (TMG) de la comuna de Puente Alto (PA) se ha ubicado por debajo de la nacional, esto ha ocasionado que no haya un estudio exhaustivo del tema e invita a una especie de autocomplacencia alentando a pensar que la población local está mejor que el resto del país en cuanto a mortalidad se refiere. La TMG informada por el Ministerio de Salud para la comuna de PA fue de 4 defunciones por 1.000 habitantes el año 2015, sin embargo, para la Región Metropolitana (RM) 5,3 y para el país 5,7 durante el mismo año.

¹ Densidad de Población: corresponde a la cantidad de habitantes por unidad de superficie, que en este caso corresponde a kilómetros cuadrados (km²).

² Índice de Masculinidad: corresponde al número de habitantes hombres por cada 100 mujeres.

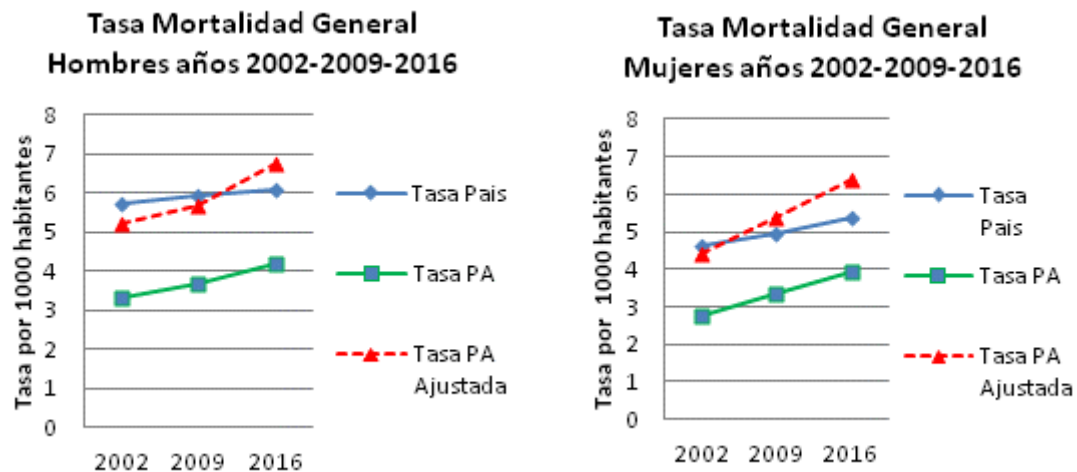
³ Dependencia total: expresa el número de personas inactivas que deberían ser solventadas económicamente por las personas activas. Corresponde a la suma de dependencia de 0 a 14 años y, a la de 65 o más años. El valor significa que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 41,5 personas en edades inactivas.

⁴ Paridez media: corresponde al número de hijos por mujer.

En Puente Alto durante las últimas décadas, se ha acogido a innumerables familias jóvenes en busca de una vivienda y esto ha originado que la población local sea menos envejecida que el resto del país. Causa fundamental de que nuestra TMG sea bastante menor a la nacional.

Distinto podría ser si la comuna de Puente Alto tuviera la misma distribución etaria del país, es decir, la misma proporción de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Al ajustar las tasas, éstas deberían ser iguales, de no tener diferencias relacionadas al ámbito sanitario. Por el contrario, si ésta fuera diferente, se proyectaría en mejores o peores condiciones a las observadas en el país. En consecuencia, ello podría dar luces respecto de lo que se aproxima. A continuación se presentan dos gráficos que intentan exponer esta relación.

El gráfico a la izquierda, muestra la evolución de la TMG para los años 2002-2009-2015 en hombres y, el de la derecha, la de mujeres. Ambos consideran la TMG del país, de la comuna y la TMG de PA ajustada por población país, para los tres años evaluados.

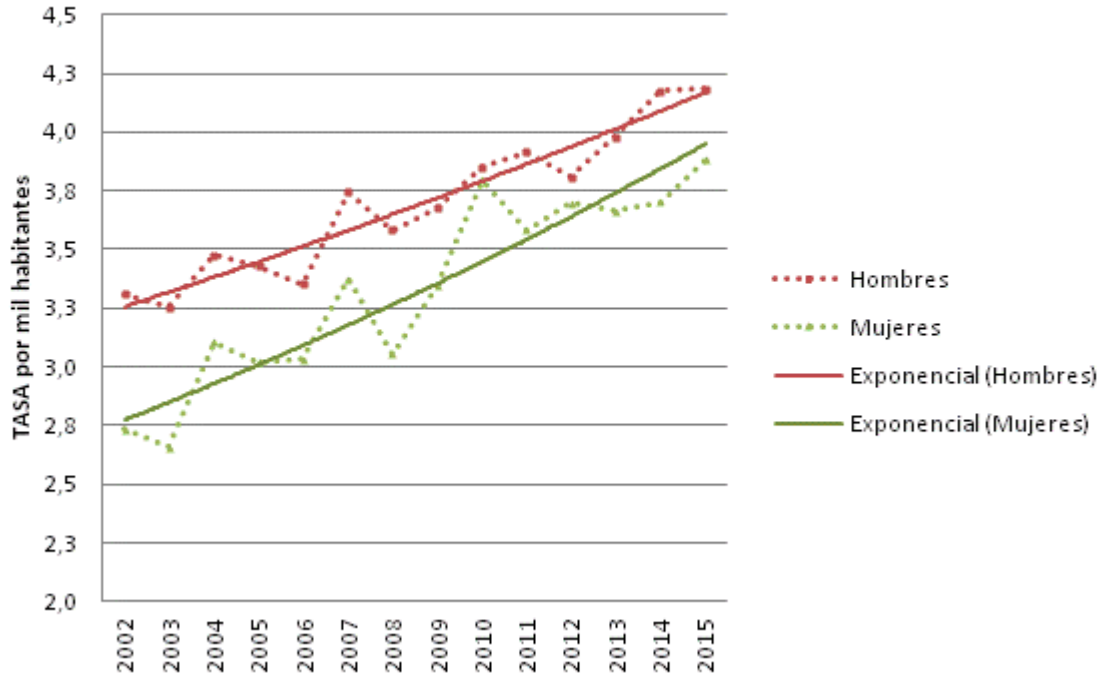


Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS - INE 2018

Lo primero que se puede observar es que en los tres periodos para ambos sexos, la tasa cruda de PA está por debajo de la nacional. También se puede ver que ambas tasas, en los dos sexos, van al alza en el tiempo. Sin embargo, es muy preocupante ver que, para los dos sexos, la tasa ajustada el año 2002 estaba por bajo la nacional y que para el año 2016 está por sobre. Esto demuestra que las condiciones de salud de la población comunal han empeorado en el tiempo y presentan un alza, en el riesgo de morir. Por otro lado, es más inquietante aun observar la progresión en la tasa ajustada de mujeres que se desplaza por sobre la tasa país mucho antes que la de los hombres, apareciendo ya en el 2009 por sobre ésta y alcanzando una brecha mayor hacia el 2016. Lo anterior podría estar significando que las mujeres estarían muriendo en forma más acelerada que los hombres.

En efecto, la gradiente entre el año 2002 y 2015 para los hombres representa 0,9 puntos de tasa y para la mujer el 1,2. En comparación con la tasa de los hombres, la brecha entre ambos para el año 2002 fue de 0,6 puntos de tasa y esta se ha reducido en un 50%, solo a 0,3 puntos, es decir la menor mortalidad de la mujer que se ha observado por décadas, está cada vez más cerca de desaparecer y ser tan alta como la masculina.

Mortalidad General según sexo comuna de Puente Alto 2002-2015 Tasa cruda



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS - INE 2018

Durante el año 2016, en la comuna de Puente Alto fallecieron un total de 2.508 personas, correspondiendo 1.283 (51,1%) al sexo masculino, 1.224 (48,8%) al sexo femenino y una persona (0,03%), a un sexo no definido. Para el primer grupo hubo un total de 280 diagnósticos CIE-10 distintos, certificados como causa de muerte, para el segundo grupo un total de 269.

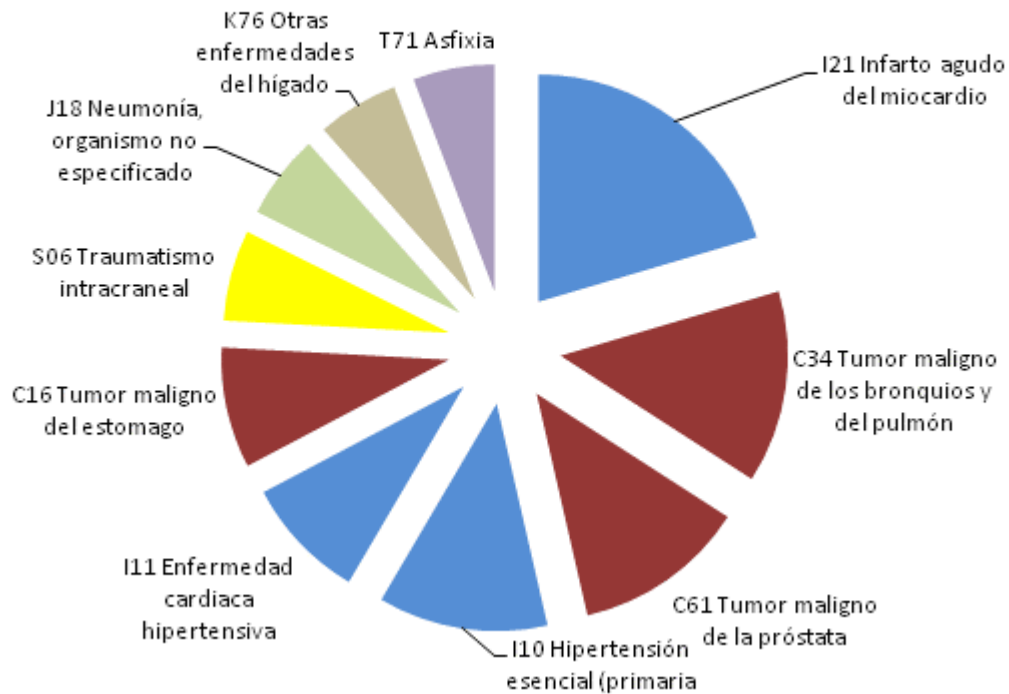
Las diez mayores frecuencias observadas como causas certificadas de muerte en hombres, acumuló un total de 431 defunciones, (33,5%) del total por sexo. De estas, 178 (41,2%) ocurrieron por causas de patología cardiovascular y 149 (34,5%) por tumores. Ver primer gráfico de la siguiente página.

Al comparar con las causas más frecuentes en hombres en la RM, su coincidencia es importante, sin embargo, en PA aparecen también los traumatismos intracraneales, como causa más frecuente.

Las diez mayores frecuencias observadas como causas certificadas de muerte en mujeres, acumuló un total de 384 defunciones (31,3%), del total por sexo. De estas, 190 (49,4%) ocurrieron por causas de patología cardiovascular y 140 (36,4%) por tumores. Ver segundo gráfico de la siguiente página.

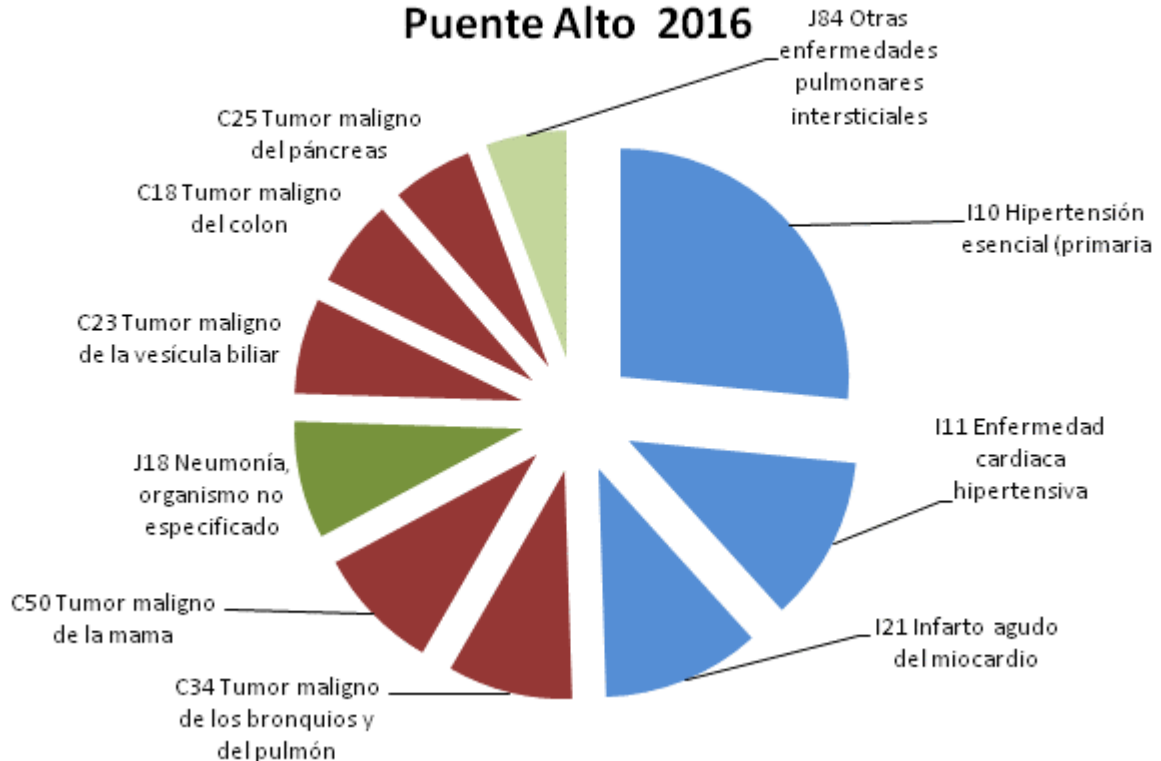
Al comparar con las causas más frecuentes en mujeres en la RM, éstas incluyen patologías degenerativas propias de la edad que no aparecen en PA e, inversamente, en la comuna se incluyen tres tipos de cánceres que están dentro de las 10 causas más frecuentes: Tumor maligno de Vesícula Biliar, Tumor Maligno de Colon, y Tumor Maligno de Páncreas, que no se incluyen dentro de las más frecuentes en la RM.

Primeras 10 causas de muerte en hombres Puente Alto 2016



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

Primeras 10 causas de muerte en mujeres Puente Alto 2016



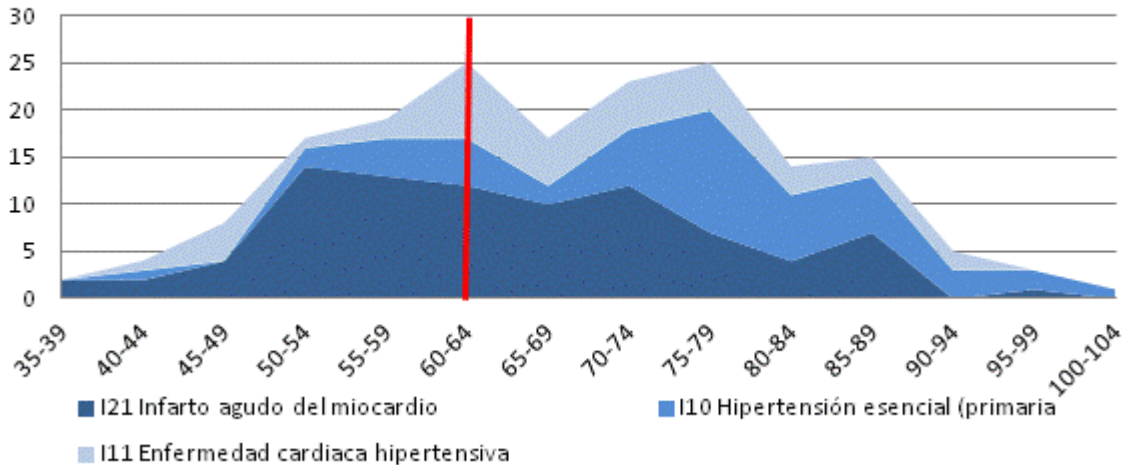
Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

Las letras y números antes del diagnóstico corresponden a la clasificación CIE 10

Es interesante analizar estas causas de defunción en relación a la edad de ocurrencia. En los próximos gráficos se muestran, según quinquenios y por sexo, la frecuencia absoluta de defunciones en las principales causas cardiovasculares y de cáncer, para el año 2016.

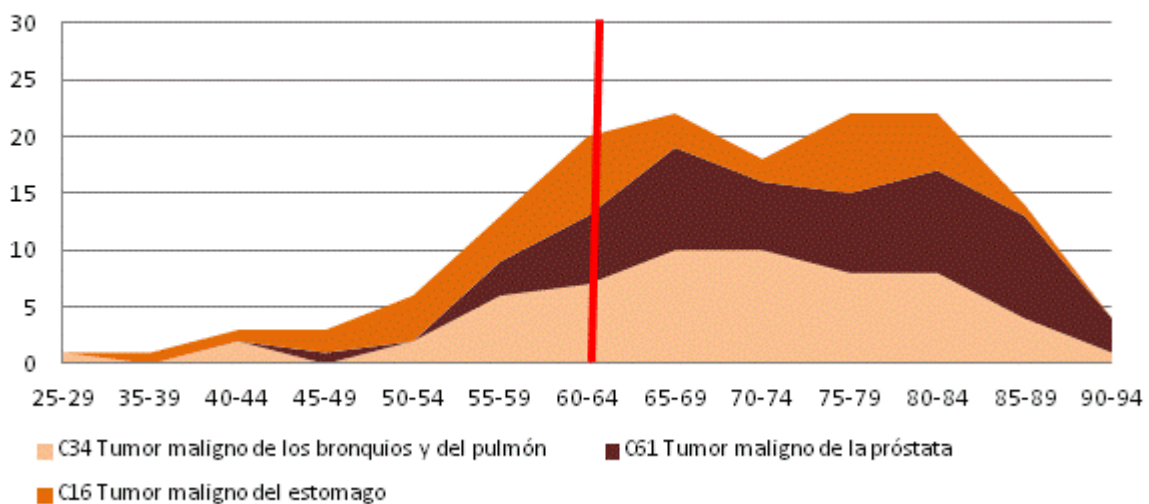
Si se considera que en Chile la media de esperanza de vida actual es de 80,5 años, entonces se observa que grupo de causas principales se ubican en mayor cantidad para cada sexo antes de los 60 años. Se concluye que aquellas personas que murieron antes de los 60 años, al menos, perdieron 20 años potenciales de vida.

Primeras causas de muerte en hombres por Patología Cardiovascular y grupo etario Puente Alto 2016



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

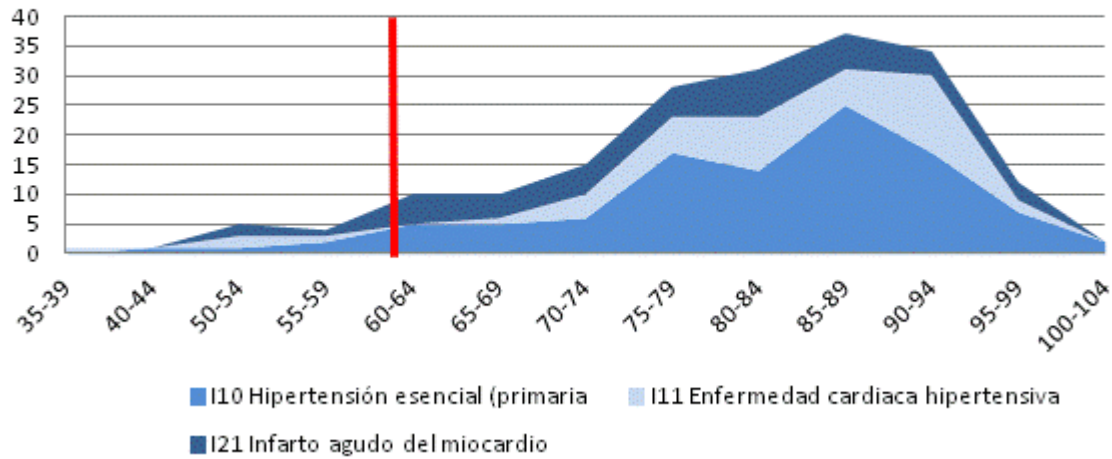
Primeras causas de muerte en hombres por Cáncer y grupo etario Puente Alto 2016



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

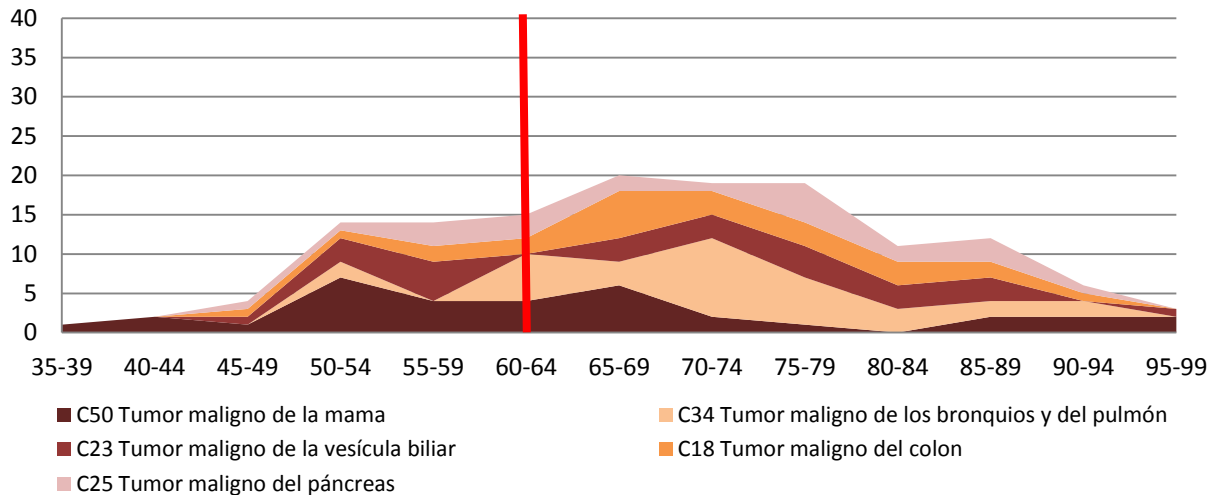
En hombres es claro, al observar la imagen anterior, que fallecen prematuramente más por causas cardiovasculares que por cáncer, es decir, antes de los 60 años, ocupando un lugar preponderante en este aspecto el infarto al miocardio.

Primeras causas de muerte en mujeres por Patología Cardiovascular y grupo etario Puente Alto 2016



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

Primeras causas de muerte en mujeres por Cáncer y grupo etario Puente Alto 2016



Fuente: Flores S, M a partir de datos DEIS 2018

En la mujer se da la situación inversa, la mayor frecuencia de muerte prematura se da por cáncer, especialmente, el de mama, a diferencia de las principales causas cardiovasculares, que se ubican en edades más avanzadas.

MORTALIDAD INFANTIL

Respecto a la mortalidad infantil y sus diferentes tasas, los últimos datos corresponden a los publicados por el DEIS, para el año 2015.

Mortalidad Infantil, DEIS 2015				
Lugar	Mortalidad Infantil ⁵	Mortalidad Neonatal Precoz ⁶	Mortalidad Neonatal ⁷	Mortalidad Posneonatal ⁸
Puente Alto	6,5	3,5	4,5	2,0
RM	6,6	3,7	4,8	1,7
Chile	6,9	4,0	5,1	1,8

En la tabla anterior, se observa que Puente Alto presenta tasas más bajas de mortalidad infantil, neonatal precoz y neonatal respecto a la Región Metropolitana y Chile, pero más alta de mortalidad posneonatal, en comparación a los mismos lugares. Esto significa que los principales enfoques de salud de la comuna deben estar puestos en las condiciones favorables del medio, para evitar complicaciones, debidas sobre todo a enfermedades agudas en la población infantil, como cuadros respiratorios, diarreicos, etc.

ÍNDICE DE SWAROOP

Según el DEIS, MINSAL, el Índice de Swaroop refleja la proporción de defunciones de personas de 60 años y más sobre el total de muertes para cada sexo y área geográfica. Un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria.

Índice de Swaroop, DEIS, 2015			
Lugar	Hombres	Mujeres	Total
Puente Alto	71,2%	66,4%	76,3%
Chile	78%	73%	83,5%

Esto además refleja que la población de la comuna de Puente Alto corresponde a un rango etario más joven respecto al país.

MORTALIDAD EN OTROS RANGOS ETARIOS

Mortalidad según rango etario (por cada 10.000 habitantes), DEIS, 2015				
Lugar	0 – 9 años	10 – 19 años	20 – 64 años	65 y más años
Puente Alto	76,8	31,4	207,6	4.408,1
RM	81,3	32,3	217,9	3.823,7
Chile	86,2	32,6	241,5	3.953,5

En esta tabla puede observarse, según los datos del DEIS del año 2015, que para la comuna de Puente Alto, son menores las tasas de mortalidad bruta para los rangos etarios de 0 a 9 años, 10 a 19 años y 20 a 64 años, pero para la población adulto mayor está aumentada, respecto a las tasas de la región y el país. Pero según el análisis explicado con anterioridad, esto no representa la tasa de mortalidad ajustada, por lo que se requieren otros datos para realizar estas observaciones y determinar conclusiones más precisas.

⁵ Mortalidad Infantil: corresponde al número de muertes de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos. Su valor es igual a la suma de la mortalidad neonatal y posneonatal.

⁶ Mortalidad Neonatal Precoz: corresponde al número de muertes de la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos.

⁷ Mortalidad Neonatal: corresponde al número de muertes en las primeras 4 semanas de vida por cada 1.000 nacidos vivos.

⁸ Mortalidad Posneonatal: corresponde al número de muertes de niños de 28 días a menos de 1 año por 1.000 nacidos vivos.

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

Según los últimos datos publicados por el DEIS del año 2015, la tasa de AVPP para la comuna de Puente Alto, en comparación a la Región Metropolitana y Chile, es:

Tasa de años de vida potencialmente perdidos por 1.000 habitantes, DEIS, 2015			
Lugar	Tasa Total AVPP	Tasa Hombres AVPP	Tasa Mujeres AVPP
Puente Alto	60,5	72,2	48,9
RM	63,8	81,4	46,7
Chile	69,2	88,5	50,1

El indicador de AVPP refleja la pérdida que sufre la sociedad, como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros (DEIS, MINSAL).

Analizando la tabla anterior, se observa que en la comuna de Puente Alto es menor la tasa general y de hombres de AVPP, pero es mayor en el sexo femenino. Esto último debe ser abordado desde el enfoque de la promoción y prevención en salud, tarea principal de la Atención Primaria de Salud, con el fin de conocer los determinantes y factores de riesgo que pueden estar ocasionando esta situación.

ESPERANZA DE VIDA

En enero del año 2017, el INE publicó el documento “Chile Esperanza de Vida al Nacer (EVN) en Comunas de 10.000 habitantes o más, 2012 – 2014”.

Esperanza de Vida al Nacer, INE, 2012 – 2014		
Lugar	EVN Hombres	EVN Mujeres
Puente Alto	75,96	80,65
RM	77,17	82,8
Chile	76,26	81,42

La esperanza de vida al nacer corresponde al mejor indicador de mortalidad (INE, 2017) y, analizando los datos de la tabla, se observa que Puente Alto presenta una menor esperanza de vida respecto a la Región Metropolitana y el país, pero aproximadas a ambas.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

La tasa global de fecundidad corresponde al número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos, de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad (15 a 49 años).

Los datos publicados por el DEIS, corresponden a los de la Región Metropolitana y no los divide por comuna.

Tasa Global de Fecundidad, Región Metropolitana, DEIS, 2015				
2011	2012	2013	2014	2015
1,8	1,8	1,8	1,8	1,8

En la tabla anterior se observa que en los últimos 5 años publicados, la tasa global de fecundidad se ha mantenido estable, siendo igual a la del país desde el 2012 en adelante (sólo el 2011 era menor, siendo la de Chile: 1,9).

C. SALUD

MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO

Desde el punto de vista de las Redes Integradas en Servicios de Salud (RISS), la Atención Primaria de Salud (APS) es el eje fundamental del sistema que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos y, algunas especialidades.

Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contrarreferencia hacia diferentes entes de la Red de Salud.

A nivel local, se hace necesario articular un Modelo de Gestión en Red que dé cuenta de estas orientaciones y que a la vez, responda a la realidad propia de la comuna. Se propone entonces un esquema que incorpora las prestaciones de salud dentro de un amplio contexto, en donde se desarrolla la vida de los habitantes de Puente Alto y donde el sector salud ocupa solo una parte de éste, en franca interrelación con otros ámbitos, como lo son las condiciones socioeconómicas, la cultura, las redes sociales y comunitarias.

Con el propósito de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral en Salud que plantea el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud basado en un Modelo de Gestión de Red: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que da cuenta de ciertos principios que pueden estar contenidos unos en otros:

- Énfasis promocional y preventivo
- Enfoque familiar
- Centrado en atención abierta
- Participación en Salud
- Uso de Tecnología apropiada
- Calidad
- Gestión de las personas trabajadoras de Salud
- Intersectorialidad



Junto a ellos, existen tres principios básicos e irrenunciables en este modelo:

- Centrado en el usuario
- Integralidad
- Continuidad de la atención

En la comuna de Puente Alto, los Centros de Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores, trabajan con el MAIS, esforzándose cada año en disminuir las diferentes brechas, para lograr una óptima implementación.

La última evaluación vigente del MAIS (2017) demuestra un cumplimiento sobre el 65% en todos los Centros de Salud, según la pauta correspondiente:

Porcentaje de cumplimiento de Evaluación MAIS por Centro de Salud, Puente Alto 2017	
Centro de Salud	Porcentaje de Cumplimiento Evaluación
Alejandro del Río	82,99%
San Gerónimo	73,33%
Vista Hermosa	75%
Bernardo Leighton	79,79%
Cardenal Raúl Silva Henríquez	73,61%
Padre Manuel Villaseca	66,67%
Karol Wojtyla	73,75%
Laurita Vicuña	77,36%

RED DE SALUD CORPORATIVA

Centros de Salud

- Centro de Salud Dr. Alejandro del Río (incluye CCR) (AR)
- CESFAM San Gerónimo (SG)
- CESFAM Vista Hermosa (incluye CCR) (VH)
- CESFAM Bernardo Leighton (BL)
- CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)
- CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV)
- CESFAM Karol Wojtyla (KW)
- CESFAM Laurita Vicuña (LV)

SAPU/SAR

- SAPU Dr. Alejandro del Río
- SAPU San Gerónimo
- SAPU Bernardo Leighton
- SAPU Cardenal Raúl Silva Henríquez
- SAPU Karol Wojtyla
- SAR Padre Manuel Villaseca

Centros Transversales

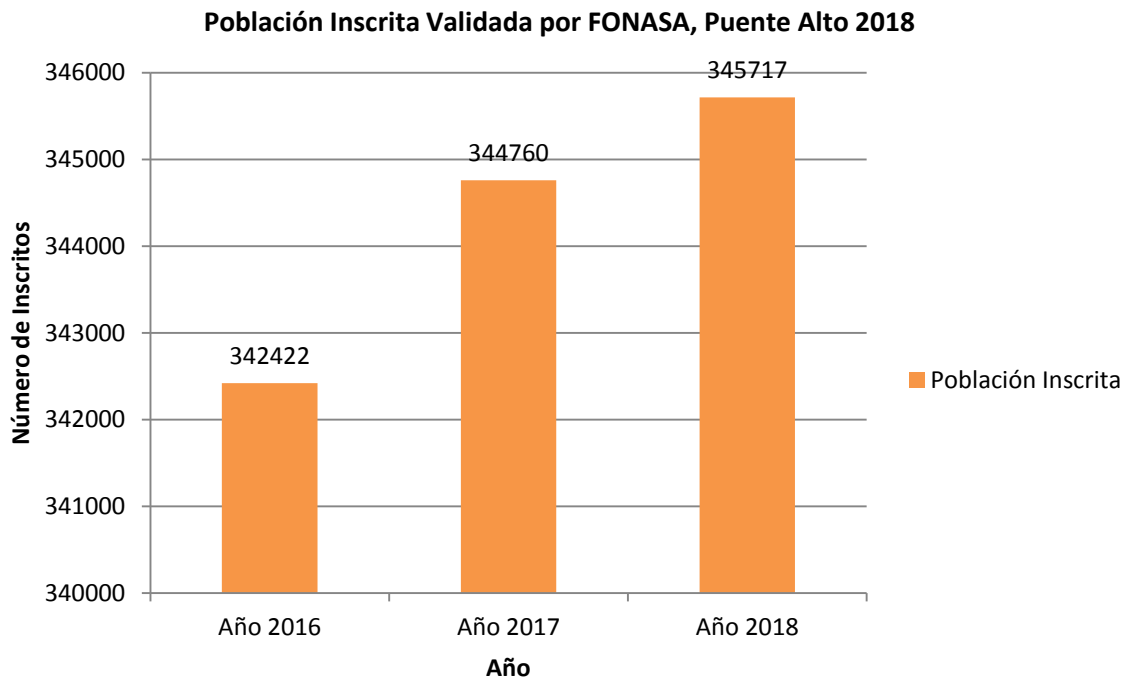
- Centro de Especialidades Primarias San Lázaro (incluye CCR)
- Laboratorio Comunal Dr. Alejandro del Río
- COSAM - CEIF Centro
- COSAM - CEIF Norte
- Centro de Imágenes
- Unidad de Farmacia y Bodega Comunal
- Central de Ambulancias

Otros Centros

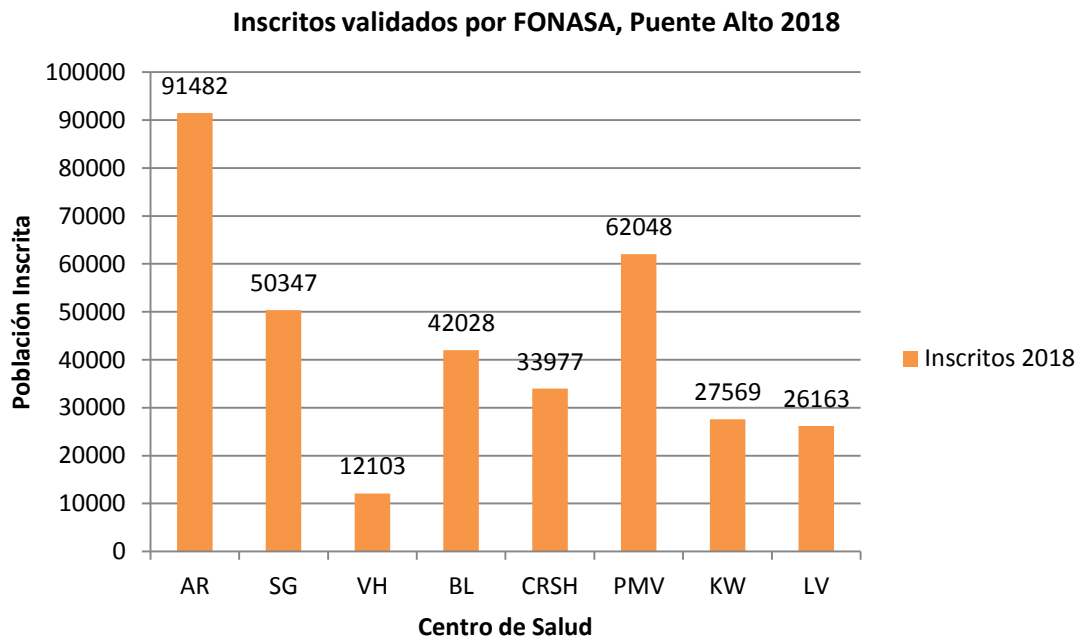
- Farmacia Solidaria
- Centro de Integración María Isabel

POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA POR FONASA

En los últimos 3 años, en los Centros de Salud corporativos, globalmente ha aumentado la población inscrita validada por FONASA.

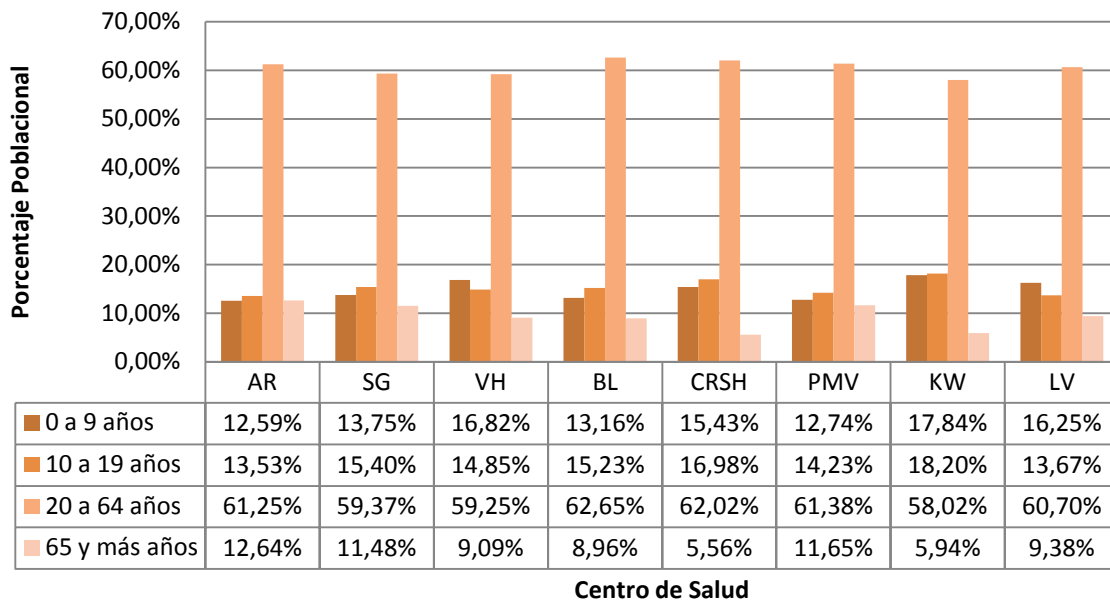


En el último año, el aumento de la población inscrita sólo ha sido de un 0,28%, menor a los años 2016 – 2017, donde el incremento fue de 0,68%.



Respecto a la distribución de la población en los Centros de Salud para el año 2018, los tres con mayor cantidad de población inscrita validada por FONASA en orden descendente son: AR, PMV y SG.

**Distribución Porcentual Etaria por Centro de Salud de la Población Inscrita
Validada por FONASA, Puente Alto 2018**



Respecto a la división etaria en cada uno de los Centros de Salud corporativos para el año 2018, se observa lo siguiente:

- Los Centros de Salud con más población infantil (0 a 9 años) son: KW, VH y LV.
- Los Centros de Salud con más población adolescente (10 a 19 años) son: KW, CRSH y SG.
- Los Centros de Salud con más población adulta (20 a 64 años) son: BL, CRSH y PMV.
- Los Centros de Salud con más población adulta mayor (desde 65 años) son: AR, PMV y SG.

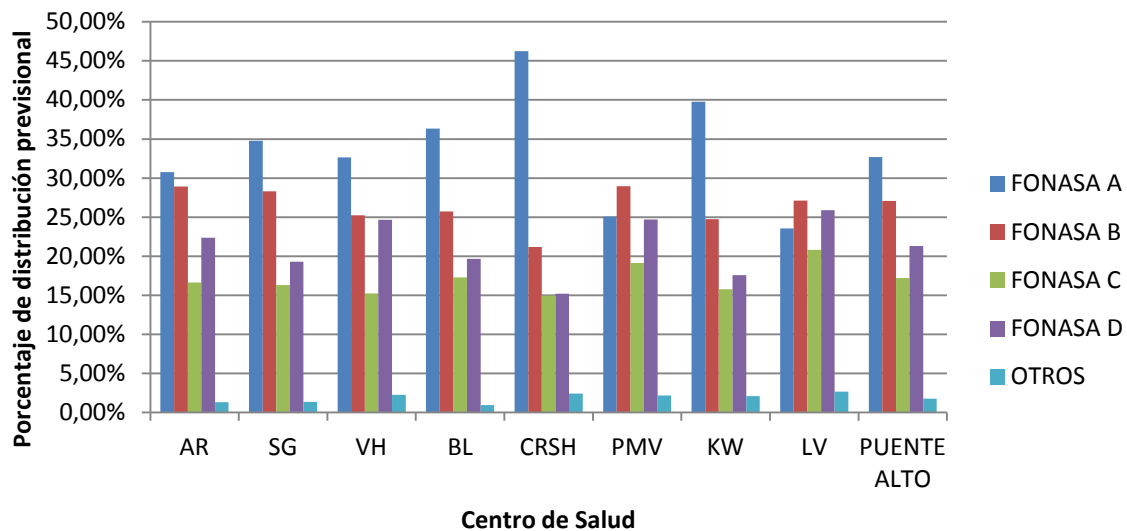
El análisis anterior permite priorizar y programar adecuadamente, según la realidad local de cada uno de los Centros de Salud, las prestaciones que deben recibir los usuarios, dependiendo de sus necesidades de salud.

Los datos previsionales de los usuarios inscritos en los Centros de Salud corporativos de la comuna de Puente Alto para el año 2018 se observan en el primer gráfico de la siguiente página.

Las conclusiones que se pueden extraer son las siguientes:

- Los Centros de Salud con mayor porcentaje de usuarios con FONASA A, correspondientes a personas indigentes o carentes de recursos, son el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (46,26%) y el CESFAM Karol Wojtyla (39,78%), ambos ubicados en el sector de Bajos de Mena, con alta vulnerabilidad social.
- Los Centros de Salud con mayor porcentaje de usuarios con FONASA D, correspondientes a personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$365.001, con menos de 3 cargas familiares, son el CESFAM Laurita Vicuña (25,89%) y el CESFAM Padre Manuel Villaseca (24,68%).
- Respecto a los datos generales comunales corporativos, se observa que la mayoría de la población pertenece a FONASA A (32,67%), seguido de FONASA B (27,06%), luego FONASA D (21,31%) y, finalmente, FONASA C (17,21%).

Distribución previsional de usuarios inscritos en los Centros de Salud corporativos, Puente Alto, 2018

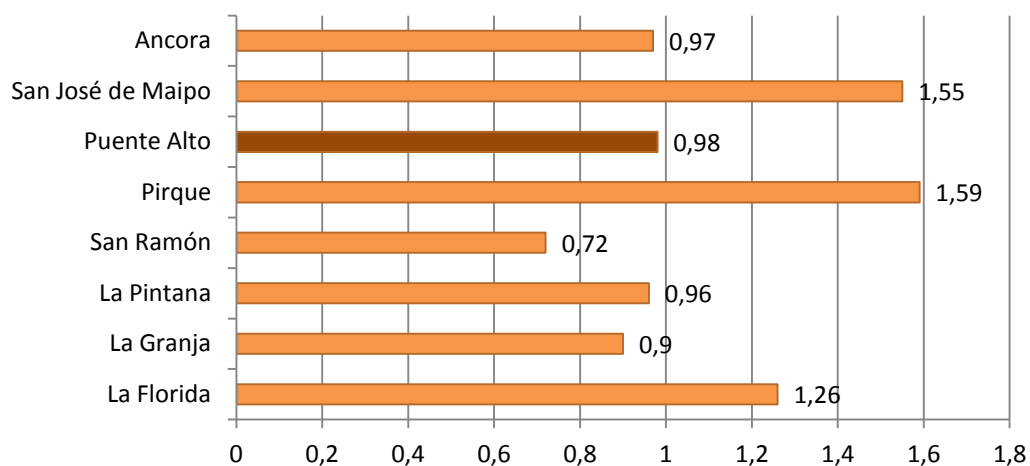


MORBILIDAD

El Índice de Morbilidad permite medir la carga de enfermedad de la población. Dicho índice se basa en variables como edad, sexo, diagnósticos y fármacos indicados, entre otros. Al total de datos ingresados por el Servicio de Salud, se le asigna un valor de 1.

En relación a los datos de la comuna, es posible plantear que Puente Alto cuenta con un índice de morbilidad de un 0,98 en relación a la carga de enfermedad del SSMSO, estando por debajo de comunas como La Florida, San José de Maipo y Pirque.

Índice de Morbilidad por Comuna, Año 2017



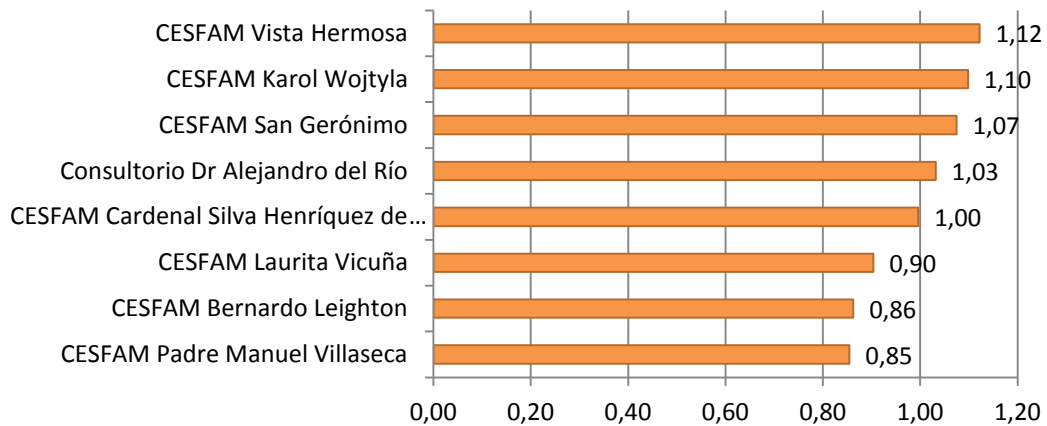
mis.ssmso.cl – Unidad de Estudios SSMSO – Datos vigentes julio 2018

Se diferencian ANCORA ya que el resto de comuna corresponden a Centros de Salud municipalizados

Según el análisis por centro de salud y de acuerdo a los datos analizados, el CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV), cuenta con la menor carga de enfermedad en su población y Vista Hermosa (VH) con la más alta carga. La variabilidad entre un Centro y otro, debe analizarse de modo más detallado, siendo posible que la variable “acceso” se encuentre sesgando los datos. Es decir, el CESFAM PMV, siendo un

Centro con una alta población a cargo y dificultades de infraestructura, cuenta con menor acceso a la atención que un Centro como el VH, que tiene una población más acotada.

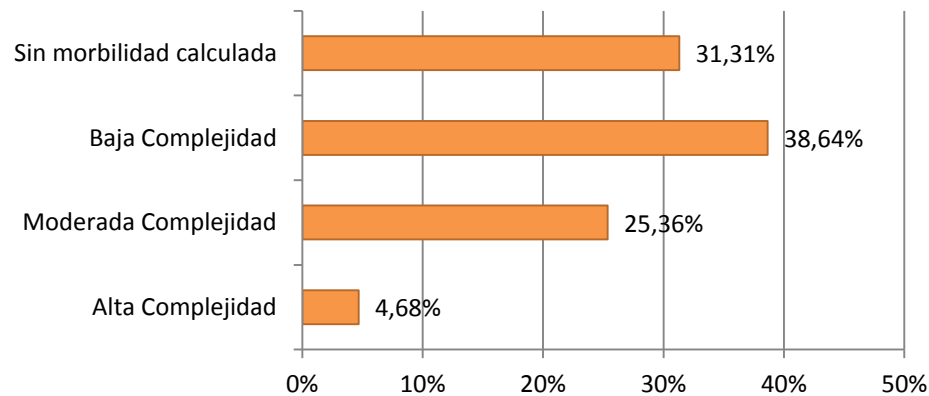
Índice de Morbilidad por Centro de Salud



mis.ssmso.cl – Unidad de Estudios SSMSO – Datos vigentes julio 2018

En cuanto al tipo de morbilidad que se ha atendido y la utilización del recurso en salud, el gráfico siguiente muestra el porcentaje de uso, considerando atenciones y fármacos, de acuerdo al nivel de complejidad de la morbilidad por la que consulta.

Banda de utilización de recurso de Puente Alto año 2016

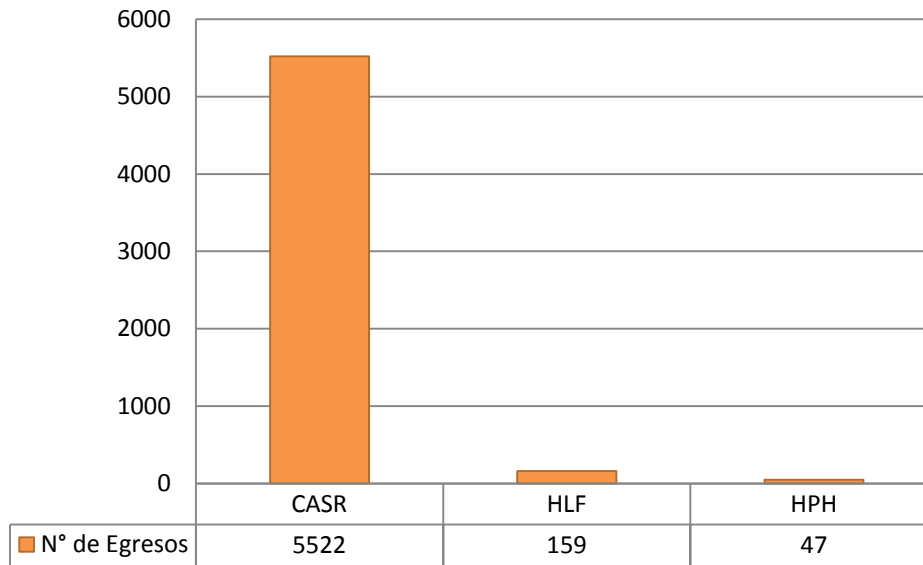


mis.ssmso.cl – Unidad de Estudios SSMSO – Datos vigentes julio 2018

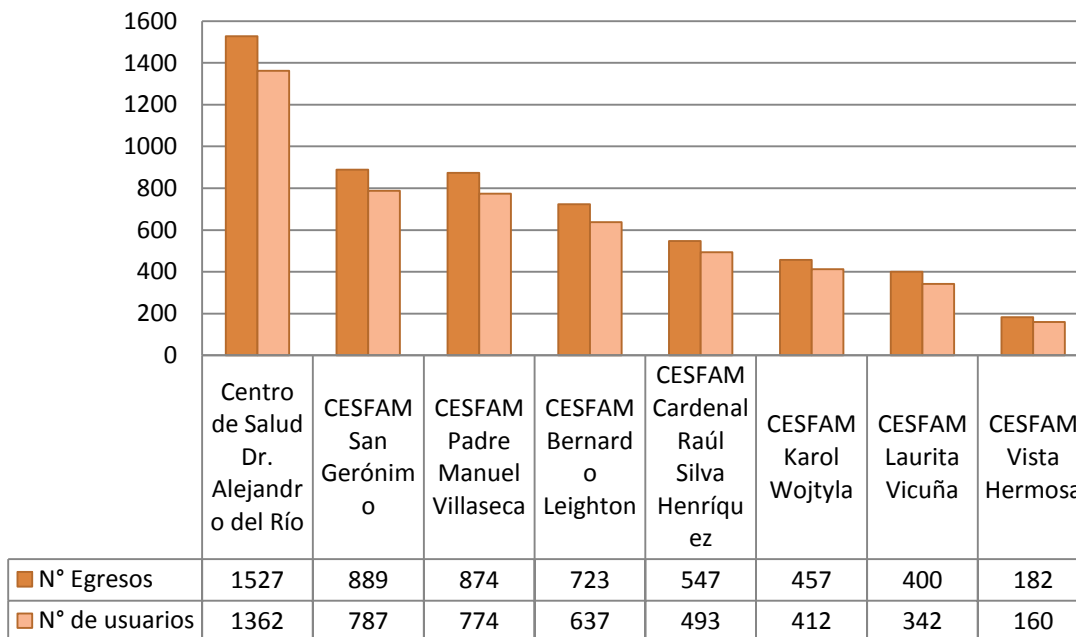
EGRESOS HOSPITALARIOS

En el contexto del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, con el objetivo de poder realizar gestión y un rescate precoz para ejecutar un plan de cuidados y acompañamiento, se efectúa una coordinación con el Nivel Secundario, en la cual, los Centros de Salud corporativos pueden visualizar los Egresos Hospitalarios de los siguientes establecimientos: Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR), La Florida (HLF) y Padre Hurtado (HPH).

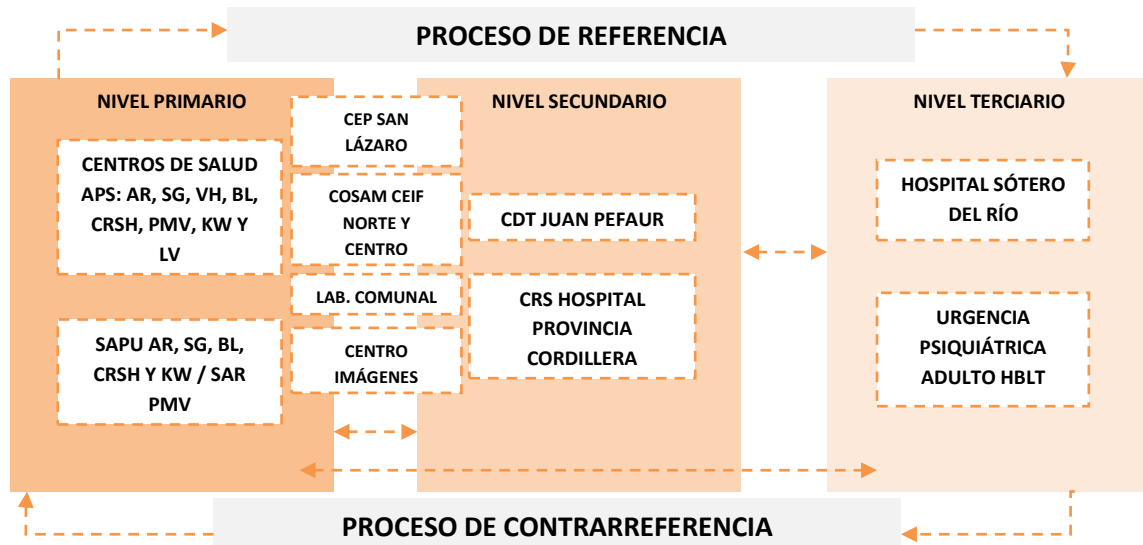
Egresos Hospitalarios del SSMSO, Puente Alto / Enero a Marzo 2018



Egresos Hospitalarios por Centro de Salud Enero a Marzo 2018



ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL



El Modelo de Gestión de Red opera por medio de un conjunto de establecimientos con niveles resolutivos diferentes, que se interrelacionan para permitir el tránsito de los usuarios entre uno y otro, de acuerdo a flujos establecidos y acordados entre los niveles. Con ésto, se asegura la continuidad de la atención por un lado y, por otro, aumenta la eficiencia y la eficacia, ya que se incrementa la capacidad resolutiva de la Red.

2. OTROS DATOS COMUNALES RELEVANTES

A. RED INTERSECTORIAL

La red intersectorial está conformada por diferentes organizaciones e instituciones que deben coordinarse y colaborar mutuamente para el beneficio de los usuarios de la comuna de Puente Alto.

El buen funcionamiento de esta red permite optimizar el uso de los recursos disponibles en pos de la satisfacción de las necesidades de la comunidad, siempre en mutua colaboración.

En noviembre del año 2012, el Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto realizó una Capacitación Intersectorial en GES – Plan AUGÉ, de donde se concluye la necesidad de potenciar los nexos de colaboración y de coordinación entre el estamento de Asistentes Sociales de los Centros de Salud y los que integran el Departamento Social de la Municipalidad de Puente Alto.

De esta forma, desde el año 2013 al presente, se ha potenciado fuertemente el Trabajo en Red Intersectorial, incorporando funcionarios de la Municipalidad de Puente Alto y Departamentos Municipales, realizando reuniones de coordinación y colaboración.

OBJETIVOS

- Propender a generar vinculación territorial en forma estable entre Municipio (Acción Social) y Red de Salud corporativa con la finalidad de realizar gestión de casos, reuniones clínicas que

faciliten resolución efectiva de la necesidad sentida por el usuario y optimizar gestión y coordinación de beneficios sociales.

- Fortalecer la red intersectorial para facilitar los procesos, pues una sola institución no puede dar solución a las problemáticas que presentan las personas.

ESTRATEGIA

- Constitución de mesa de trabajo en red intersectorial con representantes corporativos de salud y Municipio.
- Potenciar el trabajo sectorial por medio de las mesas territoriales con temáticas acordes a la realidad local.

LOGROS ALCANZADOS

Proceso de trabajo técnico desarrollado por asistentes sociales de los Centros de Salud:

- Plantillas de derivación sobre referencia social e informe social y su difusión a la red municipal.
- Difusión a la red municipal de las acciones realizadas en visita domiciliaria integral.
- Elaboración de protocolos en ficha electrónica, que facilitan la gestión de información local e intersectorial.
- Capacitaciones y/o actualizaciones de interés común, para el fortalecimiento de los equipos de trabajo (Departamento de programas sociales, adulto mayor, entre otros).

Acuerdos consensuados y difundidos:

- Información administrativa mínima necesaria de recetas médicas, para subsidio municipal.
- Flujo de derivaciones desde el centro de salud al Municipio.
- Ayudas técnicas asociadas al Plan AUGE.

ELEMENTOS PARA DESARROLLO

- Desarrollo de mesas de trabajo colaborativo.
- Avanzar en protección de 2 horas semanales, para coordinaciones intersectoriales.
- Capacitaciones y/o actualizaciones, para el fortalecimiento de los equipos de trabajo.
- Desarrollar en concreto el trabajo territorial, logrando definir un plan de acción que establezca objetivos por sector y con compromisos a corto, mediano y largo plazo, que sean medibles por medio de indicadores.
- Continuar el desarrollo de reuniones ampliadas y jornadas de interés común entre el Área de Salud y la Municipalidad Puente Alto.

B. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RED COMUNITARIA

La red comunitaria está compuesta por las diversas organizaciones sociales, las que en mayor o menor medida, se vinculan a los Centros de Salud y al territorio al que pertenecen. Tales organizaciones conforman una red sociocomunitaria que favorece la satisfacción de necesidades de los usuarios de la comuna, más aun cuando ellas se potencian unas con otras.

La red comunitaria está conformada por las Juntas de Vecinos, Clubes de Adultos Mayores, Consejos de Usuarios de Salud, organizaciones de pueblos originarios, Establecimientos Educativos escolares y preescolares, además de otros líderes sociales, pertenecientes a la red.

Todas estas organizaciones han ido desarrollando acciones conjuntas, que potencian el desarrollo comunitario por medio de la participación ciudadana e instancias formales de colaboración en los centros de salud corporativos, tales como Diagnósticos participativos en salud, Diálogo ciudadano organizado por la comunidad y los Centros de Salud, Planes de Participación social, entre otros.

Con respecto a los Planes de Participación de los Centros de Salud, esta estrategia posee un periodo de vigencia desde 2016 al 2018 y se destaca su enfoque comunitario, con apoyo y coordinación de las diferentes organizaciones sociales y CDU adscritos a los Centros de Salud. Presentaron actividades relacionadas a Consultas ciudadanas, Diálogos ciudadanos, Cuentas Públicas, Líneas Estratégicas generales, Consejos de Usuarios, entre otros.

Actualmente, los Centros de Salud junto a sus comunidades están realizando un proceso de evaluación de sus Planes de Participación 2016 – 2018 y, en noviembre del 2018 deben entregar los nuevos Planes de Participación para el período 2019 – 2021.

Por otra parte, desde lo local, los Establecimientos de Salud están desarrollando la devolución de los resultados por Diagnóstico Participativo en Salud (ejecutados durante el año 2017), que cuentan con una vigencia de 2 años, reuniendo los temas de mayor relevancia para cada territorio y se constituye como un insumo que otorga una línea de base, para desarrollar acciones conjuntas entre salud y la comunidad.

PRINCIPALES RESULTADOS DE DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS 2017

Centro de Salud Alejandro del Río	
Unidad Infantil	Problemas de contaminación, delincuencia y mal uso de los espacios libres.
Unidad Adolescencia	Problemas de salud mental y la necesidad de intervenir en el Área de Educación en sexualidad.
Unidad Adulto	Alcohol y drogas, abandono del adulto mayor, falta de horas y temas asociados a salud mental.
Unidad Adulto Mayor	Salud mental, falta de horas y obesidad.

CESFAM San Gerónimo	
Sector A	<p>Infantil: otorgar atención preferencial a los “niños discapacitados”, tiempos de espera en el centro de salud, preocupación por drogas, alimentación saludable y para una buena salud.</p> <p>Adolescencia: horarios más flexibles durante todo el día para la atención de Usuarios.</p> <p>Adulto: escasez de horas médicas y dentales para la población; poca flexibilidad en los horarios para obtener horas de médico ya que están sujetos a levantarse temprano para llegar a las 7:00 AM y mayor dotación de médicos en SAPU.</p>

	Adulto Mayor: falta de flexibilidad de horarios para atención de morbilidad, escasez de horas dental, postrados y para el Adulto Mayor; solicitan mejorar el sistema de Urgencias, especialmente, a la hora de evaluar criterios que permitan un buen diagnóstico.
Sector B	Infantil: venta y consumo de drogas en espacios públicos. Adolescencia: problemas emocionales. Adulto: depresión y ansiedad. Adulto Mayor: información deficiente.
Sector C	Infantil y Adolescencia: potenciar desde el CESFAM prestaciones de salud para estos grupos. Adulto: desinformación desde el CESFAM respecto a la oferta de salud existente y en la falta de recursos del Centro. Adulto Mayor: reconoce la existencia de dificultades desde el CESFAM para brindar una atención digna y de calidad a los Adultos Mayores.
Sector D	Infantil: perros abandonados; consumo de alcohol en la vía pública; sitios eriazos como focos de basurales clandestinos y quema de basura; balaceras y exceso de velocidad son otros problemas que afectan su salud y les produce miedo e inseguridad; bullying en los colegios; y, largos tiempos de espera en SAPU. Adolescencia: problemas de acceso expedito a las prestaciones de matrona, ya que su principal preocupación es la prevención en el Área de Salud Sexual y Reproductiva, considerando que existe un trato discriminatorio al momento de solicitar horas para médico y matrona. Adulto: falta de horas médicas y de dental; solicitud de horas muy temprano; deficiencias en el trato por parte de los funcionarios en general; y, exigencias impuestas en la entrega de alimentación complementaria (leche); sistema de calefacción y baños desaseados. Adulto Mayor: tiempos de espera en farmacia; asistir temprano en las mañana a solicitar números de atención; y, problema de seguridad en los territorios que dificulta llegar temprano al Centro de Salud.

CESFAM Vista Hermosa

Sectores 1 y 2	Carencia de empatía compartida; necesidad de contar con SAPU; falta de horas médicas y de otros profesionales; desinformación del funcionamiento del CESFAM; potenciar el trabajo del equipo multidisciplinario del CESFAM en Promoción y Prevención de la salud en terreno.
-----------------------	--

CESFAM Bernardo Leighton

Sector A	Consumo de drogas y alcohol; basura en las calles; promover la difusión de información existente, respecto a beneficios de atención en salud para inmigrantes; escasa información sobre atención de urgencia y otros servicios; y, tenencia irresponsable de mascotas.
Sectores B y C	Tenencia irresponsable de mascotas; basura en las calles; delincuencia con porte ilegal de armas; y, delincuencia.

CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez

Sector Verde	Información clara en educación sexual a jóvenes pertenecientes a Establecimientos Educativos.
Sector Amarillo	Salud mental, depresión, violencia intrafamiliar y drogas.
Sector Azul	Problemas de trato a funcionarios y usuarios; problemas de basuras y perros callejeros.

CESFAM Padre Manuel Villaseca	
Sector Amarillo	Delincuencia, consumo de drogas, narcotráfico y depresión.
Sector Azul	Perros Vagos, delincuencia, consumo de drogas, narcotráfico y basurales.
Sector Rojo	Perros vagos, drogadicción, narcotráfico, basurales y delincuencia.
Sector Verde	Perros vagos, basurales, consumo de drogas, narcotráfico, depresión, problemas del ánimo, falta o dificultad de acceso a personas con discapacidad y falta de áreas verdes y espacios de recreación.

CESFAM Karol Wojtyla	
Sector Amarillo	Problemas de trato por parte del personal de primera línea de SAPU y médicos ELEM; falta de información oportuna, por parte de los funcionarios de primera línea de SAPU; problemas de dispensación de fármacos; problemas de apertura de agendas de profesionales; problemas con la forma de entrega de horas de médico en morbilidad; tiempos de espera en SAPU; y, hora de especialidades.
Sector Rojo	Falta de horas profesionales; ubicación de Feria Libre, trato de administrativos a pacientes; Urgencia/SAPU referente a información y difusión.

CESFAM Laurita Vicuña	
Sector Azul	Infantil y Adolescencia: delincuencia y consumo de drogas. Adulto y Adulto Mayor: consumo perjudicial de alcohol; tenencia irresponsable de mascotas; y, falta de información al Adulto Mayor.
Sector Rojo	Infantil y Adolescencia: falta de comprensión de padres y profesores; consumo de drogas. Adulto y Adulto Mayor: existencia de enfermedades crónicas; inseguridad en la villa; y, desinformación del Sistema de Salud.
Sector Verde	Infantil y Adolescencia: utilización de espacios públicos en forma inadecuada; delincuencia; y, cyberbullying. Adulto y Adulto Mayor: falta de atención de Urgencias; aumento de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes; y, falta de acceso a la salud de grupos focalizados.

DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIALES POR ZONA TERRITORIAL Y CENTRO DE SALUD

ORGANIZACIÓN/CES	AR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV
Juntas de Vecinos	5	6	3	0	6	4	13	5
Clubes de Adultos Mayores	32	6	3	11	6	9	7	5
Agrupaciones/Asociaciones	8	3	8	0	0	3	3	0
CDU de Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Otras Organizaciones	5	3	4	1	5	2	3	0
Total	51	19	19	13	18	19	27	11

C. GEOGRAFÍA

La comuna de Puente Alto, unidad que administrativamente pertenece a la Provincia Cordillera, se ubica en el extremo suroriente de la Región Metropolitana, representando en términos de peso poblacional a la comuna más grande Chile (según Censo 2017).

Se localiza alrededor de 33° 33` y 33° 37` latitud sur y a 70° 30` y 70° 35` longitud oeste, en la cuenca hidrográfica del río Maipo, ocupando un espacio aproximado de 86,75 km². Limita el norte con la comuna de La Florida; al sur con el río Maipo y la comuna de Pirque; al oeste, con la comuna de La Pintana y San Bernardo; y al este, limita con el bloque cordillerano andino del cual ocupa una extensión importante del pie del monte; en esa misma orientación y más al sur, se ubica la comuna de San José de Maipo.

D. VIVIENDA

Según el INE en el Censo 2017, los datos de la comuna de Puente Alto correspondientes al ámbito de Vivienda se pueden ver en la siguiente tabla.

Datos de Vivienda	Porcentaje
Viviendas desocupadas	3%
Hacinamiento	7%
Red pública de agua	100%
Viviendas con índice de materialidad ⁹ aceptable	90%
Viviendas con índice de materialidad recuperable	10%
Viviendas con índice de materialidad irrecuperable	0%

E. HOGAR

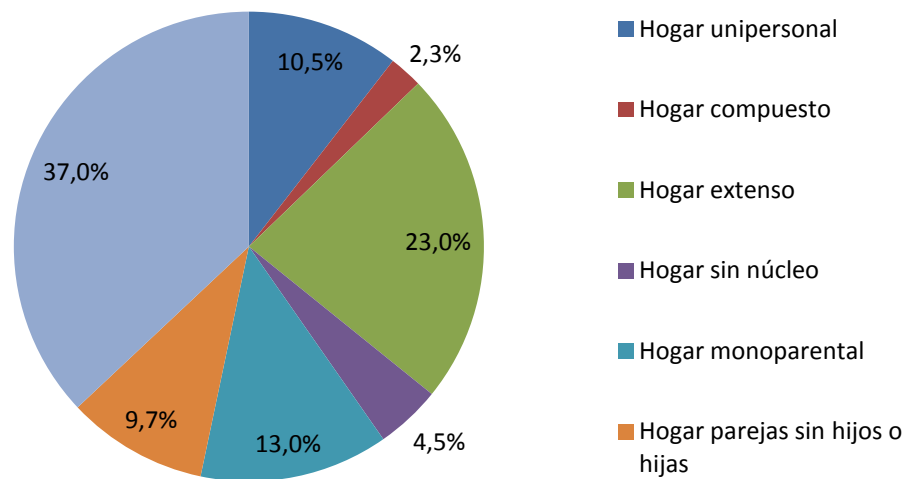
Para el año 2017, en la comuna de Puente Alto, según los últimos datos del Censo, respecto a hogares se concluyó lo siguiente:

Datos de Hogar	Resultados
Cantidad de Hogares	164.555
Viviendas con más de un hogar	2%
Tamaño de hogares (promedio personas por hogar)	3,4
Jefas de hogar (mujeres)	42%

En el siguiente gráfico (ver página 29), se puede observar la tipología de hogares de la comuna, siendo importante, la correspondiente a un hogar con parejas con hijos o hijas (37%).

⁹ Índice de Materialidad de la Vivienda: Permite conocer las condiciones materiales de las viviendas en que viven los hogares. Se construye a partir de los materiales predominantes en paredes exteriores, cubierta de techo y pisos. Establece las categorías de Aceptable, Recuperable e Irrecuperable para los muros, techos y piso (MIDESO).

Tipología de Hogares, Puente Alto, 2017



F. EDUCACIÓN

La Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto administra 27 Establecimientos Educacionales distribuidos en el área geográfica comunal, donde se educan alumnos de diferentes niveles educacionales, incluyendo la implementación de diversos programas transversales de educación.

Además, la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto cuenta con cinco Casas de Estudio, donde se atienden a niños y adolescentes en programas de reinserción socioeducativa, nivelando estudios e integrándolos al sistema escolar formal.

Respecto al ámbito educativo comunal, según los últimos resultados del Censo 2017, se concluye lo siguiente:

Datos de Educación	Resultados
Años de escolaridad promedio del jefe o jefa de hogar	11,2
Asistencia a la educación formal de personas en edad escolar obligatoria	96%
Asistencia a la educación preescolar	50%
Asistencia a la educación media	74%
Ingreso a la educación superior	30%
Educación superior terminada	71%

G. ATENCIÓN DE MENORES

La Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto administra 35 Jardines Infantiles y Salas Cunas distribuidos en el área geográfica comunal. El resto es administrado por JUNJI, Integra y otros.

Desde julio del 2016, algunos jardines infantiles administrados por la Corporación tienen habilitadas bibliotecas, implementadas a través de un proyecto del Centro Bibliotecario, cuyo objetivo es acercar a los niños y sus familias a la lectura, facilitando ejemplares con un enfoque multicultural, con el que se

espera desarrollar no sólo valores como la tolerancia, sino que también, apoyar la inclusión y desarrollo social.

H. TRABAJO

Respecto al ámbito de Empleo de la Comuna de Puente Alto, el Censo 2017 demuestra lo siguiente:

Datos de Empleo	Resultados
Personas que declaran trabajar	62%
Promedio de edad de personas que declaran trabajar (años)	41,6
Personas que declaran trabajar y son mujeres	44%
Personas que declaran trabajar y asistir a educación formal	10%
Años de escolaridad promedio de personas que declaran trabajar	12

De las personas que declaran trabajar, el 1% lo realiza en el sector primario, el 8% en el secundario y el 91% en el terciario.

I. TRANSPORTE

Puente Alto es una de las comunas más afectadas en términos de transporte y movilización, ya que, por una parte, tiene menores niveles de acceso a los servicios que provee el Transantiago y, por otra, se suma la alta congestión vial que tiene la ciudad de Santiago, que obviamente perjudica y retrasa también el traslado de los habitantes a sus lugares de estudio o de trabajo.

Esto es aún más crítico en el sistema de buses, especialmente, en horarios punta y para quienes viven en sectores más periféricos, ya sea por la distancia que deben caminar para acceder al servicio, o, por su baja frecuencia. Hay sectores que están a distancias incluso, superiores a un kilómetro de alguna red troncal o alimentadora.

Los medios de transporte de mayor utilización por los habitantes de la comuna de Puente Alto son el Metro (Línea 4) y buses del sistema Transantiago, taxis particulares o colectivos y vehículos privados, teniendo los usuarios del sistema público, las mismas dificultades de alta congestión, demora, frecuencia irregular e incomodidades, que los usuarios de la mayoría de las comunas periféricas de la Región Metropolitana de Santiago.

Uno de los proyectos anunciados el año 2018 se basa en la extensión de la Línea 4 del Metro, llegando hasta los sectores de Bajos de Mena, beneficiando a una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad y dificultad de acceso de la comuna de Puente Alto.

Finalmente, para el año 2026, con el fin de mejorar el acceso de la comunidad puentealtina a lugares distantes, está proyectada la construcción de la Línea 8 del Metro que conectará Providencia con Puente Alto (por avenida Camilo Henríquez).

J. CULTURA

La Corporación Cultural de Puente Alto, tiene por objeto entregar a la comunidad conocimientos y entretenimiento en diversas disciplinas artísticas como medio de esparcimiento, uso del tiempo libre y desarrollo personal, social y cultural.

Existe una variedad de diferentes talleres artísticos distribuidos según territorios, que permiten un fácil acceso a distintas disciplinas, teniendo diversos públicos objetivos de varias edades.

En la oferta cultural se ha puesto especial énfasis en la producción de eventos de calidad y excelencia, permitiendo el libre acceso a los vecinos de la comuna. Respecto a los talleres, estos se dividen en las áreas de artes musicales; de artes visuales y artesanía; de artes escénicas, danza, circo y teatro; y de literatura y patrimonio.

El año 2018 se inaugura el Centro Cultural de Puente Alto Alcalde Juan Estay, con 2.300 m² construidos, ubicado en Avenida Eyzaguirre, esquina Pie Andina, en el eje recreacional de la comuna (Parque Municipal Pueblitos Las Vizcachas y el Balneario Municipal), en una antigua casa patronal. Cuenta además con 6.000 m² de áreas verdes, con conectividad wifi en el interior y exterior. Dentro de sus múltiples servicios, incluye teatro, sala de artes visuales, hall de exposiciones, sala de música, biblioteca, laboratorio tecnológico, salas de danza, sala de orquesta, sala multiuso, anfiteatro, y otros. El equipo de la Corporación Cultural de Puente Alto se trasladó a este Centro, donde se encuentran sus oficinas administrativas.

K. DEPORTE – ACTIVIDADES RECREACIONALES

La Corporación Municipal de Deportes de Puente Alto, tiene como objetivo fomentar y organizar actividades deportivas en los ámbitos formativos, recreativos y de competencia para todas las personas naturales y de organizaciones que vivan o trabajen en la comuna. Gestiona, además, recursos con el fin de mejorar la calidad de vida, fomentar hábitos saludables y potenciar el desarrollo de talentos deportivos.

Esta Corporación administra diferentes recintos deportivos, incluyendo al Complejo Amador Donoso, el Estadio Municipal, el Gimnasio Municipal, el Patinódromo y los Centros Deportivos Gabriela, Laurita Vicuña y Domingo Tocornal.

La comuna dispone de una oferta de talleres en diferentes disciplinas deportivas, entre las que se encuentran para el año 2018 escuelas de fútbol, break dance, yoga, tai chi, baile entretenido, talleres para el adulto mayor, gimnasio, zumba, aerobox, atletismo, básquetbol, tenis (incluyendo en silla de ruedas), tenis de mesa, escalada en muro, taekwondo, karate, boxeo femenino y mixto, crossfit, rugby y skate.

Por otra parte, organiza diferentes actividades masivas como cicletadas, trekking, corridas, aerotón, etc.

III. RESOLUTIVIDAD

Según el Programa de Resolutividad, su objetivo corresponde a lograr que la población que se atiende en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad. Esto permite, de alguna manera, contribuir en la reducción de las listas de espera, permitiendo resolver una mayor cantidad de problemas o patologías en APS.

Dentro del Programa Presidencial 2018 – 2022, publicado el 10 de marzo en la página web ministerial, aparecen los siguientes dos objetivos relacionados a la resolutividad:

- **Reducción de listas de espera.**
- **Reforma a la salud primaria:** consultorios y CESFAM modernos y resolutivos. En este punto aparece el fortalecimiento de la APS, dándoles mayor poder de resolución de los problemas de salud, creación de unidades médicas como en Otorrinolaringología (UAPORRINO), creación de un programa de Telemedicina y creación de red de consultorios y CESFAM de alta calidad.

En la comuna de Puente Alto, a lo largo de estos años, se ha impulsado la resolutividad en los Centros de Salud de Atención Primaria, a través de diferentes actividades y/o estrategias como:

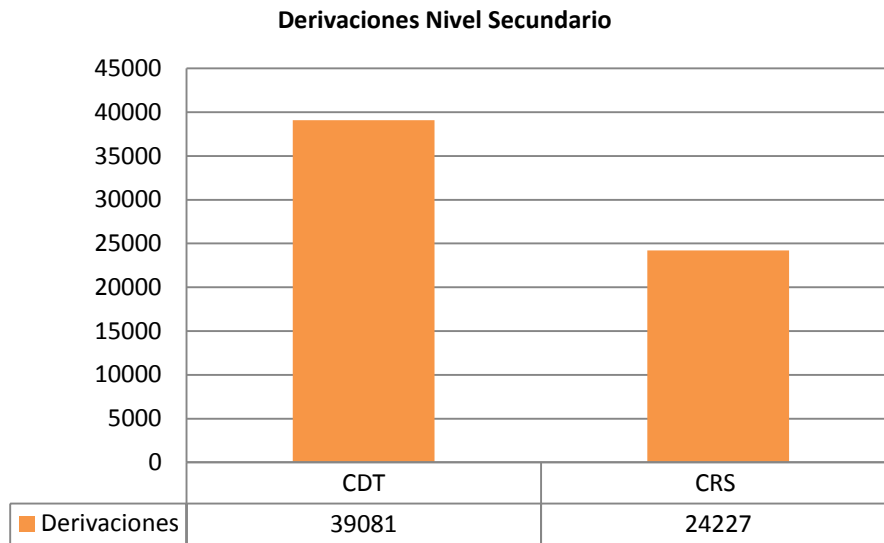
- Desde el punto de vista de prevención en salud, la realización de exámenes de medicina preventiva a lo largo del ciclo vital, permite detectar patologías de manera temprana y su intervención oportuna, disminuyendo complicaciones a largo plazo y mejorando la utilización de la red de salud primaria a terciaria.
- Presencia de un contralor de interconsultas que permite realizar un filtro inicial, para derivar lo que corresponde, según criterio, a nivel secundario, haciendo más eficiente el uso de la red e informando a los profesionales de sus Centros de Salud, de la resolución de estas interconsultas en el nivel primario.
- En Salud Mental:
 - Como Área de Salud de la CMPA, se ha realizado un trabajo de larga data con el intersector, potenciando la relación con las redes, como lo son el Área de Educación corporativa y colegios particulares subvencionados, con quienes se generan estrategias conjuntas para la promoción y prevención de la salud mental, como también, para la resolución de situaciones contingentes, de alto riesgo psicosocial (situaciones de vulneraciones graves de derechos, intento de suicidio, descompensaciones de salud mental u otras situaciones), generando coordinaciones efectivas inter áreas y buscando estrategias orientadas a dar rápida respuesta a dichas situaciones, como por ejemplo coordinar ambulancias, atenciones de urgencias, de especialidad, constatación de lesiones, orientaciones en ámbitos de protección a la infancia y de tránsito por la red de salud.
 - Así también, se ha fortalecido la relación con los dispositivos ambulatorios y residenciales de la red SENAME, generando estrategias en conjunto para la resolución de situaciones graves que afecten a los usuarios, buscando como salud siempre el bien superior del niño y dando prioridad a aquellos usuarios con mayores situaciones de vulnerabilidad social.
 - Además, en conjunto con el apoyo de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, se establecen consultorías con psiquiatra infanto juvenil y adultos en los 8 Centros de

Salud, actividad realizada en conjunto con nivel secundario (CRS Hospital Provincia Cordillera y COSAM CEIF Centro y Norte), espacio que apoya a la capacitación continua de sus profesionales y a la toma de determinaciones y acciones más pertinentes, en los casos que así se amerite, pudiendo mantener la continuidad de la atención, en la espera de ella, en nivel de especialidad.

- Respecto al Programa de Resolutividad, convenio entre la Municipalidad de Puente Alto y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con el fin de disminuir las listas de espera en el Nivel Secundario y resolver múltiples diagnósticos desde APS, éste atiende las siguientes especialidades:
 - Oftalmología: ubicada en la UAPO de CEP San Lázaro.
 - Otorrinolaringología: donde se realizan operativos de esta especialidad en CEP San Lázaro, pero se proyecta implementar una UAPORRINO con el equipamiento que se requiere para tal Unidad y aumentar la resolutividad.
 - Dermatología: ubicada en el CEP San Lázaro, vía telemedicina con especialistas del Nivel Secundario.
 - Gastroenterología: convenio con prestador externo, para realizar canasta limitada de endoscopías digestivas altas.
 - Cirugía Menor: para dar respuesta a patologías quirúrgicas de baja complejidad y que pueden resolverse en APS, en algunos de los Centros de Salud.
- Además, otros convenios, como el de Imágenes Diagnósticas también ha permitido resolver patologías en APS, disminuyendo la derivación innecesaria y el aumento de listas de espera. La mayoría de los exámenes son resueltos en el Centro de Imágenes del Área de Salud de la Corporación (radiografía de tórax, mamografía, ecotomografía mamaria, ecotomografía abdominal y radiografía de pelvis).
- Desde el año 2018, se han efectuado múltiples reuniones de la Red del SSMSO, para crear un mapa de derivación unificado y claro entre CDT del Hospital Sótero del Río, CRS Hospital Provincia Cordillera y Atención Primaria de Salud, en conjunto con el Servicio de Salud.
- Realización de diferentes capacitaciones enfocadas sobre todo, a la atención clínica (ejemplo: farmacoterapéutica cardiovascular).
- Gestión de las listas de espera de derivaciones a los Programas de Resolutividad y de Imágenes Diagnósticas en cada uno de los Centros de Salud, existiendo un encargado en cada uno.
- Múltiples programas de apoyo (convenios) que permiten solucionar problemáticas, dar un abordaje integral y otorgar en algunas ocasiones, prestaciones que no se incluyen en la canasta del Plan de Salud Familiar.
- Se pretende comenzar con la realización de exámenes a través de telemedicina, de forma itinerante junto con la Clínica Móvil (fondo de ojo y ecografía de partes blandas).
- Integración de la red a través de referencia y contrarreferencia desde nivel secundario, visualizándose por ficha clínica electrónica.

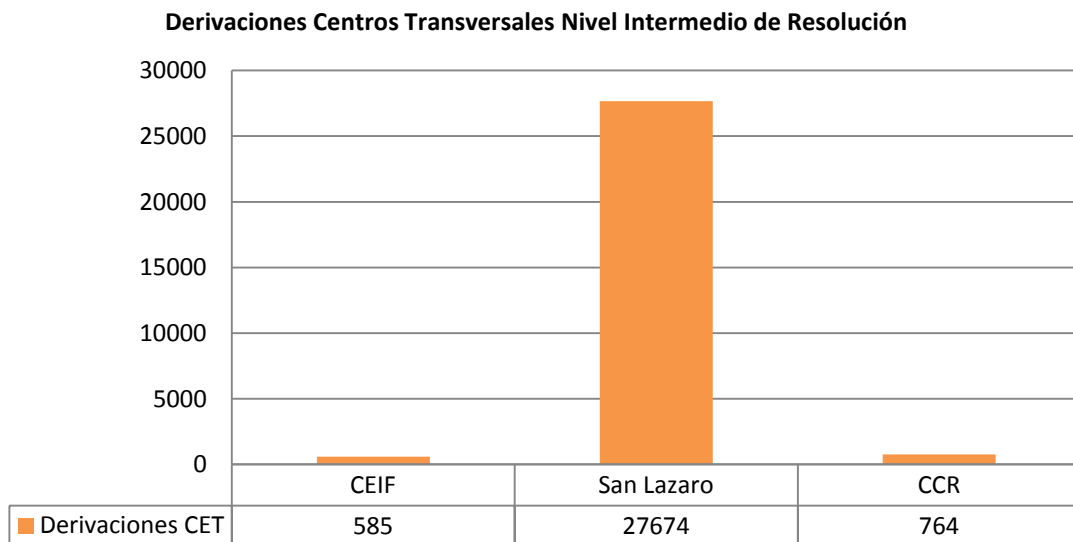
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

A continuación, se muestra el número de Referencias en forma digital desde los Centros de Salud corporativos a Nivel Secundario CDT del Complejo Sótero del Río y CRS Hospital Cordillera, durante junio 2017 - junio 2018:

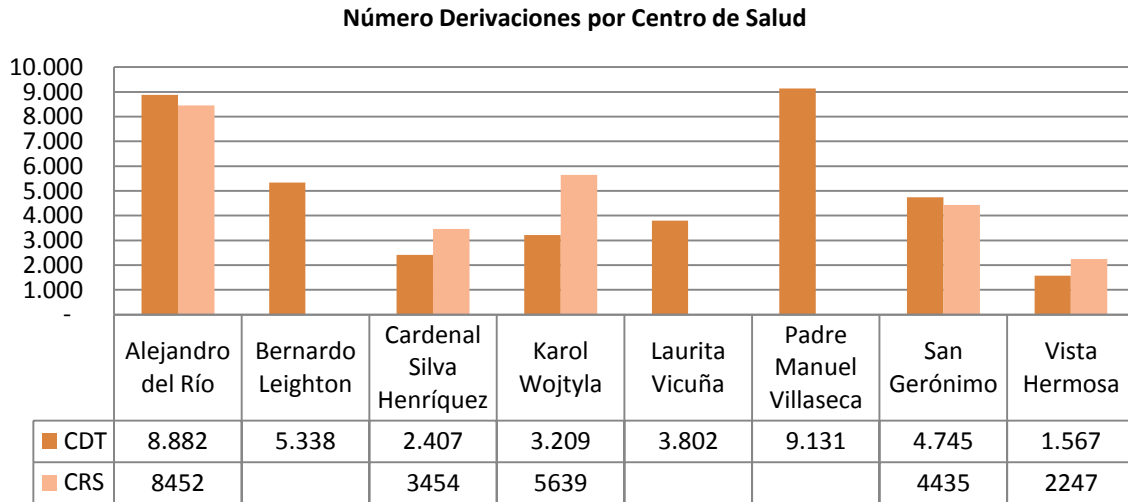


Fuente: Modulo Interconsultas

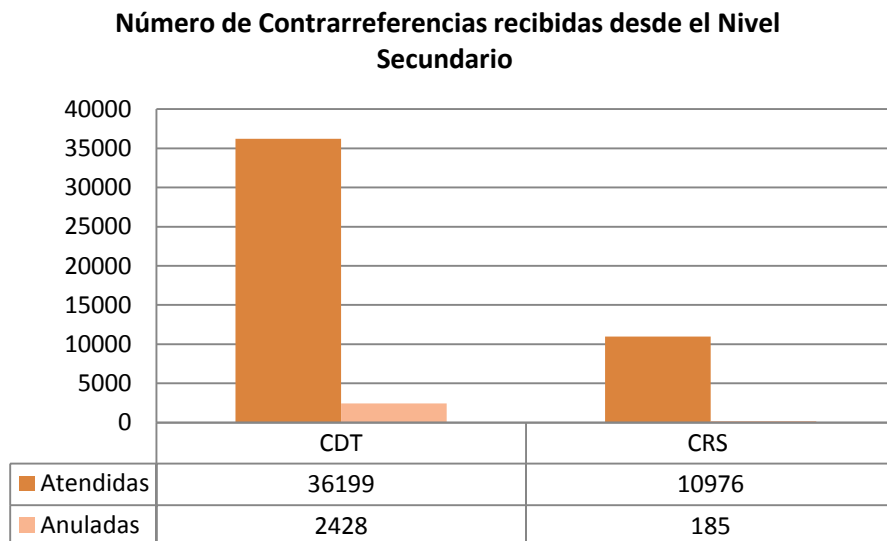
En el siguiente gráfico, se muestra el número de Referencias en forma digital desde los Centros de Salud corporativos a los Centros Transversales de la Corporación: San Lázaro – CEIF – Centros de Rehabilitación Física, durante junio 2017 – junio 2018:



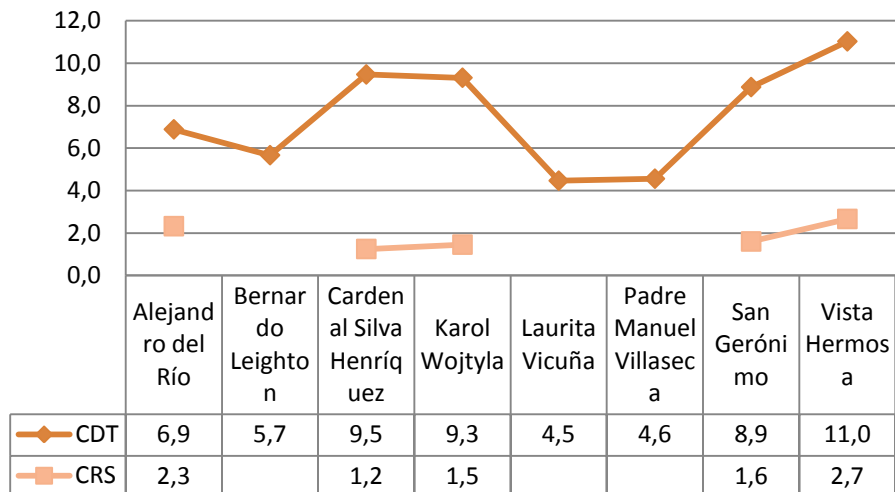
Derivaciones realizadas al Nivel Secundario por Centro de Salud durante el mismo periodo:



Así mismo, se muestra en el siguiente gráfico, el número de contrarreferencias recibidas desde el Nivel Secundario CDT del Complejo Sotero del Río y CRS Hospital Cordillera en el mismo periodo, detallando número de pacientes que fueron atendidos por sus Interconsultas y las que fueron anuladas en su mayoría por Mapa de Derivación.

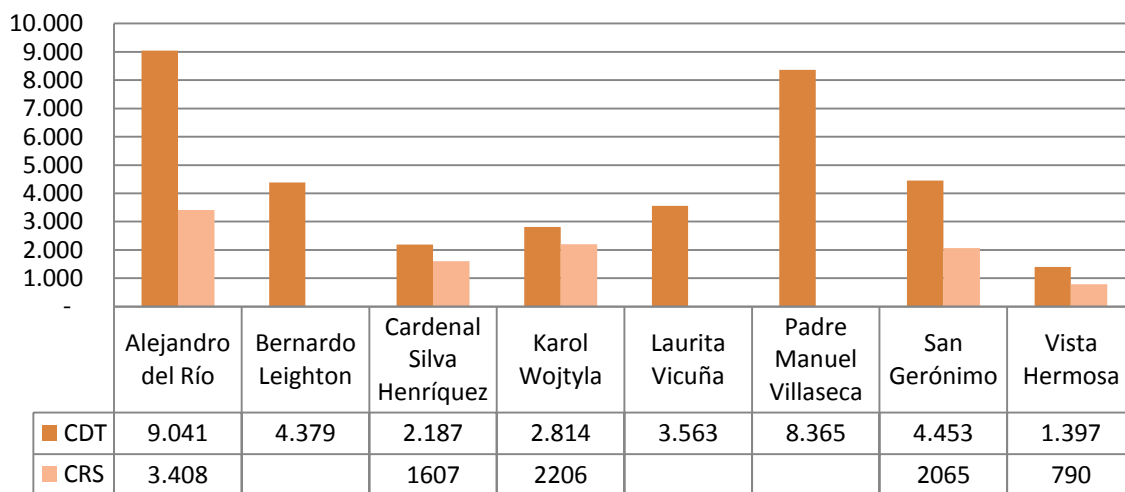


% Contrarreferencias Anuladas



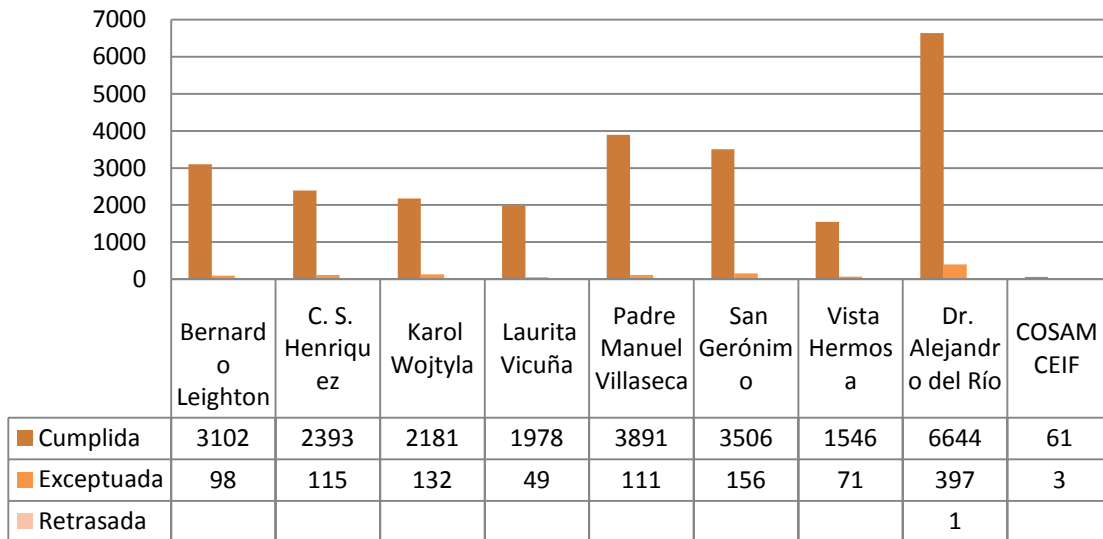
El siguiente gráfico muestra lo mismo, desde cada Centro de Salud:

Número Contrarreferencias de Pacientes Atendidos

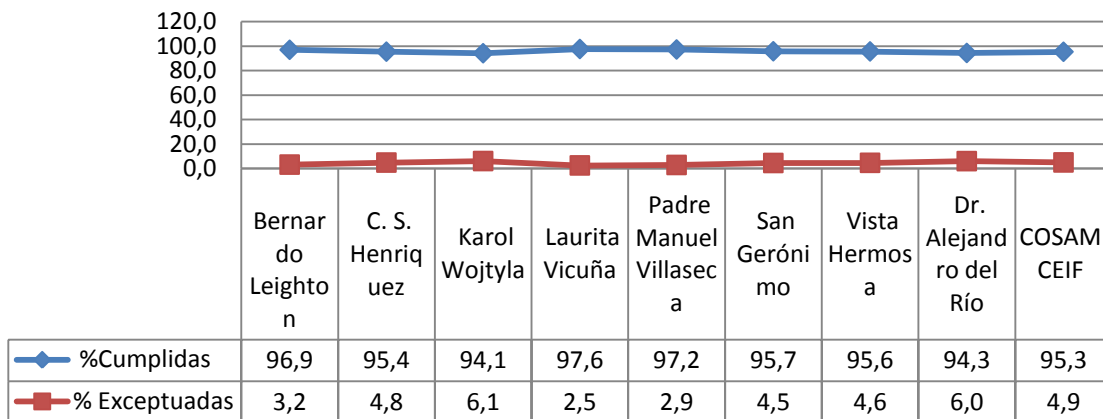


GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

Garantías Cumplidas por Centros de Salud Enero - Junio 2018



% Garantías Cumplidas v/s Garantías Exceptuadas Enero - Junio 2018



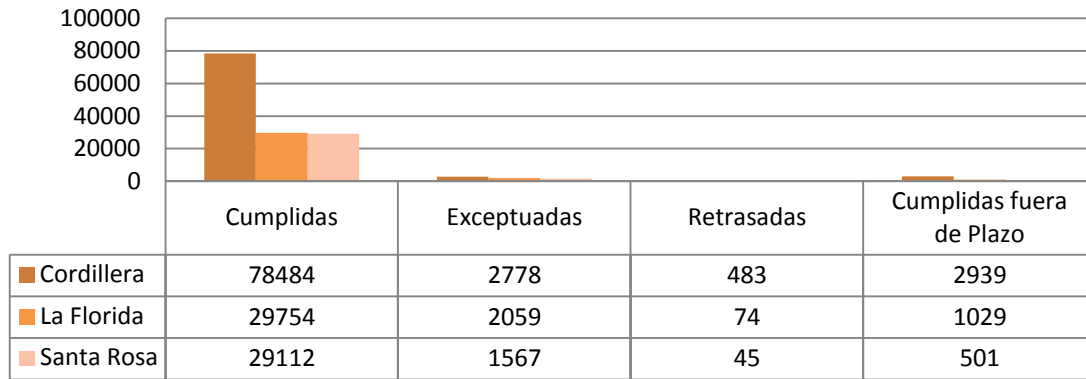
La siguiente tabla da cuenta de la cantidad de personas atendidas con Garantías GES en APS del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, desagregado por entidades municipales y ANCORA.

Total Pacientes atendidos en SSMSO por Garantías GES enero a junio 2018:

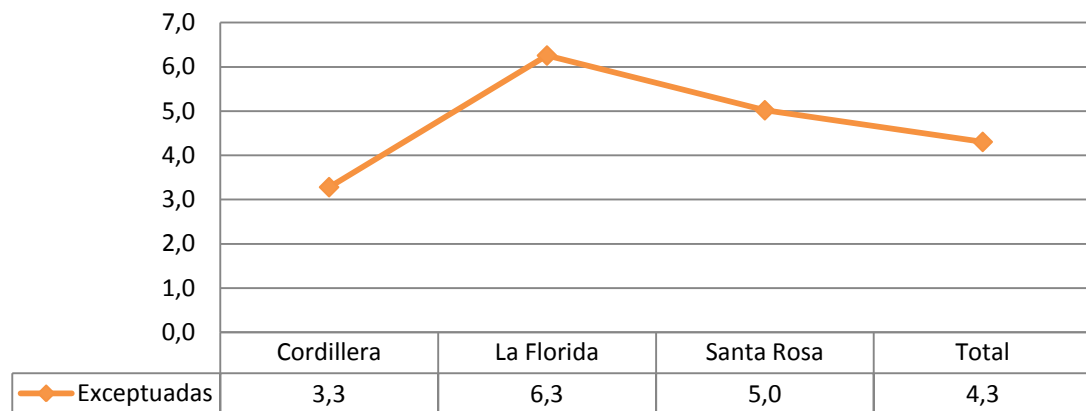
Total Pacientes	CORP-P.A.	ANCORA	LA FLORIDA	LA PINTANA	LA GRANJA	SAN RAMON	PIRQUE	SAN J.DE M.	SSMSO APS
Cumplidas	25384	3013	19549	9666	5578	2663	1480	266	67599
Exceptuadas	1132	443	1127	132	395	4	38	2	3273
Retrasadas	1	4	14	17	8	8	0	0	52

Así mismo, el gráfico muestra el total de las garantías GES de acuerdo a las tres subredes existentes, evidenciándose que la Sub red Cordillera cuenta con el mayor número de garantías abiertas, en el periodo de Enero a Junio del 2018.

Total Garantías por Sub-Redes Enero-Junio 2018

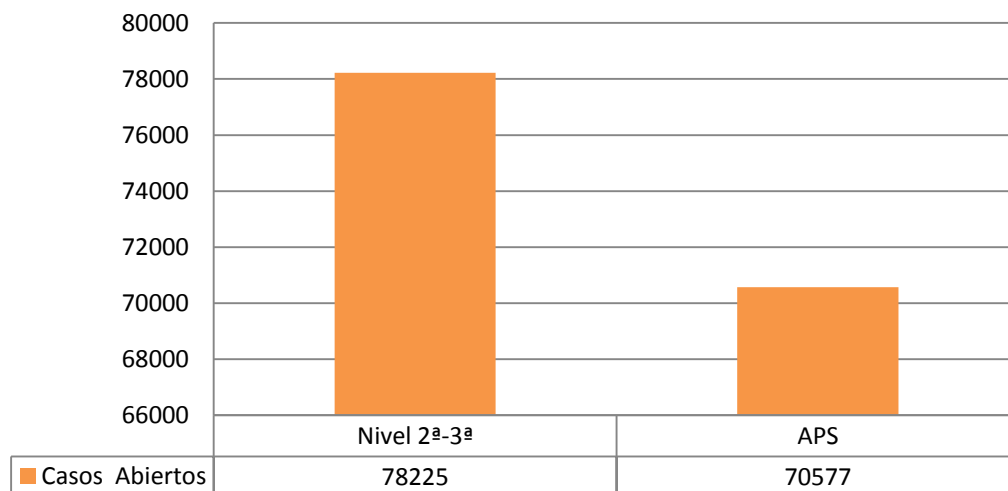


% Garantías Exceptuadas por Sub Redes Enero-Junio 2018



El gráfico muestra porcentajes de Garantías Exceptuadas por Sub-Redes del SSMSO realizadas en 1er. Semestre del año 2018.

Casos Abiertos en diferentes Niveles de Atención Enero- Junio 2018



El gráfico anterior muestra las garantías GES distribuidas, de acuerdo al nivel de la Red en que fueron abiertas.

IV. PROMOCIÓN DE SALUD

“La Promoción de salud constituye un proceso político y social global que permite a las personas incrementar su control sobre las determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Es un proceso mediante el cual las personas, las familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen acciones de educación, prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente a favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente...” (Orientaciones Técnicas para el desarrollo de Planes comunales de Promoción de la salud, hacia comunas y municipios saludables – Departamento de Promoción de Salud, 2015).

Se consideran los siguientes desafíos relacionados con las estrategias promocionales de salud:

ACCIONES PROMOCIONALES INTERSECTORIALES Y TRANSVERSALES QUE SE EJECUTAN DESDE LOS CENTROS DE SALUD E INTERSECTOR EN LAS SIGUIENTES CONDICIONANTES

- Alimentación saludable (talleres educativos con enfoque lúdico y práctico a usuarios de los Centros de salud; a escolares y apoderados de Establecimientos Escolares municipales).
- Actividad Física (proyectos de actividad física en preescolares, recreos activos en Establecimientos Educativos).
- Factores protectores psicosociales.
- Tabaco.

PRESTACIONES TRANSVERSALES PROMOTORAS

Tienen por objetivo, el fomento del control de la propia salud en las personas y comunidades, incorporando conceptos de estilo de vida saludable:

- Talleres de Vida sana.
- Consejerías de estilos de vida saludables.
- Entre otros.

COMUNICACIÓN SOCIAL EN SALUD

- Boletines.
- Boletería informativa.
- Lienzos callejeros.
- Elaboración de cápsulas educativas en efemérides de salud para televisores de las salas de espera de los Centros de Salud (día de no fumar, mes del corazón, entre otros).

ACTIVIDADES COMUNITARIAS MASIVAS CON INTEGRACIÓN DE TODOS LOS GRUPOS ETARIOS

- Ferias de la salud.
- Caminatas.
- Cicletadas.
- Mini Olimpiadas.
- Entre otros.

ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES PARTICIPATIVAS, CONSTITUCIÓN Y TRABAJO ACTIVO

Actividades desarrolladas en Consejos de Usuarios y Comisiones Mixtas

PROYECTOS COMUNITARIOS INTERSECTORIALES

Diseñados y ejecutados por agentes comunitarios y/o equipos de salud, especialmente dirigidos a comunidades organizadas, adscritos a los centros de salud corporativos y escolares, entre otros, con el objeto de promocionar estilos de vida saludables y factores protectores de salud.

JORNADAS COMUNITARIAS INTERSECTORIALES

Espacios comunitarios con participación de diversos actores del intersector (consejos de usuarios, comisiones mixtas, Servicio de Salud, Áreas de Educación, Menores, Corporación Municipal, oficinas municipales entre otros), que buscan socializar e internalizar la importancia de diversos factores protectores, establecer acuerdos e informar temáticas de interés comunitario y potenciar los avances del trabajo intersectorial, en el sistema de salud comunal.

PROYECTO INTERSECTORIAL KIOSCOS SALUDABLES

Es importante continuar favoreciendo el desarrollo de esta estrategia intersectorial (Salud – Educación) manteniendo la cantidad de kioscos saludables de los Establecimientos Educativos, realizando talleres educativos en alimentación saludable a escolares, apoderados, profesores y a concesionarios de Kioscos Escolares Municipales; monitorear técnicamente a cada kiosco interior de los Establecimientos Escolares Municipales; realizar jornadas intersectoriales informativas y coordinaciones colaborativas con instancias municipales, entre otros.

Lo anterior, permitirá favorecer el cumplimiento de Ley N° 20.606 de Etiquetado Nutricional al interior de Establecimientos Educativos Municipales.

ESTRATEGIAS DE COMUNAS Y MUNICIPIOS SALUDABLES

Se continuará potenciando el desarrollo de estrategias y políticas comunales para favorecer estilos de vida saludables.

V. SALUD INTERCULTURAL

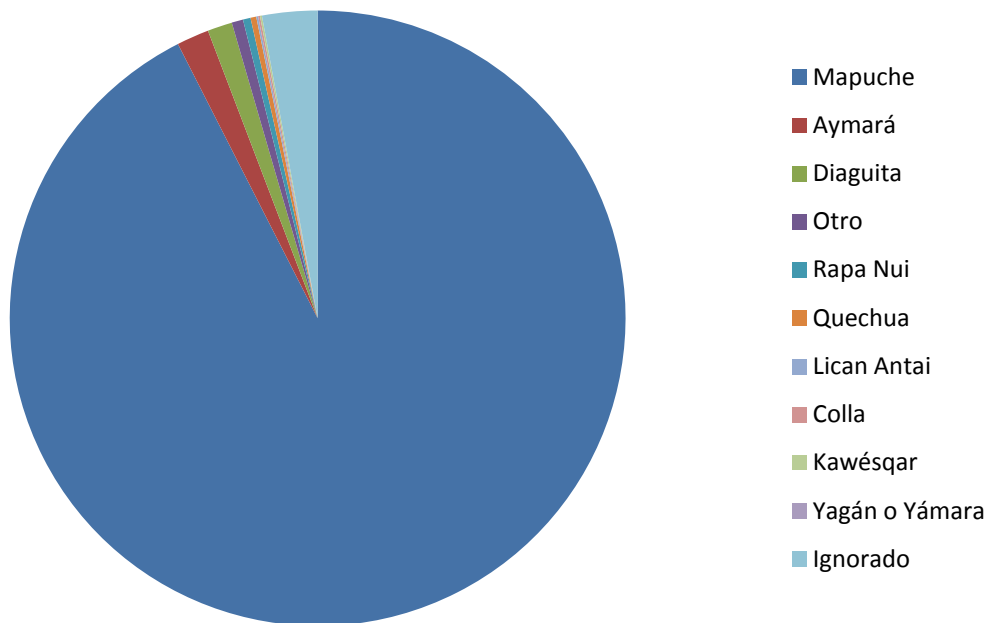
La incorporación de los pueblos indígenas a las políticas y programas públicos, ha sido un tema que ha adquirido paulatinamente relevancia en Chile.

Esto se sustenta, desde el ámbito legal, en el Convenio 169, Ley N° 20.584, Art.7, sobre derechos y deberes de los pacientes.

La inserción del enfoque de Salud Intercultural ha sido un proceso en los Centros de Salud corporativos desde el año 2012, ejecutándose diversas actividades de sensibilización y capacitación organizadas por representantes de la Mesa de Salud Intercultural de Puente Alto y dichos, siendo beneficiarios, los funcionarios de APS, usuarios, Consejos de Salud y organizaciones sociales adscritas a los Establecimientos de Salud.

Según los resultados del último Censo 2017, el 11% de la población de la comuna de Puente Alto se siente perteneciente a un pueblo originario, siendo en su mayoría, el 92,5%, mapuche. El 18% de los hogares de la comuna tiene integrantes que refieren pertenecer a algún pueblo originario y la escolaridad promedio de este grupo es de 9,8 años.

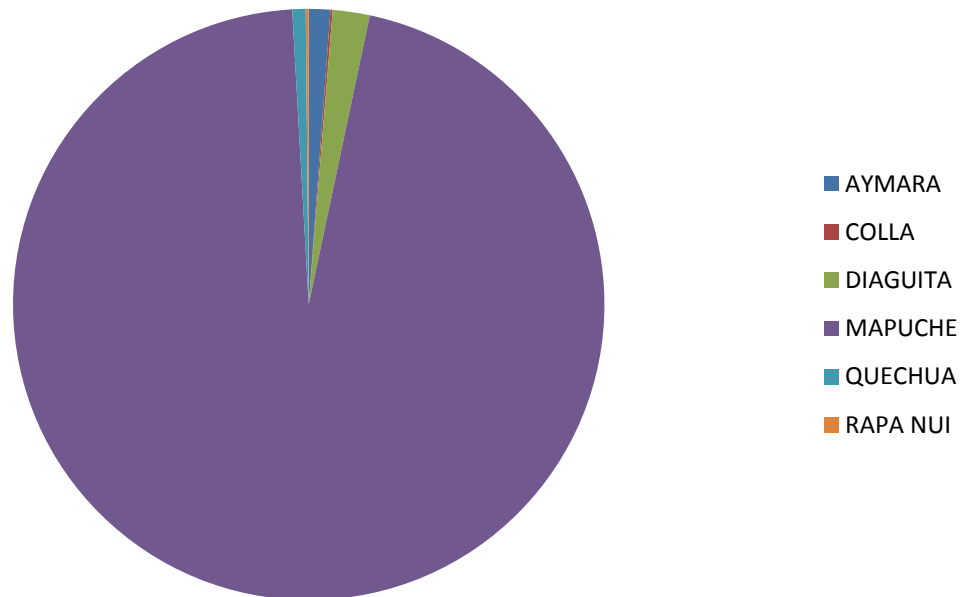
Porcentaje de Pueblos Originarios, Puente Alto, 2017



Respecto al registro de los Pueblos Originarios en la ficha clínica electrónica, se nota que hay un subregistro, correspondiendo sólo al 0,55% de la población inscrita.

De los datos de la ficha, se pueden extraer los siguientes resultados 2018, siendo en su mayoría mapuches (95,79%):

**Porcentaje de usuarios pertenecientes a Pueblos Originarios, Área de Salud
Corporación Municipal de Puente Alto, 2018**



Es posible destacar las siguientes actividades realizadas:

- Planificación y ejecución de actividades formuladas desde los Centros de Salud y Mesa de Salud Intercultural de Puente Alto, junto a funcionarios, usuarios y organizaciones de pueblos originarios.
- El 87,5 % de los Centros de Salud celebraron en el 2018, el año nuevo mapuche We Tripantu, con apoyo de las organizaciones Pe Weutun, Newen We Kuyen, funcionarios de salud y representantes comunitarios, entre otros.
- Inserción en malla de capacitación corporativa del Área de Salud, durante los años 2013 al 2016, la temática de Salud Intercultural. La cantidad de 86 de sus funcionarios, fueron capacitados.
- Existencia de facilitadores interculturales en tres Centros de Salud corporativos, con el objeto de apoyarlos técnicamente, en el desarrollo de la salud intercultural.
- Desarrollo de diagnóstico participativo dirigido a organizaciones mapuches de la comuna, con respecto a su visión, enfoque de salud, con el apoyo de la Unidad de Investigación del Área Salud y la Dirección Área Salud.
- Abogacía con autoridades corporativas, Oficina Indígena Municipal, para dar a conocer actividades realizadas en salud intercultural.
- Coordinación y gestión con el Departamento de Asuntos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- Potenciar actividades con enfoque intercultural en Establecimientos Educativos de la comuna.

DESAFÍOS 2018-2019

- Continuar con el avance significativo y conocimiento del enfoque de Salud Intercultural en funcionarios y comunidades adscritas a los Centros de Salud corporativos.
- Finalizar el diagnóstico participativo corporativo con pertinencia en salud intercultural y proteger recursos para aquello, dirigido a usuarios y organizaciones indígenas, que reciben atención en los Centros de Salud corporativos y su posterior entrega a autoridades corporativas y municipales.
- Transversalizar el enfoque de Salud Intercultural en las atenciones y planes de trabajo en Salud en los Centros de Atención, dentro de un proceso participativo y colaborativo, en conjunto con las asociaciones indígenas, usuarios/as y facilitadores interculturales.
- Desarrollar un protocolo que describa el trabajo de las facilitadoras interculturales mapuches, de acuerdo al perfil y función que desempeñan en los Centros de Salud y Mesa de Salud Intercultural de la comuna.
- Desarrollar un reglamento de la Mesa de Salud Intercultural, con especificaciones de los roles y funciones de los que participan en ella y el nivel de influencia que tiene en la toma de decisiones a nivel del Área de Salud.
- Incorporar planificación de actividades de la Mesa de Salud Intercultural, en el Plan Comunal de Salud y en los planes de participación trienal de participación 2019 – 2021.
- Continuar la sensibilización y abogacía con autoridades de salud y corporativas, para relevar la necesidad de tener financiamiento dentro del presupuesto anual para desarrollar proyectos de salud con pertinencia cultural y medicina indígena en la comuna, continuando con el trabajo que desarrolla la Mesa de Salud Intercultural y las asociaciones de los pueblos originarios locales.
- Mejorar la comunicación y el acceso de los usuarios/as indígenas a las actividades de sensibilización y de capacitación realizadas a nivel de los Centros de Salud como a nivel comunal.
- Potenciar la cápsula informativa a través de Puente Alto TV, acerca de las reuniones mensuales de la Mesa Intercultural, los objetivos de ésta y difusión de actividades masivas; lo anterior, hablado en mapudungun y con su respectiva traducción al castellano. Así como también, en aquellos Centros de Salud donde se trabaja salud intercultural, se informe sobre reuniones mensuales y actividades territoriales.
- Proteger horas de visitas a terreno para hacer difusión en sedes sociales, organizaciones indígenas y ferias libres, sobre el trabajo de la Mesa de Salud Intercultural, con participación de usuarios, funcionarios y dirigentes pertenecientes a organizaciones mapuche.
- Potenciar la difusión y la sensibilización a los Centros de Salud por la existencia del registro pertinencia de usuarios a los pueblos originarios. Para lo anterior, se realizará de manera conjunta entre la Dirección del Área Salud y las facilitadoras interculturales de los Centros de Salud, entre otros.

- Desarrollar talleres de capacitación a funcionarios de primera línea de atención con respecto al sistema de información corporativo (OMI) para registro de pertinencia a pueblos originarios.
- Seguir capacitando en salud intercultural a funcionarios de Salud y de Educación, que participan en las Comisiones Mixtas y que se vinculan en el trabajo intersectorial con los Centros de Salud (alianza entre Salud y Educación).
- Potenciar fondos para trabajar proyectos de salud intercultural, que permitan su formulación acerca de alimentación, educación y el buen vivir, con pertinencia cultural.

Por lo anterior, es posible informar las siguientes actividades programadas por los Centros de Salud corporativos para los años 2018 – 2019 (Fuente: Mesa de Salud Intercultural Puente Alto, Jornada técnica de abril del 2018):

CENTROS DE SALUD	ACTIVIDADES
CESFAM Padre Manuel Villaseca	Elaborar módulos educativos en salud intercultural para Establecimientos Educativos del sector
CESFAM Karol Wojtyla	Realización de We tripantu Conmemoración del día internacional de la mujer indígena Ferias de salud con enfoque Salud Intercultural Reforzar en primera línea de atención, los registros pueblos indígenas en el sistema OMI
CESFAM Laurita Vicuña	Ejecución de proyectos de buenas prácticas Huerto de medicina complementaria Ferias de salud con enfoque de Salud Intercultural Realización de We tripantu Potenciar talleres de salud intercultural en Establecimientos Educativos del sector
CESFAM Bernardo Leighton	Realización de We tripantu Realizar proyectos de autocuidado laboral y cursos de mapudungun para funcionarios de salud
Centro de Salud Alejandro del Río	Formalizar apoyo de organización Newen we Kuyen al Centro de Salud Dr. Alejandro del Río Potenciar huerto colgante medicinal complementario Realización de jornadas de equipo para el registro indígena en ficha OMI Realización de We tripantu Ejecución de talleres en mapudungun
CESFAM Vista Hermosa	Desarrollo de proyecto de buenas prácticas en salud intercultural
CESFAM San Gerónimo	Celebración de We Tripantu
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	Realización de We Tripantu Mantener un vínculo con la comunidad mapuche del territorio e ir conociendo las distintas prácticas de salud ancestral que en la actualidad usan para tener un buen vivir (Kume Mogen) en la ciudad

VI. MIGRANTES

La población de migrantes en Chile ha ido en aumento los últimos años, diversificando su origen y complejidad social.

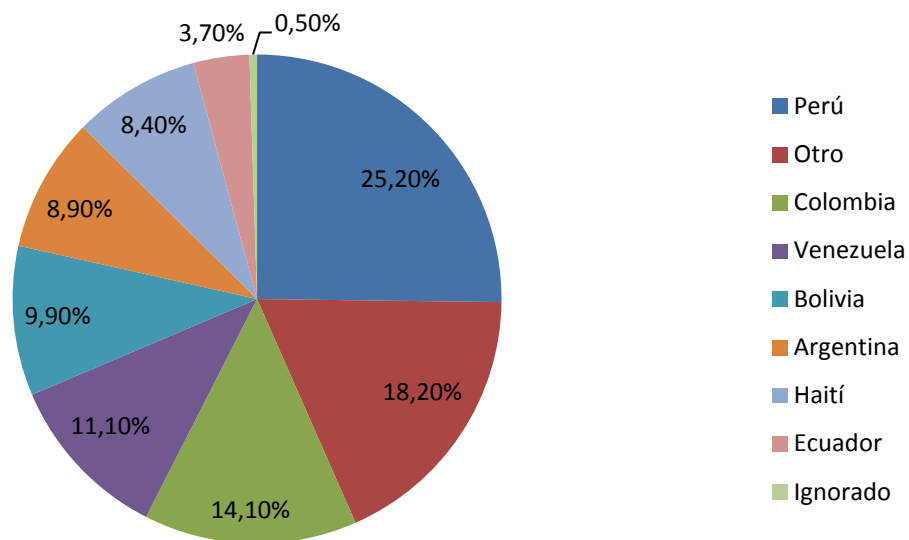
En relación a lo anterior, el sistema de salud primario ha ido preparándose progresivamente para satisfacer adecuadamente su atención de salud, desde el enfoque de Derechos Humanos, determinantes sociales y compromisos internacionales adquiridos por Chile.

En este sentido, los funcionarios de salud han generado espacios de reflexión y planificación de actividades intersectoriales para dar información oportuna a usuarios migrantes y funcionarios, con respecto a este proceso migratorio a nivel país.

Es pertinente dar a conocer un reporte estadístico de la población migrante en Chile y a nivel de inscripción en el sistema de salud corporativo primario.

Con respecto a información nacional, es pertinente transmitir lo siguiente, extraído de los datos del último Censo 2017:

Porcentaje de Migración Internacional, Chile, 2017



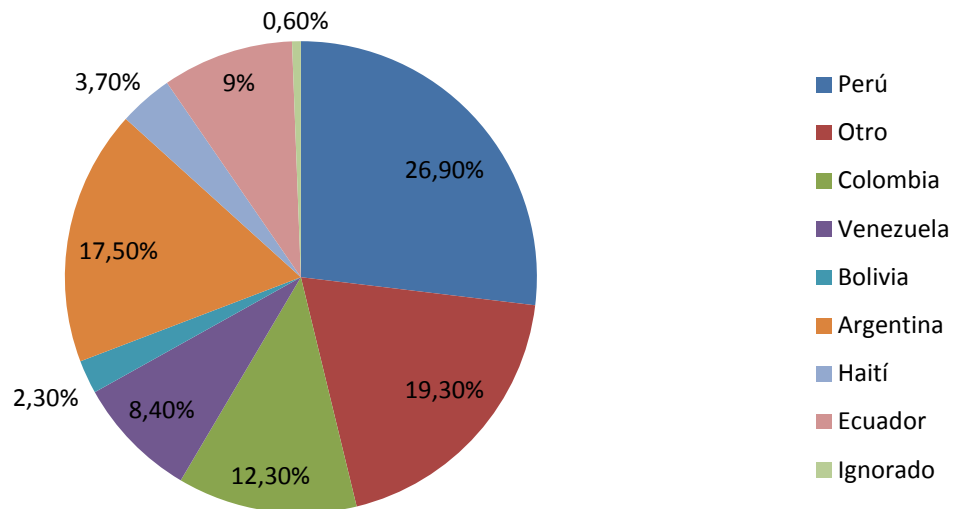
Es relevante distinguir la existencia de migraciones de mediano y largo plazo, que son las personas que se han establecido en el país, mediante permanencias definitivas desde los años 2005 al 2016. En segundo lugar, se observa la migración de corto plazo, es decir, quienes aún no han obtenido un permiso de residencia permanente (visas otorgadas años 2010 a 2016). En tercer lugar, la migración reciente, son aquellos que aún arribado al país, no han obtenido todavía un permiso de residencia (solicitudes de visa por primera vez, años 2015 y 2016).

Los datos de la comuna de Puente Alto, según el INE 2017 son los siguientes:

Datos de Migración	Resultados
Hogares de la comuna con Migrantes	4%
Porcentaje de personas que declaró haber nacido en el extranjero y que se encontraba residiendo habitualmente en Chile durante el Censo	2%
Índice de Masculinidad de Inmigrantes Internacionales	93,1
Proporción de Residentes habituales nacidos fuera de Chile y que llegaron al país entre 2010 y 2017	47%
Edad promedio de inmigrantes internacionales (años)	34,1
Años de escolaridad promedio con inmigrantes internacionales	11,6

La distribución de migración internacional es la siguiente:

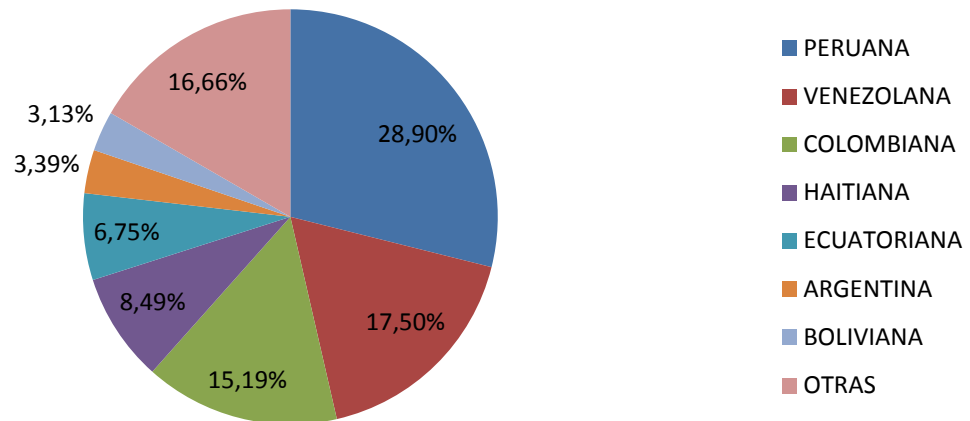
Porcentaje de Migración Internacional, Puente Alto, 2017



En comparación a los porcentajes nacionales, Puente Alto presenta mayor porcentaje de migrantes provenientes de Argentina, Ecuador, Perú y otros países no mencionados en el gráfico.

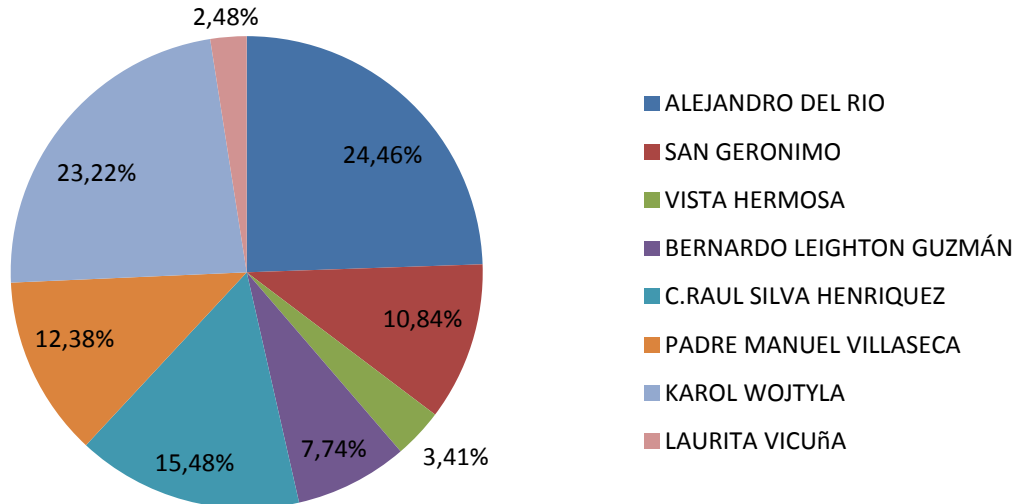
En relación a inscripción de usuarios migrantes en el sistema de salud primario corporativo para el año 2018, se observa que el 0,85% corresponden a extranjeros (podría estar subregistrado, tema que se seguirá avanzando e intencionando durante el año 2019), que se pueden ver en el primer gráfico de la siguiente página.

Porcentaje de Migrantes Internacionales, Área de Salud Corporación Municipal de Puente Alto, 2018



Del gráfico anterior se puede concluir que en el Área de Salud de la Corporación, respecto a los números nacionales, hay un mayor porcentaje de extranjeros provenientes de Perú, Venezuela, Colombia, Haití y Ecuador, a diferencia de Argentina y Bolivia, que es menor.

Distribución porcentual de usuarios provenientes de Haití, Área de Salud Corporación Municipal de Puente Alto, 2018



En el gráfico anterior, se observa que, porcentualmente, los Centros de Salud con mayor población haitiana (de un total de 323 inscritos registrados, 8,49% del total), se concentran en el Centro de Salud Dr. Alejandro del Río, CESFAM Karol Wojtyla y CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (63,16% la sumatoria de los tres).

Cabe señalar que, desde la Dirección del Área de Salud junto a los Centros de Salud, se ha potenciado durante el año 2018, la realización de diversas estrategias y actividades, relacionadas a fomentar información de salud a usuarios migrantes, tales como:

- Incorporación de facilitadores migrantes de nacionalidad haitiana en tres Centros de Salud corporativos.
- Inserción en ficha electrónica de salud del registro de pueblos originarios y migrantes.
- Nexos colaborativos con instituciones, Gobernación de Provincia Cordillera, Servicios de Salud y ONG, para otorgar información actualizada del proceso de regularización de migración; lo anterior, dirigido a usuarios y funcionarios de salud de los Centros de Salud corporativos.

DESAFÍOS 2018 – 2019

- Aumentar de manera progresiva, la incorporación de facilitadores migrantes, especialmente de nacionalidad haitiana, en los demás Centros de Salud corporativos, lo cual contribuirá a una mayor comprensión del idioma español en los usuarios migrantes y satisfacción usuaria.
- Potenciar en funcionarios de primera línea de atención, el registro de usuarios con respecto a la identidad de pueblos originarios y nacionalidad.
- Realización de escuelas de idiomas en creole haitiano para funcionarios de salud.
- Continuar el desarrollo de capacitaciones, jornadas informativas, educativas, con respecto al proceso migratorio a nivel nacional, comunal y el rol del sistema de salud primario.
- Potenciar la incorporación de personas migrantes, en los diferentes espacios de participación social establecidos en los Centros de Salud corporativos.

VII. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2018 DEL ÁREA DE SALUD

A principios de abril del año 2018 se realizó una Jornada de Líneas de Trabajo, donde participaron el Equipo de Gestión del Área de Salud, el Equipo Técnico, Coordinadores, Asesores y Directores de los diferentes Establecimientos de Salud.

En estas Jornadas se dieron a conocer los Lineamientos Estratégicos del Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, en relación a la Planificación Estratégica corporativa:

MAPA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Ver Capítulo I del Plan de Salud 2019. Se presenta para mostrar que debe trabajarse en esta línea con la finalidad de cumplir los distintos objetivos desde diferentes ámbitos en los Centros de Salud de Atención Primaria y Transversales.

DOTACIÓN

Se realiza énfasis en que la línea de trabajo está relacionada con estandarizar la dotación, de acuerdo a las necesidades de la población en cada uno de los Centros de Salud.

En la Comisión de Dotación se agregó como participantes a un director más, conformándose finalmente por Directora del Área de Salud, Jefe de la UGI y 3 directores de los Centros de Salud. Se acordó que puede haber integrantes transitorios, según la profesión o desde el punto de vista técnico, como algún coordinador, entre otros.

EXÁMENES

Se decidió crear una Comisión de Exámenes con la finalidad de idear y evaluar estrategias que ayuden a regular y, eventualmente, disminuir la indicación de exámenes de laboratorio que no tengan pertinencia, ya sea porque el paciente tiene algunos recientes o porque la patología por la que consulta, no los requiere, con la finalidad no solo de reducir costos, sino capacitar y adecuar al personal, a la indicación correcta de exámenes.

En este tema se ha avanzado en la creación preliminar de un manual de solicitud de exámenes, que actualmente está en revisión por lo miembros de la Comisión, que tiene como objetivo apoyar y regular la solicitud de exámenes por parte de los profesionales en los Centros de Salud de APS, tratando de acotar esta actividad, a lo realmente oportuno en cada situación clínica, disminuyendo la cuantía de solicitudes de exámenes que pudiesen no ser necesarios en todos los escenarios. Las sugerencias de este manual no deberán reemplazar el criterio profesional, en casos concretos.

AUDITORÍAS CLÍNICAS

Las auditorías clínicas serán realizadas por el Equipo Técnico del Área de Salud de la Corporación, teniendo un enfoque preventivo.

Durante el 2018, se ha trabajado en un formato único, que será aplicado durante el segundo semestre del mismo año, primero evaluando diferentes programas y patologías a modo general, con la finalidad de conocer el estado del arte del registro y la calidad de la atención, para luego estandarizar e informar las deficiencias con carácter urgente y a corto plazo y, finalmente, realizar auditorías clínicas con pautas específicas a los diferentes profesionales y técnicos de los Centros de Salud, con una mirada de acompañamiento y entendiendo el contexto de cada uno.

BÚSQUEDA DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Desde este punto de vista se enfatiza la creación de un “Banco de Proyectos”, con la finalidad de recoger buenas o las mejores ideas, para realizar postulaciones a diferentes fuentes financieras existentes a nivel nacional.

MEJORA DE SERVICIOS

Para el año 2018, los avances desde el punto de vista de Mejora de Servicios han estado priorizados en:

- SAR Padre Manuel Villaseca, con la finalidad que funcione totalmente como tal.
- Nuevo mamógrafo para el Centro de Imágenes, con el objetivo de aumentar la cobertura y lograr, a un mediano plazo, atender a toda la población femenina objetivo.
- Planes de Calidad y Seguridad en los Centros de Salud.

VIII. CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED LOCAL

1. CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Corporación cuenta con 8 Centros de Salud de atención primaria para responder a las necesidades de salud de la población beneficiaria, con un total de 345.717 inscritos. A la fecha, todos los Centros de Salud cuentan con Certificación de Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, siendo éste un relevante logro para los centros corporativos, dada la exigencia del instrumento de evaluación. Más aún, el Centro de Salud Dr. Alejandro del Río, no siendo un CESFAM, pero trabajando fuertemente con el Modelo de Atención Integral, por primera vez se presenta a esta evaluación, consiguiendo validarse como un Centro que cuenta con un desarrollo importante en la implementación del modelo.

La Cartera de Servicios del Plan de Salud Familiar se encuentra definida en el Decreto N° 31 de MINSAL del año 2018, donde se establecen las prestaciones que entrega la Atención Primaria por ciclo vital, siendo éstos los siguientes:

I. SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

1. Control de salud del niño sano
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta y consejería de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio
15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales
16. Examen de salud odontológico
17. Educación grupal odontológica
18. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
19. Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías)
20. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia)
21. Radiografías odontológicas

II. SALUD DE ADOLESCENTES

22. Control de salud
23. Consulta morbilidad
24. Control crónico
25. Control prenatal
26. Control de puerperio
27. Control de regulación de fecundidad
28. Consejería en salud sexual y reproductiva
29. Control ginecológico preventivo

30. Educación grupal
31. Consulta morbilidad obstétrica
32. Consulta morbilidad ginecológica
33. Intervención Psicosocial
34. Consulta y/o consejería en salud mental
35. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
36. Atención a domicilio
37. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales
38. Examen de salud odontológico
39. Educación grupal odontológica
40. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
41. Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje)
42. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
43. Radiografías odontológicas

III. SALUD DE LA MUJER

44. Control prenatal
45. Control de puerperio
46. Control de regulación de fecundidad
47. Consejería en salud sexual y reproductiva
48. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años
49. Educación grupal
50. Consulta morbilidad obstétrica
51. Consulta morbilidad ginecológica
52. Consulta nutricional
53. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
54. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre
55. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar
56. Examen de salud odontológico en gestante
57. Educación grupal odontológica en gestante
58. Consulta odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)
59. Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje)
60. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
61. Radiografías odontológicas

IV. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS

62. Consulta de morbilidad
63. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más
64. Consulta nutricional
65. Control de salud
66. Intervención psicosocial.
67. Consulta y/o consejería de salud mental
68. Educación grupal
69. Atención a domicilio
70. Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus
71. Curación de pie diabético
72. Intervención grupal de actividad física
73. Consulta kinésica

74. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)
75. Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario)
76. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
77. Radiografías odontológicas

V. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

78. Consulta de morbilidad
79. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más
80. Consulta nutricional
81. Control de salud
82. Intervención psicosocial
83. Consulta de salud mental
84. Educación grupal
85. Consulta kinésica
86. Vacunación anti influenza
87. Atención a domicilio
88. Programa de alimentación complementaria del adulto mayor
89. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus
90. Curación de pie diabético
91. Consulta odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario)
92. Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario)
93. Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase)
94. Radiografías odontológicas

VI. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

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

40 y más años

103. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente
104. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
105. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos, en programa del adulto mayor.
106. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
107. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria
108. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más
109. Tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*
110. Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada

VII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

111. Educación grupal ambiental
112. Consejería familiar
113. Visita domiciliaria integral
114. Consulta social
115. Tratamiento y curaciones
116. Extensión horaria
117. Intervención familiar psicosocial
118. Diagnóstico y control de la tuberculosis
119. Exámenes de laboratorio básico

2. CENTROS TRANSVERSALES DEL ÁREA DE SALUD

A. LABORATORIO CLÍNICO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO

El Laboratorio perteneciente a la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto comenzó su labor en el Centro de Salud Alejandro del Río, en el año 1989 y, este año se cumplirán 30 años de trabajo ininterrumpido al servicio de los habitantes de nuestra comuna. El profesionalismo, la calidad del servicio y la modernización constantes han sido las características del trabajo del equipo humano y técnico del laboratorio comunal.

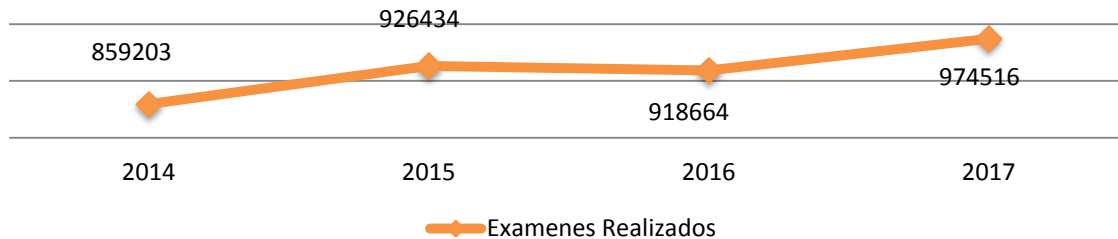
En la actualidad, el laboratorio procesa exámenes de los ocho Centros de Salud corporativos, que durante el 2017 alcanzó casi al millón de exámenes, lo que representa un aumento de 14% en los últimos cuatros años (ver siguiente gráfico).

A groso modo, el trabajo en el laboratorio clínico está dividido en tres grandes secciones:

- I. **Pre-analítica**, representada por las unidades de toma de muestra (UTM) que están en los distintos Centros de Salud corporativos.
- II. **Analítica**, representada por las secciones de bacteriología, serología, hematología y química.

III. **Post – analítica**, representado por el equipo de administrativo del mismo laboratorio que trabajan en la digitación de los resultados y gestión de los valores críticos y de alerta, en conjunto con los encargados de las UTM.

Exámenes Realizados en Laboratorio Comunal 2014 - 2017



Durante el 2018, se inició un fuerte trabajo con las UTM de los Centros de Salud, a través de reuniones semestrales con los encargados de UTM, visita a terreno y contacto directos con redes sociales vigentes, mejorando así la comunicación entre el laboratorio y los Centros de Salud corporativos.

Otros de los temas importantes a considerar en el manejo y procesamientos de exámenes son los rechazos de las muestras, pues durante el 2017, de estos últimos hubo alrededor de 21.000 exámenes por distintas causas como contaminación por flujo vaginal, hemólisis, lipemia o muestra polimicrobiana, entre otras. Durante el 2018 se implementó la centrifugación en las mismas UTM, con lo que la hemólisis de muestra, como causa de rechazo, ha disminuido significativamente.

Sin embargo, la contaminación por flujo vaginal representa un 22% de estos rechazos. Para poder hacer frente a esta situación se planteará para el 2019 un piloto con algunas de las UTM, para la mejor preparación de las muestras y disminuir el porcentaje de rechazo.

PROYECCIÓN 2019

- Fortalecer los procesos pre-analíticos con los distintos Centros de Salud, a través de reuniones semestrales con los encargados de toma de muestra, con el objetivo de revisar estrategias y procesos que vayan en pro de una mejora continua en las atenciones de salud.
- Disminuir los rechazos de exámenes por causas pre-analíticas, más específicamente, disminuir en un 5% los rechazos por contaminación de flujo vaginal.
- Continuar con el proceso de acreditación de calidad, según lineamientos ministeriales.
- Fortalecer las alianzas estratégicas con entidades como INTA, universidades y otros, para estudios clínicos y formación de profesionales y técnicos.
- Realizar alianzas estratégicas con proveedores para capacitaciones, efectuando al menos una en temas de calidad y acreditación, dirigida a los profesionales del laboratorio comunal.
- Efectuar al menos, una jornada de laboratorio clínico dirigida a profesionales de los distintos Centros de Salud, focalizada especialmente en médicos de APS.
- Realización de jornadas con los consejos de usuarios de los distintos Centros de Salud, asociado a un recorrido por las dependencias del laboratorio comunal, con el objetivo de difundir y acercar el

trabajo de la Unidad a la comunidad, además de fomentar el uso racional de los recursos comunales de salud.

B. CENTRO DE IMÁGENES

La cartera de prestaciones disponible para APS incluye la realización de exámenes radiológicos, por lo que desde el año 2007 se cuenta con un Centro Radiológico, más conocido como Centro de Imágenes (CDI), para responder a la necesidad de imágenes diagnósticas de los Centros de Salud corporativos.

CARTERA DE EXÁMENES

En el CDI, se realizan exámenes radiológicos, mamografías y ecotomografías, según se detalla en el siguiente listado:

NOMBRE EXÁMENES CENTRO DE IMÁGENES		
RX TORAX (AP-LAT)	RX COLUMNA CERVICAL (AP-LAT)	RX CADERA DERECHA (AP-OBL)
RX PELVIS LACTANTE	RX COLUMNA DORSAL (AP-LAT)	RX CADERA IZQUIERDA (AP-OBL)
RX PELVIS NIÑO	RX COLUMNA LUMBAR (AP-LAT)	RX HOMBRO (IZQ – DER)
RX PELVIS ADULTO	RX COLUMNA (C-D-L)	MAMOGRAFÍAS
RX RODILLA DERECHA (AP-LAT)	RX CAVUM	ECOTOMOGRFÍA MAMARIA
RX RODILLA IZQUIERDA (AP-LAT)	RX CPN (CAVIDADES PERINASALES)	ECOTOMOGRFIAS OBSTETRICAS

Además, se realiza la mayor parte de las prestaciones definidas como metas, en convenio de Imágenes Diagnósticas vigente con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

Durante el año 2018, se inició la implementación del nuevo sistema informático Ris-Pacs, proyecto ejecutado en conjunto con el mencionado Servicio de Salud, el cual permitió la integración de imágenes, compartir información con otros niveles de atención y comenzar la información de exámenes tomados en otros dispositivos de la red comunal (SAR Padre Manuel Villaseca). Asimismo, se realizó la adquisición de un nuevo Mamógrafo, el cual tiene tecnología digital directa, con lo que se espera ampliar la oferta de mamografías disponible para los grupos priorizados y cumplir las metas en esta área, con exámenes tomados exclusivamente en el Centro de Imágenes.

PROYECCIÓN 2019

- Además de mantener la actual cartera de exámenes, durante el 2019 se proyecta abarcar la totalidad de la meta de mamografía, al contar con dos mamógrafos para el trabajo, en forma simultánea..
- Se evaluará en conjunto con la Dirección del Área de Salud y su equipo técnico la necesidad de contar con cupos para otros exámenes de apoyo diagnóstico, como por ejemplo, la ecotomografía tiroidea.
- Se evaluará en conjunto con el SSMSO, la renovación del mamógrafo más antiguo presente en el Centro de Imágenes, el cual ya cumplió 10 años de funcionamiento y requiere reposición. El propósito es reemplazarlo con dos mamógrafos digitales directos.
- La mayor oferta de exámenes planteada anteriormente, requerirá efectuar la revisión de la infraestructura y su distribución, por lo que durante el 2019 se evaluará la posibilidad de ampliar el área clínica en el primer piso, en la medida que se habilite el segundo, como área administrativa.

C. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL

		Logros 2018	Pendientes 2018	Propuesta 2019
Programación de compra	Licitación de medicamentos	Se ejecuta licitación de medicamentos, en conjunto con Departamento de Abastecimiento. Se incluyen 33 productos con distribución directa a los Centros de Salud, además de 24 productos centralizados	Realizar evaluación del proceso 2018, para identificar aciertos y posibilidades de mejora. Se desarrollará reunión conjunta con Abastecimiento para este fin	Mantener mecanismo de compra para productos acotados (centralizados) Explorar nuevos mecanismos de compra que optimicen el uso de los recursos disponibles (mercado público)
	Intermediación CENABAST	Se amplió cantidad de productos programados de acuerdo a evaluación costo – beneficio: 12 productos en 2017 19 productos en 2018 (se incluye algunos con distribución directa a CEIF)	Realizar reprogramación para ajuste de cantidades programadas a la necesidad actual	Programación de compra ya realizada (abril 2018): 23 productos
Gestión de Procesos Internos de Farmacia			Implementación de piloto proyecto informatización de la dispensación de medicamentos en Farmacia CESFAM Vista Hermosa (VH)	Según resultados de proyecto en VH, se comprometerá implementación en otros Centros de Salud
Descripción de la Unidad	Organigrama	Formalización de la Unidad de Farmacia y bodega de la CMPA Descripción de funciones: <ul style="list-style-type: none"> • QF encargada de bodega • Coordinador de Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia • TENS bodega de salud 	Definir funciones asociadas a los cargos de la Unidad que están pendientes: <ul style="list-style-type: none"> • Jefatura de la Unidad • Coordinador de Abastecimiento 	Formalizar perfil de cargo de los integrantes de la Unidad
Formación y educación	Educación a usuarios	Realización de talleres locales	Formalizar evaluación de los talleres desarrollados	Incluir como actividad a realizar por QFs locales
	Capacitación de QFs	Se mantiene capacitaciones desde el SSMSO, gestionadas a través de coordinador de capacitación	Capacitación POLARIS	Mantener capacitaciones actuales
	Al equipo de salud	Realización de capacitación a equipo cardiovascular, “Farmacoterapéutica de Hipertensión, Diabetes y Dislipidemias” en mayo 2018	Capacitación en higiene de sueño, para equipos psicosociales	Mantener realización de una capacitación semestral a los equipos Incluir la evaluación usuaria de las actividades Desarrollar encuesta

	Logros 2018	Pendientes 2018	Propuesta 2019
Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT)	Comité de Farmacia	<p>Reuniones periódicas comunales</p> <p>Aprobación de arsenal comunal</p> <p>Aprobación de arsenal de SAPU</p> <p>Revisión y aprobación de documento de uso de inyectables, realizado por equipo de QFs.</p>	<p>Conformación de CFT locales en el 50% de los centros</p>
	Comité de Dispositivos médicos	<p>Se asigna subordinación al Comité de Farmacia comunal corporativo</p> <p>Realización de licitación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. insumos de esterilización b. insumos dentales de programas de higiene oral c. insumos de manejo avanzado de heridas <p>Coordinación con los proveedores de capacitaciones para los profesionales pertinentes</p>	<p>Evaluación de dispositivos para incluir variable técnica en la decisión de compra: guantes de nitrilo, sondas Foley, otros.</p> <p>Aprobación de documento de funcionamiento y acceso al Comité</p>
PAF pacientes crónicos cardiovascular (CV)	Reporte a través de REM de actividades realizadas (acceso a información no disponible)		<p>Generar flujo para derivación del equipo CV a QF, comunal, trabajado en conjunto con subdirección técnica</p> <p>Definir tiempos necesarios para resguardar la atención.</p> <p>Promover participación en atención nocturna, sobre temas de uso racional de medicamentos</p> <p>Mantener reuniones de QFs.</p>
Farmacovigilancia	<p>Reuniones bimestrales con encargados locales</p> <p>Desarrollo de presentaciones dirigidas a los equipos: Sala IRA/ERA; Médicos</p>	Desarrollo de boletín de Farmacovigilancia para difusión comunal	<p>Mantener boletín semestral</p> <p>Potenciar difusión para incentivar notificación de los equipos</p>

	Logros 2018	Pendientes 2018	Propuesta 2019
Tecnovigilancia	<p>Aumento en las notificaciones de fallas de calidad.</p> <p>Aumento en las notificaciones de eventos adversos asociados a dispositivos médicos.</p> <p>Desarrollo de reuniones periódicas con encargados locales.</p> <p>La comuna lidera los avances en la implementación de Tecnovigilancia</p>	<p>Se nombra encargada comunal de Tecnovigilancia</p> <p>Se nombran encargados locales de Tecnovigilancia</p> <p>Revisión del arsenal de dispositivos médicos para actualización de códigos</p> <p>Presentación a los equipos locales del procedimiento de notificación y sobre qué temas notificar</p>	<p>Realizar difusión activa de las actividades y logros obtenidos, para motivar participación</p> <p>Solicitar capacitación para referentes locales desde el SSMSO</p>

D. SERVICIO DE AMBULANCIAS Y TRASLADO DE PACIENTES

Dentro de la cartera de prestaciones de APS, se encuentra el traslado de pacientes; para esto, los Centros de Salud corporativos, cuentan con un equipo conformado por 8 ambulancias de urgencia y 3 móviles de traslado ambulatorio, entregando un servicio de transporte de pacientes con funcionamiento 24 horas del día durante todo el año, por lo tanto la gestión de ella es clave para su buen funcionamiento.

El personal para cada ambulancia, está conformado por un Paramédico y un Conductor, el que está contratado a plazo fijo o indefinido y se rota en sistema de turno, manteniéndose estable el equipo, para un mismo Centro.

Cada ambulancia depende del Centro de Salud donde tiene su estación base, sin embargo, la coordinación de estas, sólo es centralizada en su horario hábil.

COMPROMISOS DE GESTIÓN CUMPLIDOS 2018

Los siguientes compromisos respecto al Servicio de Ambulancias fueron cumplidos durante el 2018:

- Contar con ambulancia de día en el sector de Bajos de Mena, ubicándose en el CESFAM Karol Wojtyla como base.
- En conjunto con el Área de Prevención de Riesgos de Salud se logró contar con radios portátiles para comunicación con la Central de Ambulancias, específicamente, Centro de Especialidades Primarias San Lázaro.

PROYECCIÓN 2019

Se presentará proyecto de renovación de flota de ambulancias, considerando 4 móviles al menos, al GORE, tratando de dejar las más antiguas y aquellas con reiterados inconvenientes mecánicos de alto costo dentro de esta solicitud. Esto depende de los lineamientos del GORE y de la disponibilidad de recursos financieros, siendo por ahora sólo una posibilidad de postulación.

En el tema de comunicaciones, se requiere contar con un repetidor que sea de uso exclusivo de la Corporación, para asegurar la comunicación fluida entre receptores. Actualmente, se cuenta con 14 equipos individuales, los cuales podrían ser utilizados de manera más eficiente, ya que la señal que se

lograría con el repetidor sería más estable y sin interferencias, especialmente, en situaciones críticas o de emergencias, en que los medios de comunicación habituales no funcionan. Además, significaría aumentar en 3, los equipos fijos de comunicación disponibles en los Centros de Salud VH, LV y SL, dado que todos los demás ya disponen de este medio.

Se requiere incorporar un funcionario administrativo, para labores de apoyo a la jefatura de la Central de Ambulancias, que estaría en jornada de 22 horas. Sus funciones se desempeñarán en la Central misma. Para facilitar los procedimientos administrativos se requiere instalar una impresora de uso general para todos los computadores.

Se debe presentar el proyecto valorizado al Área de Administración Central de la Corporación, con el objetivo de contar con conexión a un Generador Eléctrico en caso de emergencia por corte de luz. Esta situación se abordó parcialmente el año 2018, por medio de la instalación de una batería que otorga cierta autonomía, pero sólo resuelve el problema de comunicaciones en la comuna.

Los móviles de traslado ambulatorio dependerán administrativamente de la Central de Ambulancia a partir del año 2019, lo cual implica dependencia de los funcionarios que pertenecen a esos móviles. Esta situación será coordinada con las direcciones de los Centros de Salud respectivos. La mayor carga administrativa que significa este cambio en la Central de Ambulancias implica considerar un aumento de horas disponibles para personal administrativo, específicamente aumentar desde 22 a 33 horas semanales, a un funcionario categoría E.

E. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) es un establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria.

Actualmente, sus principales objetivos son aumentar la capacidad resolutive del nivel primario, aumentar la cobertura de la atención del centro de salud, mejorar la accesibilidad a la atención médica, disminuir las consultas de urgencia en el nivel terciario, disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia y disminuir los costos por traslado.

La comuna de Puente Alto cuenta con 5 SAPUs y 1 SAR que están bajo la administración de la Corporación, para cubrir la demanda de su población beneficiaria inscrita, ofreciendo atención continua en horario no hábil.

COMPROMISOS DE GESTIÓN 2018

Durante la ejecución de la campaña de invierno, el año 2018 se procuró contar con refuerzo médico y TENS en forma anticipada al inicio oficial, lo cual estaba en sintonía con la realidad asistencial del momento, permitiendo mejor acceso de la población a consultas de urgencia y disminuyendo tiempos de espera. Asimismo, dado que los recursos disponibles por convenios vigentes con el SSMSO fueron suficientes, se distribuyeron en proyectos nuevos, como adquisición de equipamiento para reponer en ambulancias, Servicios de Urgencia en general y la incorporación de un profesional de enfermería en el SAPU San Gerónimo ésto, en respuesta a la ocurrencia de eventos adversos y centinela reiterativos en este último lugar, con lo cual se intervino al personal de dicho servicio, mejorando procesos y procedimientos, así como velando por la supervisión directa de las actividades. Según los resultados de esta intervención, se podrá evaluar su continuidad y/o repetición en la próxima campaña de invierno en los otros SAPUs, inclusive.

PROYECCIÓN 2019

En el contexto de la Acreditación de Calidad a la que deben someterse todos los Centros de Salud, donde el SAPU corresponde a un punto de verificación de este proceso, se dispondrá de una programación mensual para mantener la supervisión del profesional de Enfermería, dándole seguimiento a los procesos que han sido mejorados, promoviendo las buenas prácticas y donde se podrá aplicar instrumentos de evaluación, para generar registros de la calidad de atención en el SAPU.

Durante las fechas festivas del año, se necesita contar con horas extraordinarias para requerimientos eventuales tales como:

- Marzo: En el Día del Joven Combatiente (29 de marzo), retirar anticipadamente al turno vespertino (20:00 hrs.) requiriendo entonces, refuerzo del turno nocturno con 1 médico y 1 TENS en los 5 SAPUs y SAR comunal.
- Septiembre: 11 de septiembre, retirar anticipadamente al turno vespertino (20:00 hrs.) requiriendo entonces, refuerzo del turno nocturno con 1 médico y 1 TENS en los 5 SAPUs y SAR comunal.
- Fiestas Patrias: Se requiere un refuerzo de 1 médico y 1 TENS de 8 horas para el día 19 y, para el día 20, se necesita refuerzo turno vespertino de 5 horas para 1 médico y 1 TENS.
- Diciembre: 24 y 31 de diciembre, habitualmente se necesita considerar el inicio del turno a partir de las 14:00 hrs., dado que los funcionarios se retiran por permiso especial, el cual es ratificado anualmente. Se necesita armar un turno de 1 médico y 2 TENS para cubrir horario desde las 14:00 hasta las 17:30 hrs., que es cuando se inicia la atención de turno normal; el vespertino se retira a las 22:00 hrs. y se requiere un refuerzo de 1 médico y 1 TENS nocturno para los 5 SAPUs y 1 SAR.
- 25 Diciembre y 01 de Enero: además del turno habitual para festivo, se requiere un refuerzo de 1 médico y 1 TENS para horario desde las 17:00 hrs. hasta las 08:00 hrs. del día siguiente, ésto, porque la demanda podría comportarse como si fuera un domingo y, eventualmente, aumentaría, por tratarse de post festividad.
- Fortuitos: paro de funcionarios públicos, que ocurren habitualmente en los meses de octubre y noviembre. Se evalúa considerar un refuerzo de 1 médico y 1 TENS, en todos los SAPUs/SAR en horario vespertino.

Se espera contar con el SAR CRSH en proceso de inauguración, ya que su construcción se encuentra programada para iniciarla a fines del 2018. Se evaluará impacto de este cambio en la red de SAPU.

Se contará con la figura de Enfermera Jefe de Urgencia, para temas administrativos y de funcionamientos en todos los proyectos SAR, que se concreten en la Corporación.

Se mantiene la postulación al MINSAL para la instalación de nuevos dispositivos SAR, que depende directamente de los lineamientos centrales de este organismo y de los recursos financieros disponibles, proyectándose:

- SAR Padre Manuel Villaseca, en funcionamiento desde el 2016
- SAR Cardenal Raúl Silva Henríquez, 2019
- SAR Alejandro del Río, sin fecha aún.

Respecto a la campaña de invierno, además de los recursos que vienen asegurados desde el SSMSO (convenios para refuerzo SAPU, Kine SAPU y Kine CESFAM), desde el año 2015 se cuenta con el programa de atención Kinesiólogo a Domicilio, el cual busca complementar las prestaciones disponibles durante esta campaña. Además de mantener los ítems asociados al programa, tales como recursos humanos, insumos y medicamentos y móviles, desde el año 2018 mejoró la gestión del recurso móvil desde la Coordinación del Programa.

F. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS SAN LÁZARO

Su propósito es contribuir a la mayor resolutivez de la Atención Primaria de Salud, a través de la disposición de especialidades que entregan prestaciones de salud a los usuarios que se encuentra inscritos en los Centros de Salud corporativos, evitando así derivaciones a niveles superiores de atención. Este CEP San Lázaro entrega prestaciones en distintos ámbitos a través de las siguientes Unidades y/o Programas:

- Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Unidad de Atención Dental
- Unidad de Ginecología
- Unidad de Salud Mental Escolar
- Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR)
- Unidad de Resolutivez

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO)

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), forma parte de una estrategia nacional para fortalecer la resolutivez de la Atención Primaria en la especialidad de Oftalmología. Esta Unidad pretende impactar positivamente en el acceso y pertinencia de las derivaciones a la especialidad de Oftalmología.

El equipo de trabajo de esta Unidad está conformado actualmente por un médico oftalmólogo que realiza 11 horas semanales, 3 tecnólogos médicos que realizan 44 horas cada uno y un técnico paramédico con 44 horas semanales.

El financiamiento de esta Unidad es posible a través de un convenio suscrito entre la Municipalidad de Puente Alto y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con un aporte adicional, incluido en la transferencia municipal.

PROYECCIÓN 2019

La proyección para el 2019 es lograr el cumplimiento de las metas adscritas en los convenios, las cuales han aumentado sostenidamente y han incorporado nuevos grupos etarios, lo cual impone un desafío constante de adaptación y esfuerzo adicional de parte del equipo, por lo mismo, se mantendrá la dotación de 3 jornadas completas para Tecnólogos Médicos lograda el 2018 y se utilizará a tiempo completo, la nueva sucursal UAPO ubicada en el sector oriente de Puente Alto, específicamente en dependencias del SAR del CESFAM Padre Manuel Villaseca, estrategia que permitirá aumentar la cantidad de prestaciones a realizar y mejorar el acceso de los usuarios de esa zona de la comuna.

Se mantendrán las consultorías realizadas por el oftalmólogo y los tecnólogos de San Lázaro a los Centros de Salud, para resolver dudas puntuales de manejo de los pacientes oftalmológicos a nivel APS y al mismo tiempo mejorar pertinencia de derivaciones. Asimismo, se realizará al menos una capacitación

anual a los referentes de cada Centro, respecto de patología oftalmológica frecuente y su manejo en APS.

Cabe destacar que durante el 2018, se inició un trabajo innovador encabezado por el Médico Oftalmólogo sobre un método de campimetría con tecnología online, con lo cual el costo de la implementación de esta prestación disminuyó notablemente, en relación a la antigua. Los resultados de este trabajo serán parte de una investigación formal, por lo que serán de gran importancia para varias instituciones y se espera ver alguna publicación, durante el 2019.

UNIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

El Programa GES Odontológico de APS y el GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años, se realizan de forma exitosa en el Centro de Especialidades, con lo cual se asegura la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años de nuestra comuna. La Unidad Odontológica del CEP San Lázaro posee infraestructura, equipamiento y profesionales especialistas en las áreas de Rehabilitación, Periodoncia, Endodoncia, Implantología y Disfuncionalidad, lo cual permite disponer en APS de un equipo multidisciplinario que garantiza el alta satisfactoria de los pacientes. Asimismo, existe un Programa Odontológico Integral, el cual incluye programas específicos, tales como “Más Sonrisas”, resolutivez de endodoncia, resolutivez de prótesis y el de hombres de escasos recursos, los cuales se evalúan de acuerdo a la cantidad de altas integrales dadas.

PROYECCIÓN 2019

Para el año 2019, se proyecta el cumplimiento de las metas pactadas en los convenios vigentes, manteniendo el nivel de calidad logrado hasta ahora. Dados los buenos resultados obtenidos en una auditoría externa aplicada a finales del 2017, el SSMSO optó por aumentar algunas metas de prestaciones durante el 2018, por lo que de seguir con esta tendencia y dado que la capacidad de producción en el CEP San Lázaro ya se encuentra en su máximo, para el 2019 se proyectará aumentar horas de sillón dental, trasladando parte de los programas a los Centros de Salud. Esto significa el traslado de los especialistas a los Centros de Salud, pero manteniendo centralizado el trabajo del laboratorio dental, para mantener la calidad de los servicios entregados en San Lázaro.

UNIDAD DE GINECOLOGÍA

La Unidad de Ginecología busca aumentar la resolutivez, acceso y oportunidad en patologías de origen ginecológico derivados desde los Centros de Salud corporativos. Esta Unidad optimiza el recurso de matrona ecografista y procura que los casos de mayor complejidad, sean atendidos por médicos especialistas.

La Unidad de Ginecología está conformada por una matrona capacitada en ginecología básica con 44 horas semanales y un médico especialista gineco-obstetra con 11 horas semanales. Asimismo, se cuenta con una alianza estratégica con el Encargado de Ginecología del Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Hospital Sótero del Río, quien asiste a esta Unidad 4 horas semanales para realizar evaluaciones, estableciendo así un policlínico de mayor complejidad, lo que permite realizar una conexión inmediata con el nivel secundario. Dentro de la cartera de prestaciones disponible en esta Unidad destacan las siguientes:

- **Unidad de Atención de Mamas:** como parte de la estrategia de mayor resolutivez se incorporó hace varios años la modalidad de consultoría en patología mamaria. Actualmente, se cuenta con la asistencia de un cirujano especialista desde el CDT, quien realiza atenciones de usuarias presentadas por las Matronas de los centros de salud corporativos, formando entre todos, el Comité de mamas comunal.

- **Consulta de Métodos Naturales:** esta prestación tiene como finalidad evaluar mujeres que no quieren usar métodos anticonceptivos artificiales y, por otro lado, también se orienta y educa a parejas con problemas de fertilidad o que quieran prepararse para un próximo embarazo. Esta prestación es realizada por una Matrona capacitada formalmente en esta temática.
- **Consulta de Uroginecología:** esta prestación se inició durante el año 2018 en esta Unidad. Se realiza una evaluación integral de la paciente con incontinencia urinaria y/o prolapso leve a moderado, contando con tratamiento de pesarios, fármacos y electroestimulación, por lo que se espera contar con mayor información sobre los resultados obtenidos hasta ahora y la necesidad real de derivación a nivel secundario. La atención se realiza los días miércoles por ahora y es ejecutada por 2 Matronas capacitadas en Uroginecología, quienes tienen directa comunicación con los especialistas del Hospital Sótero del Río.
- **Consulta de UNACESS (Unidad de Atención y Control de Salud Sexual):** esta prestación se inició en octubre del 2017, accediendo a ella sólo pacientes femeninas portadoras de condilomatosis. A partir de marzo 2018, se incluyeron pacientes masculinos y la atención y gestión de los casos que son derivados desde los Bancos de Sangre por concepto de reactivos de Sífilis. Lo anterior, se definió así con el objetivo de diversificar las atenciones del proyecto UNACESS local y poder mejorar la atención de estos casos, que habitualmente eran derivados hacia los centros con largos períodos de resolución.

PROYECCIÓN 2019

Se plantean los siguientes desafíos:

- Capacitación permanente de los profesionales que permita una alta competencia técnica.
- Mejorar y mantener canales de comunicación permanentes con todos los Centros de Salud corporativos.
- Entregar atención de calidad, logrando una alta satisfacción de las usuarias.
- Incorporar consultorías y capacitaciones realizadas por el ginecólogo del CEP San Lázaro a los Centros de Salud, para mejorar la atención local de matronas y mejor pertinencia de derivaciones, tanto a dicho Centro, como al nivel secundario.
- Mantener las consultorías de patología mamaria.

SALUD MENTAL ESCOLAR

La Unidad de Salud Mental Infanto – Adolescente surge para responder a la necesidad de atención en salud mental de los niños y adolescentes entre 5 y 19 años, pertenecientes a los establecimientos educacionales municipalizados.

La Unidad cuenta con un equipo de profesionales del área de la Salud Mental, conformado por un psiquiatra infantojuvenil, médicos capacitados en salud mental, psicólogos, terapeuta ocupacional y trabajadora social, que favorece el abordaje clínico de sus usuarios, con un enfoque multidisciplinario.

Se trabaja en directa coordinación con los Centros Educativos municipalizados de la comuna, a través de la UDE, Bienestar Escolar o psicólogos de los colegios. Desde el año 2018, se intencionó la coordinación con el Centro de Intervención Familiar (CEIF) y un dispositivo de especialidad en salud

mental, desde donde se derivan los casos clínicos, para realizar intervenciones según su cartera de prestaciones.

Las intervenciones que contempla esta Unidad se financian mediante transferencia municipal y las canastas correspondientes a prestaciones de especialidad según convenios vigentes del COSAM-CEIF.

PROYECCIÓN 2019

Durante el 2019, se espera mantener el trabajo realizado con la red comunal, poniendo énfasis en la coordinación con los Centros de Salud y el COSAM-CEIF. También se establecerá la mantención del trabajo de apoyo y orientación en conjunto con los colegios, así como capacitar a los profesores y personal paradocente, para lograr un mejor manejo de los niños, niñas y adolescentes con problemas de rendimiento y/o conducta en su entorno escolar. Se espera seguir promoviendo desde el Área de Educación, la salud mental de los niños/as adolescentes y sus familias, para lo cual se mantendrán en ejecución talleres para padres, en donde no solo se abordan temas en relación a patologías de salud mental, terapia farmacológica y psicoeducación, sino que también habilidades parentales necesarias para apoyar el trabajo realizado por el equipo. Asimismo, mantener el énfasis en las terapias grupales, en donde niños que comparten un diagnóstico común, trabajen mediante juegos, teatro, títeres y manualidades, el desarrollo de habilidades que le permitan una mejor interacción con sus entornos escolar y familiar. Durante el 2019, se espera evidenciar los logros obtenidos con esta modalidad de atención. Se gestionarán nuevas fuentes de financiamiento que permitan dar continuidad a las prestaciones otorgadas en esta Unidad a través de convenios con el SSMSO y ampliando la cartera de prestaciones atendiendo también, a adolescentes con adicciones.

CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR)

El CCR San Lázaro, que trabaja la estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC), orientada hacia el modelo social de la discapacidad, apunta sus objetivos, a lograr la activa participación de las personas en situación de discapacidad (PsD), sus familias, cuidadores y organizaciones de y para PsD, en los procesos de rehabilitación e inclusión, a través de una atención oportuna y de calidad.

A partir de la necesidad de otorgar a las personas oportunidades de acción comunitaria, autonomía e inclusión social efectiva, se ha logrado dar continuidad a diversas estrategias, tales como el Taller de “Huerto Comunitario” en la formación de monitores. También se ha potenciado el deporte adaptado con fines terapéuticos y recreativos a través de los talleres de boccias y taichi.

Durante el 2018, se inauguró la biblioteca comunitaria en el CEP San Lázaro, iniciativa que surge por la necesidad de favorecer un espacio socio cultural y de esparcimiento a través de la lectura. Por otra parte y con el objetivo de empoderar a la comunidad corporativa bajo el enfoque de derechos, se está apoyando la conformación de una Organización de PsD, cuidadores, familiares y amigos.

Este año se llevó a cabo con éxito “El 4° Encuentro Comunal de Rehabilitación e Inclusión” organizada por la Red de Inclusión de Puente Alto, que lideran los CCRs. Además, se tiene el gran desafío de realizar el Encuentro de Rehabilitación del SSMSO. Producto del trabajo en red e intersectorial, se han logrado establecer capacitación a monitoras y flujos de derivación con el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital Sótero del Río, del municipio y el Programa de Postrados. Además de establecer nexos formales con la Oficina de Intermediación Laboral (OMIL).

El CCR San Lázaro ha desarrollado un trabajo orientado a mejorar la calidad de sus prestaciones, especialmente en el ámbito de la seguridad, logrando instaurar la aplicación de una pausa de seguridad y de riesgo de caída. Con la incorporación en el equipo de una Técnico Superior en Enfermería (TENS), se ha logrado establecer un protocolo de toma de signos vitales, derivaciones a médico y seguimiento de

las personas descompensadas. Por otra parte, se está ejecutando un “Programa de Prescripción del Ejercicio en Pacientes Diabéticos”.

PROYECCIÓN 2019

Para el 2019, se proyecta continuar potenciando junto a los usuarios, familiares y comunidad en general, el desarrollo de estrategias inclusivas ya instaladas, como es el caso de la Biblioteca, la Organización de PsD, deporte inclusivo, entre otras.

Fortalecer aún más el trabajo intersectorial a través de la Red de Inclusión, como también el trabajo intrasectorial, a través de instancias de apoyo técnico al resto de profesionales de Salud, con respecto a las políticas públicas vigentes en nuestro país, relacionadas a discapacidad. Por último, programar y ejecutar un diagnóstico participativo.

UNIDAD DE PRESTACIONES DE RESOLUTIVIDAD

Esta Unidad busca dar énfasis a otorgar atención a pacientes que se encuentran en lista de espera en la especialidad de Dermatología y Otorrinolaringología. Además, considera la especialidad de Medicina Interna, donde se evalúan pacientes de los Centros de Salud que presentan alguna descompensación de sus patologías de base, especialmente cardiovascular. Las prestaciones incluidas han sido abordadas de la siguiente forma:

- **Prestaciones de mayor resolutivez en Patologías Cardiovasculares:** se cuenta con 11 horas de médico especialista en Medicina Interna que, mediante derivación directa de los Centros de Salud corporativos, brinda prestaciones a pacientes principalmente con patología cardiovascular, específicamente diabetes e hipertensión descompensadas o de difícil manejo, inicio de insulino terapia con esquema simple y doble, también pacientes con enfermedad renal en etapas 3 y 4, todo con un enfoque integral, logrando hasta el momento buenos resultados, en cuanto a compensaciones de los pacientes.
- **Teledermatología:** se cuenta con 44 horas de médico general capacitado en temas dermatológicos, quien evalúa a los pacientes derivados desde los Centros de Salud corporativos y determina si la patología es posible de tratar y resolver localmente o, es necesaria la opinión del especialista. En este último caso, se toma una fotografía, con consentimiento informado y se envía por vía web al especialista, quien deberá dar una contrarreferencia con las indicaciones o citar directamente para evaluación en nivel secundario. Este programa se lleva a cabo en conjunto con la Unidad de Dermatología del Hospital Sotero del Río, quien además de la participación de los especialistas, entrega medicamentos específicos para el tratamiento de las patologías dermatológicas más frecuentes y que no se encuentran incluidos en el arsenal farmacológico de la APS.
- **Atenciones de Otorrinolaringólogo:** durante el año 2018, se continuó con la atención de este especialista en el CEP San Lázaro, a través de compra de servicio con financiamiento por convenio. Se realizaron consultas, principalmente de patologías crónicas otorrinolaringológicas como otitis media crónica, hipoacusia en menores de 64 años y vértigo. También, se realizan exámenes como impedanciometría, audiometría y octavo par, indicándose y entregando audífonos a todos los pacientes que lo requieren.

PROYECCIÓN 2019

Para el 2019, se espera proseguir con las actividades descritas en Medicina Interna y Teledermatología.

En el Área de Otorrinolaringología se evaluará la instalación de una UAPORRINO, para así transitar de la compra de servicios a la instalación de la especialidad, como parte del Centro de Especialidades San Lázaro.

Otro desafío importante es el mantenimiento de la capacitación continua a los equipos de los Centros de Salud corporativos, así como las consultorías.

G. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COSAM – CEIF (CENTRO Y NORTE)

COSAM CEIF es un equipo de especialidad en salud mental que se distribuye en dos centros, COSAM-CEIF Centro y COSAM-CEIF Norte. Ambos Centros son administrados por el Área de Salud de la Corporación y se financian por convenios con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

COSAM-CEIF Centro y COSAM-CEIF Norte reciben, vía interconsulta, casos de usuarios de la red de Atención Primaria con problemas de complejidad importante en el ámbito de la salud mental, con el objeto de brindarles atención ambulatoria tanto de psiquiatría, como de diversos ámbitos psicosociales.

Además, se reciben solicitudes de los Tribunales de Familia, principalmente de Puente Alto, siendo cerca del 20% de la población bajo control ingresos por vía judicial. Esto incluye a niños en situación de vulneración y/o sus padres.

CUMPLIMIENTO DE PROYECCIONES 2018

Durante el año 2017, se proyectaron la realización de consultorías en, al menos, cinco Centros de Atención Primaria corporativos con el objeto de mejorar la pertinencia de las referencias desde la red sanitaria. Este objetivo se cumplió y se mejoró en cerca de un 70%, la pertinencia de derivaciones. Además, se reincorporaron los CESFAM San Gerónimo y CESFAM Vista Hermosa como derivadores, luego de haberlos sido del CRS Cordillera.

PROYECCIÓN 2019

En primer lugar, se programa la mantención de la cobertura, sosteniendo los ingresos desde los CESFAM Laurita Vicuña, CESFAM San Gerónimo, CESFAM Bernardo Leighton, CESFAM Padre Manuel Villaseca y CESFAM Vista Hermosa, además de continuar con las consultorías de especialidad, en los mencionados Centros de Salud.

Se proyecta ampliar las consultorías a los CESFAM Karol Wojtyla y CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, dado que el perfil de los usuarios de esos Centros de Salud, se benefician más de la asesoría de un equipo con experiencia en problemas de naturaleza preponderantemente psicosocial, que psiquiátrica.

Se realizarán al menos dos capacitaciones a la red de Atención Primaria, en el uso de benzodicepinas y en manejo de casos con diagnóstico de trastorno de personalidad, siendo el objetivo de estas instancias, mejorar la resolutivez de Atención Primaria y evitar la sobre medicación de los usuarios.

PROYECCIONES MEDIANO PLAZO

Para el período 2019 – 2020 se proyecta la incorporación de un nuevo centro, COSAM-CEIF Bajos de Mena. Esto, dado que el perfil de usuarios derivados a la red de especialidad, no corresponde a las características que solicita CRS o CDT, siendo importante dar respuesta a los problemas de mediana a

alta complejidad que supera la capacidad de Atención Primaria y que requieren de estrategias de especialidad, desde el componente psicosocial.

La proyección se describe en el mediano plazo, dado que se requiere inversión en infraestructura que no es viable, para el 2019. Sin embargo, tanto el equipo directivo de COSAM-CEIF como el Área de Salud de la Corporación Municipal, trabajarán en la gestión de recursos, desde distintas vías con el objeto de concretar este proyecto.

3. OTROS SERVICIOS

A. RED DE REHABILITACIÓN COMUNAL

Desde el año 2008, el Área de Salud de la CMPA ha implementado una estrategia para la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Ésta considera el uso de salas de rehabilitación vinculadas a la atención primaria y con un fuerte énfasis en el componente de trabajo comunitario e intersectorial, con el objetivo de facilitar la inclusión social.

En la actualidad, el Área de Salud cuenta con tres Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR):

- CCR Dr. Alejandro del Río: incorporado al Centro de Salud del mismo nombre, que atiende su propia demanda.
- CCR Vista Hermosa: ubicado en el sector del mismo nombre, permitiendo atender las necesidades de los usuarios inscritos en ese CESFAM.
- CCR San Lázaro: ubicado en el Centro de Especialidades Primarias, que atiende a los usuarios derivados de los restantes Centros de Salud.

Las salas de rehabilitación, también denominadas como Centros Comunitarios de Rehabilitación, tienen un listado definido y acotado de prestaciones y un equipo de profesionales del área de rehabilitación, acorde a las necesidades de los servicios que entrega.

Del mismo modo y paralelamente, la Municipalidad de Puente Alto, comenzó en el año 2009, a implementar en forma gradual Centros Comunales de Rehabilitación, con el propósito de aumentar la cobertura de distintos sectores de la comuna, logrando la puesta en marcha de cuatro CCR, los que también atienden a usuarios de los centros de salud corporativos.

Todos estos CCR, corporativos y municipales, focalizan sus esfuerzos en absorber la demanda comunal para la rehabilitación física, con atenciones de calidad y oportunidad.

En el año 2018, se ha puesto en marcha la red de rehabilitación física comunal, integrando, coordinando y fortaleciendo los vínculos entre los distintos actores de la rehabilitación en la comuna, complementado los esfuerzos tanto corporativos como municipales.

La implementación de esta red ha entregado, entre otros logros, los siguientes resultados:

- Favorecer la oportunidad de atención y la disminución de la lista de espera de los distintos CCR de la comuna.
- Mejorar el seguimiento y la continuidad de atención de todos los usuarios, a través del sistema informático, mediante la referencia y contrarreferencia desde los Centros de Salud corporativos a los CCR municipales.
- Optimizar las atenciones y los recursos designados a rehabilitación.

- Actualizar los criterios de derivación entre los distintos centros de APS y el nivel secundario (CDT Juan Pefaur y CRS Hospital Provincia Cordillera).
- Ampliar la oferta de hábitos de vida sana, prevención y rehabilitación.

Esta red también tiene un importante énfasis territorial, buscando acercar la rehabilitación a los todos sectores de la comuna. Es así como en el año 2017, se implementó un nuevo CCR en el sector de Vista Hermosa, así acercando el acceso a rehabilitación al sector de Las Vizcachas, Casas Viejas y Vista Hermosa. En el año 2018, se ha estado desarrollando un proyecto de un nuevo CCR para el sector de Bajos de Mena, con el objetivo de otorgar cobertura a la población inscrita en los CESFAM Karol Wojtyla y CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez.

PROYECCIÓN 2019

- Mantener y optimizar el trabajo en red entre los 7 Centros de Rehabilitación que están operativos en la comuna, con la finalidad de disminuir las listas de espera y la latencia de la atención.
- Integración a la red de alguno de los distintos programas de la piscina temperada municipal y zooterapia, logrando de esta manera una rehabilitación más integral, aparte de ofrecer distintos métodos de rehabilitación para los múltiples y distintos requerimientos de los puentealtinos.

B. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)

El Centro de Integración María Isabel (CIMI) es un centro diurno que atiende a personas entre 26 y 59 años en situación de discapacidad neurológica de moderada a severa, de carácter permanente que requieren de supervisión o acompañamiento continuo. Su horario de funcionamiento es de lunes a jueves de 08:30 a 17:00 hrs. y los viernes de 8:30 a 16:00 hrs. Éste es el único centro a nivel nacional con estas características: es 100% gratuito y funciona con recursos municipales.

El CIMI inició su funcionamiento en septiembre de 2016, con el objetivo de proporcionar un espacio adecuado que permita: el desarrollo de habilidades sociales, culturales, deportivas y laborales a los usuarios inscritos, generando espacios que promuevan la participación en sociedad, además de proporcionar a las madres o cuidador principal un espacio para el desarrollo personal.

ACTIVIDADES

Las actividades en el Centro se distribuyen en talleres de una hora de duración cada uno, a cargo de una dupla de profesionales que abordan diversas áreas entre otras: actividades físicas, actividades de la vida diaria, manualidades, estimulación cognitiva, juegos de salón, huerto orgánico, deporte adaptado, arte, cultura, apresto laboral, salidas integrales a la ciudad, etc., considerando los intereses y necesidades de los usuarios de cada grupo.

El Centro dispone de dos móviles para el traslado de los usuarios que lo necesiten. Uno de los móviles es adaptado, ya que cuenta con rampa hidráulica que facilita el acceso para personas con movilidad reducida que ocupen silla de rueda u otra ayuda técnica. Ambos móviles recorren toda la comuna para facilitar el traslado de los usuarios y también resguardar la situación económica de los usuarios y su familia.

EQUIPO

El equipo está conformado por 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 kinesiólogo, 1 fonoaudiólogo, 3 TEPAR (TENS en rehabilitación), 2 asistentes de cuidado personal, 1 auxiliar de servicio, 1 administrativo y 2 conductores, todos con jornada laboral completa.

USUARIOS

Actualmente hay 62 usuarios inscritos que asisten de manera regular, según su plan individual de atención y se cuenta con una lista de espera de 8 personas, para su evaluación.

PROYECCIÓN 2019

- Mantener la cobertura actual.
- Mejorar el acceso de los baños inclusivos y sus implementaciones.
- Sistematizar el modelo de atención integral, tanto lo colectivo como lo individual.
- Fortalecer el trabajo colaborativo con la agrupación familiar "Agrupacimi".

C. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (UGI)

Toda la cartera de servicios que desarrolla el Área de Salud se encuentra sustentada, desde el punto de vista tecnológico, por la Unidad de Gestión de la Información. Esta Unidad se encuentra a cargo de los procesos de información y desarrollo tecnológico de la APS corporativa. Como parte de sus funciones específicas, se encuentra informar REM al SSMSO, procesar información para la gestión de salud, abrir canales de comunicación digital entre los distintos prestadores de la red, administrar y liderar proyectos tecnológicos que faciliten la gestión clínica.

PRINCIPALES DESAFÍOS

FICHA CLÍNICA ELECTRÓNICA

En este ámbito, se requiere evolucionar a un sistema de Ficha Clínica electrónica que sea capaz de sustentar las necesidades de registro e información de los profesionales de salud, así como cumplir con los estándares necesarios para interconectarse con otros sistemas, propendiendo a un trabajo de red basado en una historia clínica compartida y disponible.

De igual manera es necesario que el registro de información clínica se realice más allá de la delimitación del CESFAM o del servicio de urgencias, permitiendo a los equipos territoriales registrar en tiempo real las atenciones realizadas en visitas domiciliarias y operativos en terreno, entre otros.

Por estas razones, la necesidad de evaluar la evolución de la actual Ficha Clínica Electrónica a una arquitectura WEB es imperativa, considerando como factor crítico la alta disponibilidad del software, flexibilidad de integración, portabilidad, confiabilidad y registro electrónico único (integración OMI-SAPU).

PROYECTO CONTACT CENTER

Basado en el excelente desempeño obtenido a través de la confirmación de horas para pacientes cardiovasculares, se ve la necesidad de ampliar este servicio a otros programas que poseen un porcentaje de inasistencia elevado, como lo son las atenciones dentales y de salud mental.

En esta línea también es necesario plantear la solicitud de horas a través de este mismo medio, permitiendo llamadas entrantes que permitan interactuar con las necesidades de la población beneficiaria del Sistema de Salud Primario en Puente Alto.

MODELOS DE INFORMACIÓN MÁS EFICIENTES

Con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de información de la APS y en lineamiento con lo requerido por la red de prestadores de Salud Pública, se requiere evolucionar a modelos de información que permitan soportar la gestión interna, estadística y explotación de datos de manera oportuna y disponible, basados en un alto estándar de confiabilidad y que consideren temas como procesos sanitarios territoriales, costos vinculados y dotaciones a cargo de la entrega de prestaciones de salud.

Esto obliga a iniciar un trabajo colaborativo que fomente nuevas fuentes de financiamiento y que apunten al desarrollo tecnológico necesario para esta iniciativa.

Sin duda, la evolución de la Unidad y sus servicios en Salud posee un perfilamiento claro hacia el control de gestión en donde, adicionalmente a la generación de información requerida por la operación clínica y toma de decisión, se perfile a un análisis basado en métricas e indicadores que den cuenta sobre las acciones e iniciativas ejecutadas en Salud.

PROYECTOS COLABORATIVOS

PROYECTO IMAGENOLOGÍA

Este proyecto ha permitido a la comuna de Puente Alto ser la Primera Atención Primaria de Salud en estar integrada 100% con el sistema Hospitalario de la Red de Salud Metropolitana Sur Oriente.

De esta forma, todos los exámenes imagenológicos realizados en los centros de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, se comparten en tiempo real a los Hospitales de la red, quedando disponible directamente en los box de atención de los profesionales de Salud. Mejorando el acceso desde 32 mil estudios a más de 800 mil estudios radiológicos al año, lo que permite eficientar los tiempos de respuesta y se evita un exceso de irradiación a los usuarios de salud de Puente Alto.

AGENDAMIENTO EN LÍNEA HOSPITAL DIGITAL

Basado en trabajo colaborativo y búsqueda de socios estratégicos, hoy el Área de Salud de la Corporación se encuentra desarrollando proyectos que ponen como eje central al usuario, por esta razón se está trabajando en conjunto con MINSAL en la Agenda en Línea, que permitirá a nuestros usuarios gradualmente, no tener que asistir de manera presencial al Centro de Salud a solicitar una hora de atención, impactando así directamente su calidad de vida.

IX. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA

La Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida propuesta por el Ministerio de Salud permite programar acciones de salud integrales para la población, que se reflejen en prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural, considerando la mirada de curso de vida.

Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país, entendiendo cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones, para producir resultados en Salud.

Bajo el enfoque de Curso de Vida, el nivel de atención corporativa se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo, potenciando la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud y así, generar condiciones de seguridad en salud durante toda su existencia.

A continuación se presentan los énfasis del Plan de Cuidados de Salud a los Largo de la Vida 2019 del Área de Salud de la Corporación.

1. SALUD EN LA INFANCIA

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL: Cobertura de talleres de prevención y promoción del desarrollo infantil	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cobertura de talleres de prevención y promoción del desarrollo infantil en un 20%, con respecto al año anterior. Fomentar factores protectores del desarrollo infantil; a su vez, detectar y evitar los factores de riesgo de exposición en el primer año de vida, para prevenir y disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil 	<p>Se favorecerá la participación de los padres, madres y/o cuidadores de menores de 1 año en la estimulación del desarrollo motor y del lenguaje, vistos como los principales agentes de cambio, con el fin de promover el DSM y la prevención de sus alteraciones. Derivados desde los controles de salud integral principalmente desde el control de los 2 meses y la verificación en el control de los 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> Taller de promoción del desarrollo Motor Edad: 3 meses Taller de promoción del desarrollo Lenguaje Edad: 6 meses <p>Bases: "Manual talleres de promoción temprana del desarrollo motor y lenguaje en el primer año de vida" del MINSAL 2015</p>	<p>Educadoras de párvulos, kinesiólogos(as), fonoaudiólogos, técnicos en educación, enfermera(o), matron(a), TENS</p>
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL: Cobertura de aplicación del EEDP en niños y niñas de 8 meses bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 100% en la aplicación del test de evaluación del DSM a niños y niñas de 8 meses en control integral de salud Detectar oportunamente el rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años, en el contexto del control de salud del niño/a sano. 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del control sano de los 8 meses con la realización del Test (EEDP) por parte de la enfermera, donde se evalúa el desarrollo motor, coordinación, desarrollo social y lenguaje Organizar un flujo de derivación desde la enfermera a la sala de estimulación de todo niño o niña con factores de riesgo o diagnóstico rezago, riesgo o retraso del DSM y de derivación a medicina general o familiar, de todo niño o niña con diagnóstico de retraso 	<p>Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL. Test: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor EEDP</p>	<p>Enfermera(o)</p>
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL: Cobertura de aplicación de la PAUTA BREVE en niños y niñas de 12 meses bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 90% en la aplicación del test de evaluación del DSM a niños y niñas de 12 meses en control integral de salud. Detectar oportunamente el rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años, en el contexto del control de salud del niño/a sano 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del control sano de los 12 meses con la realización de la pauta breve DSM por parte de la enfermera, donde se evalúa las áreas motoras, lenguaje, social y la coordinación. Organizar un flujo de derivación desde la enfermera a la sala de estimulación de niños y niñas con factores de riesgo o alteraciones del DSM 	<p>Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL. Test: Pauta breve de DSM Chile Crece contigo</p>	<p>Enfermera(o)</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Alteraciones en el desarrollo infantil: Cobertura de aplicación del EEDP en niños y niñas de 18 meses bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 90%, en la aplicación del test de evaluación del DSM a niños y niñas de 18 meses, en control integral de salud Detectar oportunamente el rezago y déficit del desarrollo, en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del control sano de los 18 meses con la realización del Test (EEDP) por parte de la enfermera, donde se evalúa el desarrollo motor, coordinación, desarrollo social y lenguaje <ul style="list-style-type: none"> Organizar un flujo de derivación desde la enfermera a la sala de estimulación de todo niño o niña con factores de riesgo o diagnóstico rezago, riesgo o retraso del DSM y de derivación a medicina general o familiar, de todo niño o niña con diagnóstico de retraso 	<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL. Test: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor EEDP</p>	Enfermera(o)
Alteraciones en el desarrollo infantil: Cobertura de aplicación de la pauta breve en niños y niñas de 24 meses bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 50%, en la aplicación del test de evaluación del DSM a niños y niñas de 24 meses en control integral de salud. Detectar oportunamente el rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años, en el contexto del control de salud del niño/a sano 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del control sano de los 24 meses con la realización de la pauta breve DSM por parte de la enfermera, donde se evalúa las áreas motoras, lenguaje, social y la coordinación <ul style="list-style-type: none"> Organizar un flujo de derivación desde la enfermera a la sala de estimulación de niños y niñas con factores de riesgo o alteraciones del DSM 	<p>Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL. Test: Pauta breve de DSM Chile Crece contigo</p>	Enfermera(o)
Alteraciones en el desarrollo infantil: Cobertura de aplicación del TEPSI en niños y niñas de 36 meses bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 90%, en la aplicación del test de evaluación del DSM a niños y niñas de 36 meses en control integral de salud. Detectar oportunamente el rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años, en el contexto del control de salud del niño/a sano 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del control sano de los 36 meses, con la realización del Test (TEPSI) por parte de la enfermera donde se evalúa las áreas: la coordinación, el Lenguaje y la motricidad <ul style="list-style-type: none"> Organizar un flujo de derivación desde la enfermera a la sala de estimulación de niños o niñas con factores de riesgo o diagnóstico rezago, riesgo o retraso del DSM, y de derivación a medicina general o familiar, de todo niño o niña con diagnóstico de retraso 	<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación)</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL. Test de desarrollo psicomotor TEPSI</p>	Enfermera(o)

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
<p>Alteraciones en el desarrollo infantil: Cobertura de VDI en niños y niñas con déficit del DSM</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 100% de realización de visita domiciliaria integral a familias con niños y niñas con déficit del DSM Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con el seguimiento del DSM en la página de reportes UGI, para garantizar el rescate, intervención y VDI de los niños con déficit del DSM Planificar y coordinar la VDI de manera individual o en reunión clínica, según sea cada caso 	<p>Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo</p>	<p>Educadoras de párvulos, enfermera(o)</p>
<p>Alteraciones en el desarrollo infantil: Recuperación de niños y niñas con déficit del DSM</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lograr un 90% recuperación de niños y niñas con alteraciones del DSM Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con el seguimiento del DSM en la página de reportes UGI, para garantizar el rescate y establecer un proceso de intervención según las orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil Realizar gestión de agenda para la realización oportuna de la reevaluación 	<p>Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor posterior al plan de intervención Bases: Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil</p>	<p>Enfermera(o)</p>
<p>Alteraciones en el desarrollo infantil: Detección precoz de trastornos neurosensoriales en lactantes de 1 mes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 100% en la aplicación del protocolo neurosensorial en el control integral de salud 1 mes Detectar alteraciones al examen físico y neurológico que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el uso adecuado y completo de los protocolo OMI ..PA NIÑO CHILE CRECE CONTIGO (tercer pestaña), recordar usar el check para validar el puntaje cero, revisar la pauta Derivar a Neurólogo o pediatra si el puntaje es igual o mayor a 4 o ante la presencia de micro o macrocefalia 	<p>Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL</p>	<p>Médico</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Alteraciones en el desarrollo infantil: Cobertura de toma de radiografía de caderas a niños y niñas de 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar y derivar de manera precoz la displasia de caderas • Lograr una cobertura del 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un seguimiento de los niños y niñas de 2 meses bajo control, con el fin de realizar el agendamiento, rescate y seguimiento para la toma de la radiografía de caderas a los 3 meses • Realización de la toma de Radiografía a los 3 meses, con reporte por radiólogo con un plazo de 1 semana • Gestionar hora para control de salud con médico del tercer mes, una vez realizada 	<p>Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses</p> <p>Bases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Clínica displasia luxante de cadera: diagnóstico y tratamiento precoz. MINSAL, 2010. • Guía de Práctica Clínica Displasia Luxante de Caderas 2017 	Toma: Técnico en radiología, Lectura: MD. Radiólogo(a)
Alteraciones en el desarrollo infantil: Evaluación de agudeza visual a niños y niñas de 48 a 71 meses en control integral de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una cobertura del 90% en la evaluación de la agudeza visual • Pesquisar y derivar de manera precoz las alteraciones oftalmológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el examen oftalmológico de los niños y niñas de 4 y 5 años. Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. La medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo (Test de Hirschberg. En caso que exista duda de estrabismo, realizar Test de Cover. Observar si hay secreción ocular o epifora.) o defectos de la agudeza visual (Desde los 4 y 5 años evaluar agudeza visual con tablero Tumbling-E y desde los 6 años evaluar la agudeza visual con el tablero Snellen) 	<p>Controles de Salud Infantil de los 4 y 5 años con realización del examen oftalmológico</p> <p>Bases: “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS” vigente MINSAL</p>	Enfermera(o), Médico(a)
Alteraciones en el desarrollo infantil: Evaluación de presión arterial en niños y niñas de 36 a 71 meses en control integral de salud	<p>Pesquisar y derivar de manera precoz, las alteraciones de la presión arterial desde los 3 años. Establecer una línea de base</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre la toma correcta. • Mantenimiento de los aparatos de presión presentes en los Centros de Salud 	<p>Controles de Salud Infantil de los 3, 4 y 5 años con medición de la presión arterial</p> <p>Bases: “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS” vigente MINSAL</p>	Enfermera(o), Médico(a), TENS

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
<p>Disminuir la malnutrición infantil: Cobertura de lactancia materna a los 6 meses de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con el aumento progresivo de la cobertura lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes de vida como factor protector para disminución de la morbimortalidad infantil y la salud a largo de la vida Disminuir a lo menos un 15% de la brecha, hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60% 	<ul style="list-style-type: none"> Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y orientar sobre el destete respetuoso Evaluar y reforzar la técnica de lactancia, en su extracción y su conservación en cada control de salud estableciendo un flujo para la orientación antes las dificultades o dudas, mitos de la madre y familia mediante el acompañamiento, Control de Salud y las clínicas de lactancia <ul style="list-style-type: none"> Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines y uso de cojín de lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> Educación desde el control y taller en el periodo prenatal con el fin de fomentar su inicio precoz en el nacimiento <ul style="list-style-type: none"> Control de salud integral <ul style="list-style-type: none"> Clínicas de lactancia Realizar promoción mediante ferias de salud y educación en centros de salud y salas de espera. Fomentar la actualización y capacitación del personal de salud y usuarios 	<p>Matrón (a), Médico(a), Enfermero(a) y TENS</p>
<p>Disminuir la malnutrición infantil: Cobertura de consulta nutricional del 5° mes de vida mes de vida</p>	<p>Lograr una cobertura del 80% de PBC 5 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento de la población bajo control de 5 meses con el fin de realizar el rescate y agendamiento Fomentar la lactancia materna exclusiva e Indicar la alimentación complementaria no láctea, dar educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes <ul style="list-style-type: none"> Promover hábitos de alimentación saludable y actividad física diaria Prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos con la promoción de hábitos de higiene y manipulación de alimentos en el hogar. Anticipar a la familia en relación a la reacción normal de los niños frente a los alimentos 	<p>Consulta nutricional al 5º mes de vida, según guía de alimentación y/o normativas vigentes</p>	<p>Nutricionista</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la malnutrición infantil: Cobertura de consulta nutricional de los 3 años 6 meses de vida	Lograr una cobertura del 50% de PBC entre 42 y 47 meses	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento de la población bajo control de 3 años con el fin de realizar el rescate y coordinar el agendamiento Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña Fomentar hábitos alimentarios y de actividad física saludable <ul style="list-style-type: none"> Evaluar hábitos de salud bucal Evaluar el riesgo de malnutrición por exceso Realizar acciones preventivas familiares e individuales según corresponda 	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, según guía de alimentación y/o normativas vigentes	Nutricionista
Disminuir la malnutrición infantil: cobertura de la aplicación de la pauta de riesgo de malnutrición por exceso	Lograr una cobertura del 60% de niños/as eutróficos bajo control	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la revisión de protocolos de la ficha clínica, con el fin de realizar el diagnóstico de la disponibilidad de la pauta, al igual que el diagnóstico nutricional integral actualizado Realizar el seguimiento de la aplicación de la pauta en los controles correspondientes. <ul style="list-style-type: none"> Capacitar sobre el impacto de la aplicación y adecuada interpretación de la pauta Fomentar la educación y hábitos saludables 	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	Matrón(a), Médico(a), Enfermero(a)
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y aumentar las personas que realizan actividad física (Vida Sana)	Disminuir el porcentaje de población inscrita con diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad y aumentar porcentaje de población que realiza actividad física	Implementar estrategias que apunten a reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad y que aumenten las personas que realizan actividad física, como medio preventivo de enfermedades cardiovasculares principalmente, pero no olvidando el beneficio integral que esto puede traer al usuario	<ul style="list-style-type: none"> Alianza intersectorial para promover un estilo de vida saludable, con educación, por ejemplo Desarrollo del programa Vida Sana en todos los centros corporativos 	Profesional de actividad física, nutricionista, psicólogo, médico

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
<p>Adherencia y cobertura al control de salud integral: cobertura del control de niños y niñas de 1 mes por médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar de manera precoz la aparición de banderas rojas con el fin de realizar derivaciones oportunas y prevenir complicaciones • Lograr una cobertura del 100% • Conocer a la población bajo control migrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro adecuado en el cuaderno de salud de niñas y niños de 0 a 9 años de la próxima citación desde la diada • Realizar la gestión de agendas con el fin de garantizar la hora de control médico 1 mes de manera ideal entre los 28 días - 1 mes 5 días, tardía del 1 mes 6 días - 1 mes 20 días o fuera de plazo con el fin de que todos los niños y niñas logren una evaluación por médico • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Realizar el uso adecuado y completo de los protocolos OMI para esta prestación (..PA NIÑO CONTROL SANO 1-5 MESES, del ..PA NIÑO CHILE CRECE CONTIGO y ..PA IRA SCORE -R MUERTE X NEUMONIA) en el episodio de actividades preventivas • Reafirmar el vínculo de la familia con el Centro de Salud. Evaluar el bienestar familiar luego de la llegada del bebé. Revisar exámenes y calendario vacunación del RN. Pesquisar anomalías o malformaciones. Detectar problemas del neurodesarrollo. <ul style="list-style-type: none"> • Orientar y entregar guías anticipatorias • Realizar las derivaciones correspondientes 	<p>Control de salud al mes de edad</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL.</p>	Médico
<p>Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura del control de niños y niñas a los 3 meses de vida por médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar en el calendario de control sano integral la valoración por médico a la edad de los 3 meses en todos los centros de salud de la comuna • Pesquisar y derivar de manera precoz la displasia de caderas <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la lactancia materna exclusiva y el destete respetuoso • Lograr una cobertura del 100% • Conocer a la población bajo control migrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro adecuado en el cuaderno de salud de niñas y niños de 0 a 9 años de la próx. citación desde el control anterior • Realizar la gestión de agendas con el fin de garantizar la hora de control y a toma de Rx de caderas <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento • Realizar el uso adecuado y completo de los protocolos OMI para esta prestación (..PA NIÑO CONTROL SANO 1-5 MESES, del ..PA NIÑO CHILE CRECE CONTIGO y ..PA IRA SCORE -R MUERTE X NEUMONÍA) en el episodio de ACTIVIDADES PREVENTIVAS • Realizar la revisión de los resultados de la radiografía de pelvis <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el uso del protocolo de ..PA ANALÍTICA V2 y ..PA CAUSALES DE EGRESO en el episodio de TAMIZAJE DE CADERAS. • Orientar a padres y cuidadores en dudas respecto al desarrollo y crecimiento, la lactancia materna, el destete respetuoso, la crianza y la salud en general. Promover un desarrollo vincular saludable <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar calendario de vacunación • Realizar las derivaciones correspondientes 	<p>Control de salud al tercer mes de edad</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL</p>	Médico

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
<p>Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura del control de niños y niñas en edad preescolar y escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la supervisión de los niños/as de 2 a 9 años, destinado a prevención detección y tratamiento oportuno de enfermedades y educación al niño y su familia con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento • Mantener o aumentar la cobertura del año anterior • Conocer a la población bajo control migrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro adecuado en el cuaderno de salud de niñas y niños de 0 a 9 años de la próxima citación desde el control anterior • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña <ul style="list-style-type: none"> • R Realizar el uso adecuado y completo de los protocolos OMI para esta prestación (PROTOCOLO]- ..PA NIÑO CONTROL SANO PREESCOLAR o ..PA NIÑO CONTROL SANO ESCOLAR 6 A 9 y el protocolo ..PA NIÑO CHILE CRECE CONTIGO • Orientar respecto al desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. Evaluar hábitos de salud bucal, alimenticios y actividad física. Prevenir enfermedades y accidentes. Detectar tempranamente factores de riesgo o problemas de salud. Dar orientación sobre el desarrollo emocional normal y entregar herramientas para el manejo respetuoso de la frustración y de las pataletas. <ul style="list-style-type: none"> • Orientar y entregar guías anticipatorias • Realizar las derivaciones correspondientes 	<p>Controles de Salud Infantil de los 2 a 9 años</p> <p>Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL</p>	<p>Médico o Enfermero(a) y/o Técnico en enfermería</p>
<p>Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura de control de salud preescolar realizado por enfermera</p>	<p>Aumentar la cobertura de control sano de niños/ as de 2, 3 y 4 años realizado por enfermera y disminuir los realizados por técnico de paramédico en un 10% con respecto al año anterior</p>	<p>Programación y planificación de las actividades del estamento de enfermería</p>	<p>Controles de Salud Infantil de los 2, 3 y 4 años realizados por enfermera(o)</p>	<p>Enfermera (o)</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura de control de salud en situaciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> Lograr una cobertura del 100% en controles de salud de prematuros extremos derivados a APS Establecer una línea de base respecto a la población NANEAS de baja complejidad con control en APS Conocer a la población bajo control migrante 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener y la comunicación con el II nivel por medio del informe semestral de la PBC NANEAS de baja complejidad. Del nacimiento, seguimiento y derivación a APS del programa domiciliario del prematuro extremo Realizar el seguimiento de la cobertura de controles en APS Orientar y acompañar a las familias sobre la oferta de prestaciones disponibles, supervisión en la implementación las indicaciones específicas para el bienestar de estos niños y niñas 	<p>Controles de Salud para NANEAS de 0 a 9 años y prematuros extremos Bases: "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS" vigente MINSAL</p>	Médico, Enfermera(o), Matró(n)a, Nutricionista. Kinesiólogo(a)
Prevención de la morbimortalidad de las infecciones respiratorias: Cobertura de taller de prevención IRA	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año Lograr una cobertura del 60% 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar educación grupal para madres, padres y cuidadores en prevención de las enfermedades respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado del niño y utilización de la red asistencial Derivación al taller desde el control de salud integral y/o usar un listado de población bajo control para el rescate y agendamiento al taller Complementar con campañas comunicacionales en el CESFAM y salas de espera 	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Técnico paramédico
Prevención de la morbimortalidad de las infecciones respiratorias: Cobertura de VDI de menores de 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía	<ul style="list-style-type: none"> 100% de los menores de 7 meses con Score de riesgo Grave de morir por neumonía reciben VDI Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación del personal de salud sobre el impacto de la aplicación y adecuada interpretación de la pauta Realización del Score de riesgo de morir por neumonía en cada control de salud y educar a la familia sobre los factores de riesgo e importancia de la VDI Implementación de un flujo de derivación y coordinación para realización de VDI oportuna (1 semana desde la pesquisa) Realización de VDI oportuna a familias con niños y niñas menores de 7 meses con score grave de morir por neumonía e instaurar medidas de prevención, protección y tratamiento precoz con el fin de disminuir la mortalidad por neumonía Realizar el seguimiento de la aplicación del score en todos los controles y realización de la VDI de niños y niñas menores de 7 meses 	Visitas domiciliaria a niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), asistente social, matró(n)a

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Prevención de la morbimortalidad de las infecciones respiratorias: Cobertura de pacientes enfermedades respiratorias crónicas en APS	Aumentar en un 5% en la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (SBOR y asma bronquial) en APS • Realización de toma de signos vitales (incluye peso) y flujometría del paciente antes de la consulta médica en sala IRA o box •Realizar educación en la prevención de las enfermedades respiratorias, reconocimiento de signos y síntomas, medidas del cuidado, técnica inhalatoria y utilización de la red asistencial • Actualización y seguimiento de tarjeteros de la población bajo control del programa IRA 	Ingreso y control en programa IRA	Médico(a), kinesiólogo(a) y TENS
Prevención de la morbimortalidad de las infecciones respiratorias agudas: Calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	Incrementar en 20% la proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	<ul style="list-style-type: none"> •Control en programa IRA según clasificación de severidad •Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA • Realización de las pruebas y derivaciones oportunas correspondientes • Seguimiento y actualización continua del tarjetero de la población bajo control IRA 	Control en programa IRA	Médico(a), kinesiólogo(a)
Prevención de la morbimortalidad de las infecciones respiratorias: Atención kinésica en menores de 5 años con IRA baja	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad y oportunidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja • Lograr una cobertura del 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años • Cumplimiento de garantía GES 	Ingreso a la atención kinésica respiratoria	Kinesiólogo(a)

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna contra Hepatitis A en niños (as) de 18 meses de edad	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad. Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna Neumocócica en niños (as) de 12 meses de edad	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en niños (as) desde 6 meses a 5 años de edad	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años Rescate de inscritos no vacunados. Propiciar oportunidad de vacunación junto con vacunas programáticas Realizar vacunación extramural es salas cunas y jardines	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en niños (as) portadores de enfermedades crónicas entre 5 y 10 años	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años Derivación de los niños crónicos desde los box de atención Realizar rescate de los (las) adolescentes crónicos desde sala IRA	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna contra pentavalente en niños (as) menores de 1 año	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna SPR en niños (as) de 1 año	Administración de la primera dosis de vacuna SPR al año de vida Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados	Enfermera, TENS

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna contra el virus papiloma humano en adolescentes que cursen cuarto año básico	<p>Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas</p> <p>Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación en el centro más cercano a su domicilio o colegio</p>	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna SRP y dTpa en primer año básico	<p>Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas</p> <p>Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación en el centro más cercano a su domicilio o colegio</p>	Enfermera, TENS
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Programar en equipo la realización de al menos dos VDI a pacientes con dependencia severa, cuidador y familia	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia</p> <p>Realizar plan de cuidados integral y realizar seguimiento</p>	Enfermera - Equipo de salud

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Implementar estrategias y realizar educación a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las UPP de los pacientes con dependencia severa	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera - Equipo de salud
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar evaluación de escala de zarit al ingreso del programa y en la primera VDI anual	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Enfermera- psicólogo –asistente social- medico
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar talleres de capacitación grupales o individuales a cuidadoras(es) y familias entregando las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Equipo de salud
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Cumplir con las indicaciones de quimioprofilaxis en los menores de 15 años como se indica en guías nacionales	- Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años - Seguimiento de casos y revisión para detectar contactos no evaluados o sin profilaxis	Médico, enfermera
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar Visitas epidemiológicas para realizar estudios de contactos y conocer contexto en el cual se desenvuelve el usuario	Estudio de Contacto en casos índice, priorizando el seguimiento e intervención en menores de 15 años	Enfermera
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de Mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la Salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Ingresar a Control con enfoque de riesgo odontológico a la población menor de 7 años con aplicación de Pauta CERO, educación y consejería a los padres y cuidadores	Control de Salud Oral de niños y niñas menores de 7 años Derivación de niños y niñas menores de 7 años sin Ingreso a Programa CERO, desde el control con Enfermera, Médico y Nutricionista	Odontólogo TENS Odontología

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mejorar y mantener la Salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Ingresar precoz y oportunamente a los menores de 3 años a Control con Enfoque de riesgo odontológico, de manera que se mantengan sanos en el tiempo El porcentaje de Ingreso de población sana menor de 3 años en relación a la población menor de 3 años Inscrita y validada corresponde a un IAAPS	Evaluación del estado de salud bucal de la población menor de 7 años Derivación de niños y niñas menores de 3 años sin Ingreso a Programa CERO desde control con Enfermera, Médico y Nutricionista Registrar Ingreso a Programa CERO en el cuaderno de salud del niño, para favorecer la derivación desde Vacunatorio, Bodega de Alimentos y otros puntos del CESFAM	Odontólogo TENS Odontología
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mejorar y mantener la Salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Otorgar educación y protección específica a los menores de 2 a 5 años de establecimientos JUNJI, Integra, Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados según índice de vulnerabilidad	Programa Sembrando Sonrisas entrega Educación, Evaluación del estado de salud bucal, Aplicación de flúor barniz y entrega de Kit de higiene oral Se establecen equipos territoriales en los Centros de salud y además un Equipo Central transversal	Odontólogo TENS Odontología
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mejorar y mantener la Salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Mantener bajo control Odontológico con Ingreso priorizado a Programa CERO a los menores de 7 años que presentan Necesidades Especiales	Evaluación del estado de salud bucal de la población menor de 7 años con necesidades especiales Monitoreo bimensual de los niños y niñas ingresados a programa CERO que presentan necesidades especiales según listado NANEAS aportado desde el CDT	Odontólogo TENS Odontología

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de Mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años	Egresar del Programa CERO a niños y niñas que fueron Ingresados al programa, en el momento de haber recibido atención integral a los 6 años de edad Este indicador corresponde a una Meta Sanitaria	Porcentaje de Egresos de Programa CERO de niños y niñas de 6 años Derivación desde los distintos sectores de los CESFAM Rescate de niños de 6 años desde listados proporcionados por la UGI Llevar monitorización local de los niños y niñas que deben acudir a controla los 6 años Rescate de niños de 6 años inscritos en el centro de Salud, desde colegios corporativos y particulares subvencionados pertenecientes al territorio del CESFAM	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Resolver en APS oportunamente las Urgencias Odontológicas GES que se presenten en niños menores de 10 años	Atención de Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años. Las Urgencias Odontológicas GES no deben ser rechazadas en los Centros de Salud Los usuarios que consulten por Urgencia espontánea deben ser evaluados por Odontólogo, quien determinará la pertinencia y diferirá la atención sólo si corresponde	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Mejorar accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Realizar controles según riesgo odontológico, a los niños que Egresan del Programa CERO	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años Mantener bajo control a todo niño que ha egresado del Programa CERO	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Mejorar y mantener la Salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención Transversal de Especialista en Odontopediatría de niños y niñas con necesidades especiales, niños que presenten caries temprana de la infancia severa, que presenten difícil manejo y otras circunstancias que no puedan ser resueltas por el odontólogo general	Atención por Odontopediatra comunal a pacientes con casos seleccionados en instancia de Consejería con la Especialista en los Centros de salud	Odontóloga Especialista en Odontopediatría

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Atención priorizada a niños y niñas beneficiarios de programas SENAME	Priorizar las atenciones de salud de los niños y niñas beneficiarios de programas ambulatorios y residenciales de SENAME	Generar espacios de coordinación entre equipos de APS, liderados por gestor de programa intersectorial y dispositivos de SENAME. Orientado a priorizar las atenciones de salud de los niños y vincularlos con el Centro de Salud	Atenciones de salud general recibidos por población objetivo Coordinación de equipos de salud con programas colaboradores de SENAME para poder pesquisar y brindar atenciones a población objetivo	Gestor programa intersectorial (Cat. A o B) Equipo de sector
Acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en riesgo psicosocial	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	Equipo de programa de acompañamiento debe estar integrado al equipo de sector o unidad. Apoyando el tránsito del usuario índice y su familia por la red	Realizar actividades de vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo con la red intersectorial y de salud. Visitas domiciliarias o a establecimientos educacionales o laborales, llamados telefónicos periódicos, coordinación con red, reuniones con equipos de salud, entre otros	Asistente social Psicólogo Gestor comunitario
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Actividades comunitarias de salud mental: taller de promoción de la salud mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) Esto puede ser abordado a través de técnicas lúdicas u otras instancias. Con un mínimo de 4 sesiones y de 6 participantes	Talleres abiertos a la población general, orientados a trabajar temáticas asociadas a la prevención de problemáticas de salud mental (habilidades parentales, autocuidado, autoconcepto, entre otros) en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos) o Centro de Salud.	Equipo de salud en general
Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividades comunitarias de salud mental: taller de prevención de la salud mental (prevención de la violencia de género, maltrato, consumo, suicidio, entre otros temas), que puede ser abordado a través de técnicas lúdicas u otras instancias. Con un mínimo de 4 sesiones y de 6 participantes	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos) o Centro de Salud	Equipo de salud en general

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Primera respuesta ante la pesquisa de maltrato y/o abuso sexual infantil	<p>Brindar primera respuesta ante la pesquisa de indicadores de maltrato infantil y/o abuso sexual</p> <p>Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección</p>	<p>Mantener la sensibilización y orientación en los equipos de salud para la pesquisa y primera respuesta ante situaciones de vulneración de derechos en niños y niñas</p>	<p>Evaluación inicial por equipo de salud mental</p> <p>Visita domiciliaria a niños y niñas con sospecha de maltrato infantil, según criterio de equipo tratante.</p> <p>Propiciar la suspensión de situaciones de vulneración de derechos</p> <p>Derivación a la red local para reparación de daño y acciones de apoyo.</p> <p>Derivación a la red local para evaluación y descarte de situación de vulneración de derechos</p> <p>Coordinar acciones de enlace con la red local para tratamiento.</p> <p>Informar de situación detectada a entidades judiciales atingentes.</p> <p>Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial</p>	<p>Equipo de salud general con énfasis en equipo de salud mental (médico, Psicólogo, Asistente social)</p>
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	<p>Brindar atención integral de salud mental a personas con trastornos mentales</p>	<p>Brindar atenciones de salud mental a niños y niñas que presenten trastornos mentales. Para lo cual es fundamental realizar un proceso de evaluación inicial y generar tratamientos atingentes según los recursos con que se cuentan en el Centro de Salud</p>	<p>Evaluación integral por equipo de salud mental de APS</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica. Según la necesidad de cada usuario en particular</p> <p>Alta o derivación según amerite la severidad del cuadro y la evolución de éste</p>	<p>Médico Psicólogo Asistente social</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad y el equipo de APS, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria de APS, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales	Presentar casos de manejo complejo en APS en espacio de consultoría con psiquiatra infanto adolescente	Psicólogos, asistentes sociales, médicos y médico psiquiatra infanto adolescente
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Realizar programación orientada a generar ingresos asociado a controles, para poder realizar procesos de atención	Concentración de controles de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años	Psicólogo, médico, asistente social
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias. Esta evaluación según criterios locales asociados al territorio de cada Centro de Salud	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia	Equipo general
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables (AS) y de actividad física, (AF) tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Coordinación con comisiones mixtas de Centros de Salud Gestión intersectorial. Dirección Área Salud, At. Menores, Educación CMPA Estrategia promocional de salud Escuelas Promotoras de salud	Talleres educativos prácticos en AS para escolares, apoderados de escuelas municipalizadas Monitoreo técnicos a kioscos saludables en establecimientos municipalizados Actividades masivas deportivas Celebración efemérides de salud en centros de salud Talleres actividad física, párvulos/ docentes jardines infantiles	Intersector Área Educación-At. Menores CMPA Departamento Bienestar escolar CMPA Centros de Salud y comunidad

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Difusión relevancia consejerías estilos de vida saludable	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física y alimentación saludable entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Funcionarios de Salud
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Potenciar ordenanza municipal, relacionada a oferta de alimentación no saludable en las cercanías de establecimientos educacionales municipalizados	Coordinación intersectorial, Áreas de salud, educación, at. menores Departamento Inspección Municipalidad Puente Alto, entre otros	Talleres de difusión a Directivos de Educación, At. Menores Monitorear cumplimiento de ordenanza municipal	Corporación Municipal Puente Alto, Municipalidad Puente Alto
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la realización de Visitas Domiciliarias integrales (VDI) con enfoque de calidad	Potenciar la realización de VDI, con funcionarios capacitados en VDI y horas programadas Registro adecuado en el protocolo VDI, sistema de información OMI Favorecer horas programadas para reuniones clínicas, por planificación y evaluación de VDI	Centros de Salud realizan programación de VDI, para favorecer cumplimiento de IAAPS	Funcionarios de Salud

2. SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
<p>Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura del control integral del joven sano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o mantener la cobertura al 15% en la realización del control integral del joven sano tanto en el grupo etario de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años • Establecer una línea de base pesquisados con riesgo en control de salud integral 	<p>Control integral del joven sano realizado de manera completa, registrando en ficha [PROTOCOLO]-..PA ADOLESCENTE CLAP V2. según orientaciones técnicas</p> <p>Realización de los screening (depresión, consumo y riesgo de suicidalidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las alianzas con los colegios con el fin de: <ul style="list-style-type: none"> • Informar y sensibilizar a los adolescentes, apoderados y docentes. • Firma de consentimiento informados de manera oportuna idealmente desde la matrícula • Pesquisar situaciones o condiciones que ameriten ser reevaluadas o derivadas oportunamente • Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente por medio de consejerías, educación grupal y actividades en la comunidad <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la formación y mantenimiento de los consejos consultivos principalmente C.S. con espacios amigables 	<ul style="list-style-type: none"> • Control integral del joven sano en adolescentes entre 10 a 14 años • Control integral del joven sano en adolescentes entre 15 y 19 años • Consejería individual de SSR con énfasis en los adolescentes con riesgo 	<p>Matrón(a), Enfermera(o) Médico(a).</p>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Adherencia y cobertura al control de salud integral: Cobertura de control de adolescentes con necesidades especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una línea de base respecto a la población adolescente NANEAS de baja complejidad con control en APS • Conocer a la población bajo control migrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el cuidado y la resolución de las necesidades. Pesquisar factores de riesgo Biopsicosocial. Detectar en forma oportuna interurrencias o descompensaciones de la condición de base e intervenir oportunamente para disminuir el riesgo de morbimortalidad y situación de discapacidad asociada. Informar y orientar sobre la oferta de prestaciones disponibles en el CESFAM • Realizar el seguimiento de la cobertura de controles en APS 	Realizar control de salud a NANEAS de 10 a 19 años de baja complejidad en APS	Médico(a) Enfermera(o) Matrón(a) Nutricionista. Kinesiólogo(a)
Prevención de la morbimortalidad de las enfermedades respiratorias crónicas: Cobertura de pacientes enfermedades respiratorias crónicas en APS	Aumentar en un 5% en la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de adolescentes de 10 a 19 años en la atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población adolescente con patología respiratoria crónica (asma bronquial) en APS • Realización de toma de signos vitales y flujometría del paciente antes de la consulta médica en sala IRA o box • Realizar educación en la prevención de las enfermedades respiratorias, tabaquismo, reconocimiento de signos y síntomas, medidas del cuidado, técnica inhalatoria y utilización de la red asistencial • Actualización y seguimiento de tarjeteros de la población bajo control del programa IRA 	Ingreso y control en programa IRA	Médico(a), kinesiólogo(a) y TENS.

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Prevención de la morbilidad de las enfermedades respiratorias crónicas: Calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	Incrementar en 20% la proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	<ul style="list-style-type: none"> • Control en programa IRA según clasificación de severidad • Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA • Realización de las pruebas y derivaciones oportunas correspondientes • Seguimiento y actualización continua del tarjetero de la población bajo control IRA 	Control en programa IRA	Médico(a),kinesiólogo(a)
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y aumentar las personas que realizan actividad física (Vida Sana)	Disminuir el porcentaje de población inscrita con diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad y aumentar porcentaje de población que realiza actividad física	Implementar estrategias que apunten a reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y que aumenten las personas que realizan actividad física, como medio preventivo de enfermedades cardiovasculares principalmente, pero no olvidando el beneficio integral que esto puede traer al usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Alianza intersectorial para promover un estilo de vida saludable, con educación por ejemplo - Desarrollo del programa Vida Sana en todos los centros corporativos 	Profesional de actividad física, nutricionista, psicólogo, médico
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna contra el virus papiloma humano en adolescentes que cursen quinto año básico	<p>Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas</p> <p>Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación en el centro más cercano a su domicilio u colegio</p>	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Aumentar la cobertura de vacunación	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna adolescentes que cursen octavo año básico	Administrar vacuna dTpa a adolescentes que cursen octavo año básico; realizar vacunación extramural en colegios; realizar consejería a padres que rechacen vacunas; rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación; propiciar oportunidad de vacunación en el centro más cercano a su domicilio u colegio	Enfermera, TENS

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en los (las) adolescentes que sean portadores de enfermedades crónicas	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. Derivación de los (las) adolescentes crónicos desde los box de atención Realizar rescate de los (las) adolescentes crónicos desde sala ERA, programa Cardiovascular	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en mujeres embarazadas desde las 13 semanas de gestación	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más Derivación desde control prenatal a vacunación influenza	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna dTpa en mujeres embarazadas a las 28 semanas de gestación	Administración de vacuna dtPa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación Derivación desde control prenatal a vacunación influenza	Enfermera, TENS
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Programar en equipo la realización de al menos dos VDI a pacientes con dependencia severa, cuidador y familia	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia Realizar plan de cuidados integral y realizar seguimiento	Enfermera - Equipo de salud
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Implementar estrategias y realizar educación a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las UPP de los pacientes con dependencia severa	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera - Equipo de salud
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar evaluación de escala de zarit al ingreso del programa y en la primera VDI anual	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Enfermera- psicólogo – asistente social- medico

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar talleres de capacitación grupales o individuales a cuidadoras(es) y familias entregando las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Equipo de salud
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Cumplir con las indicaciones de quimioprofilaxis en los menores de 15 años como se indica en guías nacionales	- Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años - Seguimiento de casos y revisión para detectar contactos no evaluados o sin profilaxis	Médico, enfermera
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar Visitas epidemiológicas para realizar estudios de contactos y conocer contexto en el cual se desenvuelve el usuario	Estudio de Contacto en casos índice, priorizando el seguimiento e intervención en menores de 15 años	Enfermera
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Avanzar en el trabajo estratégico de coordinación Salud-Educación aumentando la realización de Talleres grupales de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo	Fomentar la asistencia del padre o figura significativa a los controles prenatales, a través de difusión y énfasis al momento de asignar la hora de los CPN. Mantener meta asociada a PADBS	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro	Matrona / administrativo
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	Incorporar en la priorización de VDI a las gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial de acuerdo a EPsA	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial	Asistente social / psicólogo

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido, dentro de los 10 días de vida	Mantener meta general de PADBS	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido, dentro de los 10 días de vida	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido, entre los 11 y 28 días de vida	Mantener meta general de PADBS	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido, entre los 11 y 28 días de vida	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a PARO de acuerdo a normativa vigente Reforzar Norma de derivación a PARO vigente	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario, a todas las gestantes de 10 a 24 años, con factores de riesgo de parto prematuro	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico, a atención con especialista	Derivar a PARO de acuerdo a normativa vigente Reforzar Norma de derivación a PARO vigente	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico), las gestantes de 10 a 24 años, con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión, a los 2 meses Postparto	Mantener meta general de PADBS	Aplicar a las madres adolescentes, a los 2 meses postparto, la Pauta Edimburgo (EPDS)	Enfermera
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión, a los 6 meses Postparto	Mantener meta general de PADBS	Aplicar a las madres adolescentes, a los 6 meses postparto, la Pauta Edimburgo (EPDS)	Enfermera
Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años, que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Mantener meta IAAPS N° 17	Control prenatal	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Evaluar implementación de Cultivo Streptococo grupo B en gestantes, en Laboratorio comunal	Control prenatal	Matrona
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años	Promover la demanda de control preconcepcional, en parejas que deseen programar un embarazo. Aumentar lo realizado el año anterior, en un 10%	Control Preconcepcional.	Matrona

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Avanzar en el trabajo estratégico de coordinación Salud-Educación, aumentando la realización de consejerías en salud sexual y reproductiva, prevención VIH / ITS y educando en uso de condón en adolescentes Revisar y optimizar el protocolo existente de OMI, para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	Matrona
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual	Avanzar en el trabajo estratégico de coordinación Salud-Educación, promoviendo el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes de 10 a 19 años	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Matrona
Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes.	Avanzar en el trabajo estratégico de coordinación Salud-Educación promoviendo el uso de doble método (incluido condón) en adolescentes de 10 a 19 años	Control de regulación de fertilidad en adolescentes	Matrona
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Reforzar a los médicos la importancia de derivar a toma de examen VIH Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta morbilidad (ELISA o Test Rápido) en personas de 20 a 24 años	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad	Matrona
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Promover la toma de examen VIH (ELISA o Test Rápido) en jóvenes de 15 a 24 años	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea	Matrona
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Avanzar en el trabajo estratégico de coordinación Salud-Educación aumentando la realización de Talleres grupales de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Matrona

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Realizar tratamiento integral a los adolescentes de 12 años. El porcentaje de estas Altas corresponde a Meta Sanitaria	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años Derivación desde los distintos sectores de los CESFAM, rescate de adolescentes de 12 años desde listados proporcionados por la UGI Rescate de adolescentes de 12 años inscritos en los Centros de salud desde colegios corporativos y particulares subvencionados, pertenecientes al territorio del CESFAM	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Resolver en APS oportunamente las Urgencias Odontológicas GES que se presenten en adolescentes	Atención de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes Las Urgencias Odontológicas GES no deben ser rechazadas. Los usuarios que consulten por Urgencia deben ser evaluados por Odontólogo, quien determinará la pertinencia y diferirá la atención sólo si corresponde	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Mantener bajo control según riesgo odontológico a los adolescentes	Atención de Morbilidad Odontológica en adolescentes Mantener bajo control a los adolescentes que han recibido tratamiento dental integral en el Centro de Salud Mantener bajo control a los adolescentes que se encuentren en tratamiento de Ortodoncia en CDT- CRS	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Realizar tratamiento Integral a los alumnos de Terceros y cuartos medios de establecimientos corporativos y particulares subvencionados seleccionados, según índice de vulnerabilidad	Altas odontológicas integrales programadas de alumnos de Terceros y Cuarto año de Educación media de establecimientos priorizados en Centros de Salud y Clínica Móvil Dental	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención integral a las Embarazadas con énfasis en Educación en cuidados de salud bucal del bebé. Las Altas integrales en Embarazadas corresponden a una Meta Sanitaria	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente Realizar constantemente educación sobre cuidado de la salud oral del bebé, factores de riesgo cariogénico y malos hábitos	Odontólogo TENS Odontología

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Atención priorizada a adolescentes beneficiarios de programas SENAME	Priorizar las atenciones de salud de los adolescentes beneficiarios de programas ambulatorios y residenciales de SENAME	Generar espacios de coordinación entre equipos de APS, liderados por Gestor de Programa Intersectorial, y dispositivos de SENAME. Orientado a priorizar las atenciones de salud de los niños y vincularlos con el Centro de Salud	Atenciones de salud general recibidos por población objetivo Coordinación de equipos de salud con programas colaboradores de SENAME para poder pesquisar y brindar atenciones a población objetivo	Gestor Programa Intersectorial (cat. A o B) Equipo de sector
Acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en riesgo psicosocial	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	Equipo de Programa de Acompañamiento debe estar integrado al equipo de sector o unidad. Apoyando el tránsito del usuario índice y su familia por la red	Realizar actividades de vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo con la red intersectorial y de salud Visitas domiciliarias o a establecimientos educacionales o laborales, llamados telefónicos periódicos, coordinación con red, reuniones con equipos de salud, entre otros	Asistente Social Psicólogo GESTOR COMUNITARIO
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) Esto puede ser abordado a través de técnicas lúdicas, foros u otras instancias. Con un mínimo de 4 sesiones y de 6 participantes	Talleres abiertos a la población general, orientados a trabajar temáticas asociadas a la prevención de problemáticas de salud mental (Habilidades Parentales, Autocuidado, Autoconcepto, entre otros) en el ámbito educacional (escuelas, liceos) o Centro de Salud	Equipo de Salud en general
Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Prevención de la Salud Mental (prevención de la violencia de género, maltrato, consumo, suicidio, entre otros temas). Esto puede ser abordado a través de técnicas lúdicas u otras instancias. Con un mínimo de 4 sesiones y de 6 participantes	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a adolescentes y jóvenes y a sus madres, padres y/o figuras de cuidado en el ámbito educacional (escuelas, liceos) o centro de salud.	Equipo de Salud en general
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral de salud mental a personas con trastornos mentales	Brindar atenciones de salud mental a adolescentes y jóvenes que presenten trastornos mentales. Para lo cual es fundamental realizar un proceso de evaluación inicial y generar tratamientos atinentes según los recursos con que se cuenten en el CESFAM	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica. Según la necesidad de cada usuario en particular. Alta o Derivación según amerite la severidad del cuadro y la evolución de éste	Médico Psicólogo Asistente Social

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad (nivel secundario) y el equipo de APS, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria de APS, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales	Presentar casos de manejo complejo en APS en espacio de consultoría con psiquiatra infante adolescente	Psicólogos, asistentes sociales, médicos y médico psiquiatra infante adolescente
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Realizar programación orientada a generar ingresos asociado a controles, para poder realizar procesos de atención	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes y jóvenes	Psicólogo, Médico, Asistente Social
Prevención del suicidio adolescente	Coordinar acciones de prevención de la salud mental entre APS y los establecimientos de educación participantes de la comisión mixta del CES	Plantear la temática del suicidio en la comunidad, buscando generar sensibilización en adultos responsables, educadores, adolescentes y jóvenes	Se realizarán reuniones en comisión mixta de establecimientos educacionales - salud, orientados a promover el buen trato y el autocuidado en los adolescentes. Se incentivará la realización de intervenciones preventivas del suicidio en los Establecimientos Educacionales	Equipo Psicosocial
Prevención del suicidio adolescente	Prevención Secundaria de Suicidio	Coordinación con los Establecimientos Educacionales a los que haya pertenecido Adolescente fallecido por Suicidio, inscrito en centros de salud de la CMPA	Monitorizar y coordinar acciones de prevención secundaria con pares de Adolescente fallecido por suicidio. Pesquisar adolescentes con riesgo de suicidio	Equipo Psicosocial
Prevención del suicidio adolescente	Prevención Secundaria de Suicidio	Seguimiento las Familias de Adolescentes Fallecidos por Suicidio, buscando generar redes de apoyo y prevenir nuevas situaciones de riesgo en el grupo familiar	Brindar Primera Respuesta y Seguimiento a Familias de Adolescentes Fallecidos por Suicidio	Equipo Psicosocial

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Pesquisa y primera respuesta en casos de maltrato infantil y/o abuso sexual	Detectar indicadores de Maltrato Infantil y/o Abuso Sexual	Pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de maltrato para buscar cumplir el rol sanitario de garantes de derecho, buscando suspender situaciones de vulneración de derechos y desplegar los apoyos necesarios y coordinaciones con la red en búsqueda de un proceso de rehabilitación de los efectos asociados a las situaciones de vulneración	<p>Evaluación inicial por equipo de salud mental</p> <p>Visita domiciliaria a adolescentes con sospecha de maltrato infantil, según criterio de equipo tratante</p> <p>Propiciar la suspensión de situaciones de vulneración de derechos</p> <p>Derivación a la red local para reparación de daño y acciones de apoyo</p> <p>Derivación a la red local para evaluación y descarte de situación de vulneración de derechos</p> <p>Coordinar acciones de enlace con la red local para tratamiento</p> <p>Informar de situación detectada a entidades judiciales atingentes</p> <p>Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial</p>	Equipo de Salud General con énfasis en equipo de Salud Mental (Médico, Psicólogo, Asistente Social)
Detección y primera respuesta en casos de mujeres víctimas de violencia de género	Detectar e intervenir episodios de violencia de género en adolescentes	Pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de violencia de género para buscar cumplir el rol sanitario de garantes de derecho, buscando suspender situaciones de violencia y desplegar los apoyos necesarios y coordinaciones con la red en búsqueda de un proceso de rehabilitación de los efectos asociados a las situaciones de violencia	<p>Evaluación psicosocial integral por equipo de salud mental</p> <p>Visita domiciliaria a adolescentes con sospecha de violencia de género</p> <p>Ingreso a intervención psicosocial grupal o individual en APS de casos de complejidad leve</p> <p>Intervenir casos de nivel de complejidad leve</p> <p>Otorgar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa</p> <p>Judicialización de casos de riesgo y constitutivos de delito</p> <p>Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial</p>	Equipo de Salud General con énfasis en equipo de Salud Mental (Médico, Psicólogo, Asistente Social)
Detección e intervención en consumo de riesgo de alcohol y otras drogas en adolescentes	Detectar de manera oportuna el consumo en riesgo de alcohol o de otras drogas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Todo el equipo de salud debe intencionar la problematización del consumo en riesgo, para lo cual se sugiere aplicar tamizaje de consumo de alcohol y otras drogas y realizar intervenciones motivacionales	<p>Aplicación de instrumento de tamizaje AUDIT ó CRAFFT a adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años (en Establecimientos Educativos y Centro de Salud)</p> <p>Intervención Motivacional</p>	Equipo en General

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias Esta evaluación, según criterios locales asociados al territorio de cada Centro de Salud	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia	Equipo General
Aumentar personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de estilos de vida saludable a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Coordinación con comisiones mixtas y consejos de usuarios (CDU) de Centros de Salud Gestión intersectorial. Dirección Área Salud, Educación CMPA Estrategia promocional de salud Escuelas Promotoras de salud Potenciar la asociación y participación comunitaria de adolescentes y jóvenes en salud primaria	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años Talleres de actividad física lúdica (recreos activos) en establecimientos educacionales coordinados con centros de salud Realización de ferias de salud, con temáticas dirigidas a adolescentes Talleres teóricos prácticos en alimentación saludable para adolescentes	Intersector Área Educación- Menores CMPA Departamento Bienestar escolar CMPA Centros de Salud y comunidad
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios Estrategia promocional de salud Escuelas promotoras de salud	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años Actividades masivas de sensibilización para disminuir o cesación del consumo tabáquico	Funcionarios de los Centros de salud
Aumentar personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de estilos de vida saludable a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Promover la realización de Visitas Domiciliarias integrales (VDI) con enfoque de calidad	Potenciar la realización de VDI, con funcionarios capacitados en VDI y horas programadas Registro adecuado en el protocolo VDI, sistema de información OMI Favorecer horas programadas para reuniones clínicas, por planificación y evaluación de VDI Centros de salud realizan programación de VDI, para favorecer cumplimiento de IAAPS	Funcionarios de los Centros de Salud Corporación Municipal de Puente Alto

3. SALUD EN LA EDAD ADULTA

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Considerando que el consumo de tabaco no solo impacta en la salud respiratoria, sino en la cardiovascular y también como factor de riesgo de cáncer, se planteará su consideración no solo en relación a patologías respiratorias, sino en las prestaciones cardiovasculares y preventivas	- Realizar educación o consejerías breves antitabaco no solo como parte del programa ERA o consultas de morbilidad respiratorias, sino en todos los ingresos y consultas cardiovasculares y en todos los EMP	Kinesiólogo, enfermera, médico, nutricionista, matrona
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años	Desarrollar estrategias, enfocadas no solo en el rescate de pacientes, sino en la capacitación y sensibilización de los funcionarios en la realización del EMP	- Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de los adultos, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar si es necesario - Capacitar funcionario en la realización del EMP	Kinesiologo, enfermera, médico, nutricionista, matrona, TENS
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años	Desarrollar estrategias que permitan captar a más usuarios hombres entre 20 a 64 años para realización de EMP, ya que son un grupo que se acerca menos a los Centros de Salud	-Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo -Desarrollar nuevas estrategias de intervención	Kinesiologo, enfermera, médico, nutricionista, matrona, TENS
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y aumentar las personas que realizan actividad física (Vida Sana)	Disminuir el porcentaje de población inscrita con diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad y aumentar porcentaje de población que realiza actividad física	Implementar estrategias que apunten a reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y que aumenten las personas que realizan actividad física, como medio preventivo de enfermedades cardiovasculares principalmente, pero no olvidando el beneficio integral que esto puede traer al usuario	- Alianza intersectorial para promover un estilo de vida saludable, con educación por ejemplo - Desarrollo del programa Vida Sana en todos los centros corporativos	Profesional de actividad física, nutricionista, psicólogo, médico
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de coleditiasis en población general de 35 a 49 años	Priorizar ecografías solicitadas con este diagnóstico	- Aumentar la detección de coleditiasis en población general de 35 a 49 años	Médicos, administrativos

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	- Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Jefaturas de sector, administrativo
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo	Realizar tamizaje según indicación de guías clínicas a población en riesgo de ERC, y mantener vigentes exámenes de usuarios que forman parte de la PSCV	- Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	Realizar evaluación y aplicar protocolo de pie diabético en cada control cardiovascular de los usuarios con diagnósticos de DM2	- Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OOTT del MINSAL vigente	Médico, enfermera
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar	- Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar	Kinesiólogo
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de tuberculosis	Mejorar el índice de pesquisa con énfasis en los grupos de alto riesgo	- Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista, matrona, TENS, administrativo, asistente social, psicólogo
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Identificar y priorizar intervenciones integrales en pacientes con dependencia moderada o severa con diagnóstico de cáncer o dolor	- Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera, asistente social, psicólogo
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años	Aumentar la pesquisa de HTA mediante la realización de más EMP	- Programar horas de ingreso cardiovascular para absorber posibles derivaciones tras realización de EMP	Kinesiólogo, enfermera, médico, nutricionista, matrona, TENS
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el PSCV	- Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el PSCV en relación a la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional	- Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años	Aumentar la pesquisa de DM2 mediante la realización de más EMP	- Programar horas de ingreso cardiovascular para absorber posibles derivaciones tras realización de EMP	Kinesiólogo, enfermera, médico, nutricionista, matrona, TENS
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el PSCV	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el PSCV en relación a la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional	- Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados metabólicamente, en presión arterial y niveles de Col LDL en control en el PSCV	- Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 20 a 64 años	Fomentar el re-ingreso a control de pacientes descompensados que han abandonado tratamiento o ingreso para quienes nunca han ingresado al programa	- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en APS	Kinesiólogo, TENS, administrativo
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios	- Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA. - Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario	Kinesiólogo

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios	- Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA - Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario	Kinesiólogo
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 - 64 años y más en control en el PSCV	Realizar actividades del programa cardiovascular según se indica en guías clínicas nacionales	- Solicitar FO a los pacientes diabéticos en el PSCV que no cuenten con un examen de Fondo de ojo vigente	Tecnólogo, médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	Mejorar cobertura del programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC	- Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC	Kinesiólogo
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar operativos que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como son la población privada de libertad	- Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar estudio de todos los contactos de los casos índices detectados de tuberculosis	- Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (Baciloscopia, PCR o cultivo)	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Realizar controles periódicos y de calidad a los usuarios diagnosticados con tuberculosis	- Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono en los controles. - Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica): - 3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Enfermera, médico, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Realizar seguimiento y acompañamiento a los usuarios diagnosticados con tuberculosis mediante Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	- Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	Enfermera
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Realizar rescate oportuno a pacientes	- Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Enfermera, TENS

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Realizar rescate oportuno a pacientes	- Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	Enfermera, TENS
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Capacitar y sensibilizar a los equipos de los centros de salud, con el fin de comprometerlos con la pesquisa de tuberculosis	- Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el Centro de Salud	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en personas que padecen enfermedades crónicas de 20 a 64 años	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años. Derivación de pacientes crónicos desde los box de atención Realizar rescate de pacientes desde sala ERA, programa Cardiovascular	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Propiciar la oportunidad de vacuna Hepatitis A, a pacientes VIH (+)	Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 20 y 40 años con VIH(+)	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en mujeres embarazadas desde las 13 semanas de gestación	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación Derivación desde control prenatal a vacunación influenza.	Enfermera, TENS
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna dTpa en mujeres embarazadas a las 28 semanas de gestación	Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación Derivación desde control prenatal a vacunación dTpa	Enfermera, TENS
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Programar en equipo la realización de al menos dos VDI a pacientes con dependencia severa, cuidador y familia	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia Realizar plan de cuidados integral y realizar seguimiento	Enfermera - Equipo de salud

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Implementar estrategias y realizar educación a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las UPP de los pacientes con dependencia severa	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera - Equipo de salud
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar evaluación de escala de zarit al ingreso del programa y en la primera VDI anual	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Enfermera- psicólogo – asistente social- medico
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar talleres de capacitación grupales o individuales a cuidadoras(es) y familias entregando las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador(a)	Equipo de salud
Disminuir la mortalidad perinatal	Cubrir brechas de recursos materiales y humanos a fin de optimizar el desarrollo de las sesiones de cada taller en los centros de salud Aumentar las acciones de difusión de los talleres de gestantes a la comunidad, para promover la participación	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Matrona, nutricionista, psicólogo, kinesiólogo, A. social, otro profesional categoría B
Disminuir la mortalidad perinatal	Monitorizar la asistencia a control con Nutricionista en gestantes con malnutrición por exceso, en los controles prenatales. Incorporar la temática de alimentación saludable al ingreso del CPN y en los talleres de gestantes	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso	Nutricionista

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la mortalidad perinatal	Evaluar la factibilidad de incorporar el análisis del Cultivo de Streptococo Grupo B en embarazadas en laboratorio comunal Realizar Cultivo de Streptococo grupo B en gestantes en CPN	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Matrona
Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Establecer LB de mujeres de 25 - 64 años VIH (+) que se encuentran bajo control de regulación de fecundidad	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH	Control de regulación de fertilidad	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Mantener meta asociada a PADBS 2019 Optimizar la derivación a equipo psicosocial de los casos de gestantes con 3 o más riesgos en pauta EPsA	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Mantener meta asociada a PADBS 2019 Optimizar coordinación con Unidad de Puerperio CASR para promover control precoz postparto en APS	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido, dentro de los 10 días de vida	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido, dentro de los 10 días de vida	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar campo de país de origen en protocolo de ingreso de gestante a CPN (OMI), a contar de año 2019. Establecer LB de ingresos a CPN de gestantes migrantes. Establecer LB de gestantes migrantes que ingresan a CPN antes de las 14 semanas	Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Revisar y optimizar el protocolo existente de OMI para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva	Matrona

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la mortalidad perinatal y materna	<p>Coordinar con matrona de Obstetricia y Ginecología CASR el envío de nóminas de mujeres que han sido dadas de alta post pérdidas reproductivas</p> <p>Realizar control ginecológico al 90% de las mujeres que son derivadas post pérdidas reproductivas e ingresar a regulación de la fertilidad</p>	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Matrona
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	<p>Establecer LB de % cobertura de mujeres 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos tres años</p> <p>Aumentar la cobertura de mujeres con mamografía vigente lograda el año 2017</p>	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Matrona
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Lograr meta sanitaria fijada para el período	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Matrona
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar el número de centros de salud que realizan control climaterio de acuerdo a orientaciones d guía clínica (disponiendo de THR)	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio	Matrona
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aplicar escala MRS en centros que inician control de climaterio de acuerdo a orientaciones de guía clínica (disponiendo de THR)	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Matrona
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Reforzar a los médicos la importancia de derivar a toma de examen VIH. Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta morbilidad (ELISA o Test Rápido) en personas de 25 a 64 años	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Matrona

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Revisar y optimizar el protocolo existente de OMI para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva Promover la realización y registro de Consejería en Prevención VIH e ITS	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Matrona
Disminuir la mortalidad perinatal	Optimizar el registro en OMI de la condición migrante en los usuarios de los centros de salud de la comuna	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa	Control de regulación de fertilidad	Matrona
Atención de salud con pertinencia cultural	Optimizar el registro en OMI de la condición migrante en los usuarios de los centros de salud de la comuna	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de fertilidad	Control de regulación de fertilidad	Matrona
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer oral y sus secuelas	Pesquisar lesiones cancerizables y realizar derivación oportuna a la Especialidad	Examen de Salud Oral con énfasis en observación de tejidos blandos orales Realizar oportuna derivación a la Especialidad de Patología Oral Capacitar a los odontólogos en pesquisa de Cáncer oral y lesiones cancerizables	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención integral a las Embarazadas con énfasis en Educación en cuidados de salud bucal del bebé Las Altas integrales en Embarazadas corresponden a una Meta Sanitaria	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o más Realizar constantemente educación sobre cuidado de la salud oral del bebé, factores de riesgo cariogénico y malos hábitos	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Atención odontológica a adultos mayores de 20 años	Atención odontológica a adultos mayores de 20 años en horario en que puedan acudir al Centro de Salud Atención en Programa vespertino Mejoramiento al acceso Morbilidad	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Resolver en APS oportunamente las Urgencias Odontológicas GES que se presenten en adultos	Atención de consultas odontológicas de urgencia GES en adultos Las Urgencias Odontológicas GES no deben ser rechazadas. Los usuarios que consulten por Urgencia deben ser evaluados por Odontólogo, quien determinará la pertinencia y diferirá la atención sólo si corresponde	Odontólogo TENS Odontología Administrativo

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación salud buco dental de adulto de 60 años	Atención Odontológica Integral del adulto de 60 años	La Notificación GES y derivación mediante interconsulta debe ser realizada en los Centros de Salud Entrega de Kit de higiene Oral y atención por Especialista se realiza en CEP San Lázaro	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	Atención Odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica	Atención odontológica integral de mujeres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica ingresan a Programa Más Sonrisas para Chile ejecutado en CEP San Lázaro Las usuarias son derivadas mediante interconsulta desde su Centro de Salud, previa evaluación por Odontólogo y desde las oficinas de la Mujer (MINVU, JUNJI, Chile Solidario, etc)	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de Hombres de Escasos Recursos beneficiarios	Atención Odontológica Integral de hombres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica	Atención odontológica integral de hombres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica ingresan a Programa Hombres de Escasos Recursos ejecutado en CEP San Lázaro. Los usuarios son derivadas mediante interconsulta desde su Centro de salud previa evaluación por Odontólogo	Odontólogo TENS Odontología
Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realizar intervenciones promocionales de salud mental tanto en el centro de salud como en el territorio, con un mínimo de 4 sesiones	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Equipo de salud
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 y a los 4 meses postparto	Evaluación integral a las madres a los 2 y a los 4 meses de post parto, buscando sintomatología depresiva por medio de entrevista clínica y aplicación de tamizaje	Aplicar a las madres a los 2 y a los 4 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS) Evaluación por equipo psicosocial en los casos de riesgo	Enfermera Psicólogo Asistente Social
Detección y primera respuesta en casos de violencia de género e intrafamiliar	Detectar situaciones de violencia de género en mujeres entre 25 a 64 años	Evaluación integral de las mujeres que consultan a la APS por medio de la entrevista y aplicación de tamizaje, con una escucha activa	Pesquisa temprana en atenciones de salud por medio de entrevista, evaluación de riesgo familiar, aplicación de instrumentos de tamizaje en las distintas acciones de salud (EPSA por ejemplo)	Equipo de Salud

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Detección y primera respuesta en casos de violencia de género e intrafamiliar	Intervenir episodios de violencia intrafamiliar en personas entre 25 a 64 años	Visibilizar las situaciones de violencia intrafamiliar y buscar estrategias para el apoyo de la familia, orientado a extinguir dicha situación de violencia. En los casos en que están involucrados menores de edad o personas dependientes, tomar las medidas judiciales correspondientes	Intervenir episodios de violencia intrafamiliar en personas entre 25 a 64 años Intervenir casos de nivel de complejidad leve Orogar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa Derivar y orientar por el tránsito por la red intersectorial	Equipo Psicosocial
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral de salud mental a personas con trastornos mentales	Brindar atenciones de salud mental personas adultas (25 a 64 años) que presenten trastornos mentales. Para lo cual es fundamental realizar un proceso de evaluación inicial y generar tratamientos atingentes según los recursos con que se cuenten en el CESFAM	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica. Según la necesidad de cada usuario en particular Alta o Derivación según amerite la severidad del cuadro y la evolución de éste	Médico Psicólogo Asistente Social
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad (nivel secundario) y el equipo de APS, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria de APS, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales	Presentar casos de manejo complejo en APS en espacio de consultoría con psiquiatra adultos	Psicólogos, asistentes sociales, médicos y médico psiquiatra adultos
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Realizar programación orientada a generar ingresos asociado a controles, para poder realizar procesos de atención	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en adultos entre 25 y 64 años	Psicólogo, Médico, Asistente Social
Detección e intervención en consumo de riesgo de alcohol y otras drogas en adultos entre 25 y 64 años	Detectar de manera oportuna el consumo en riesgo de alcohol o de otras drogas en adultos	Todo el equipo de salud debe intencionar la problematización del consumo en riesgo, para lo cual se sugiere aplicar tamizaje de consumo de alcohol y otras drogas y realizar intervenciones breves a quienes así lo requieran	Aplicación de instrumento de tamizaje AUDIT o ASSIST a adultos entre 25 y 64 años Intervención Breve Derivación Asistida	Equipo en General

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias Esta evaluación según criterios locales asociados al territorio de cada Centro de Salud	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia	Equipo General
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud Difusión de actividades desde las estrategias comunitarias (consejos de usuarios, comisiones mixtas)	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorio	Funcionarios de salud Corporación Municipal Puente Alto
Aumentar las personas con factores Protectores para la salud	Promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Difusión de actividades desde las estrategias comunitarias (Consejos de usuarios, comisiones mixtas) Promover la realización de Visitas Domiciliarias integrales (VDI) con enfoque de calidad	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable (Factores protectores psicosociales, alimentación saludable) a población adulta de 25 a 64 años. Potenciar la realización de VDI, con funcionarios capacitados en VDI y horas programadas Registro adecuado en el protocolo VDI, sistema de información OMI Favorecer horas programadas para reuniones clínicas, por planificación y evaluación de VDI Centros de salud realizan programación de VDI, para favorecer cumplimiento de IAAPS	Funcionarios de salud, intersector y comunidad

4. SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Considerando que el consumo de tabaco no solo impacta en la salud respiratoria, sino en la cardiovascular y también como factor de riesgo de cáncer, se planteará su consideración no solo en relación a patologías respiratorias, sino en las prestaciones cardiovasculares y EMPAM	- Realizar educación o consejerías breves antitabaco no solo como parte del programa ERA o consultas de morbilidad respiratorias, sino en todos los ingresos y consultas cardiovasculares y en todos los EMPAM	Kinesiólogo, enfermera, médico, nutricionista, matrona
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Desarrollar estrategias, enfocadas no solo en el rescate de pacientes, sino en la capacitación y sensibilización de los funcionarios en la realización del EMPAM	- Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM) - Capacitar funcionario en la realización del EMPAM	Kinesiólogo, enfermera, médico
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Reforzar la realización de un plan de cuidados para el paciente evaluado y su posterior control	- Capacitar a los funcionarios en la correcta aplicación del EMPAM y en la importancia del seguimiento posterior	Kinesiólogo, enfermera, médico
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Mejorar el índice de pesquisa con énfasis en los grupos de alto riesgo como la población mayor de 65 años	- Solicitar Baciloscopía a todos los sintomáticos respiratorios, con el fin de pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Médico, enfermera, nutricionista, matrona, TENS, administrativo, asistente social, psicólogo
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM	Incorporar la difusión de los productos PACAM en las ferias de salud u otras actividades comunitarias Conocer los impedimentos en el retiro de los productos PACAM y poder diseñar estrategias para su entrega	- Exponer en ferias de salud opciones de recetas con los productos PACAM - Monitorear entrega de PACAM y pesquisar adultos mayores que no lo retiran, con el fin de consultar y conocer los motivos por los cuales no lo hacen	Enfermera, Nutricionista

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Realizar tamizaje según indicación de guías clínicas a población en riesgo de ERC	- Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular. Mantener vigentes exámenes de usuarios que forman parte de la PSCV	Médico, enfermera, nutricionista
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC \geq 30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $<$ 45 mL/min/1.73m ²)	Aumentar la cobertura de tratamiento específico enfocado en la prevención de progresión de ERC en los usuarios con DM2	- Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV	Médico
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Identificar y priorizar intervenciones integrales en pacientes con dependencia moderada o severa con diagnóstico de cáncer o dolor	- Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera, asistente social, psicólogo
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	- Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Jefaturas de sector, administrativo
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia	Mantener o mejorar metas alcanzadas en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes	- Aplicación de cuestionarios de funcionalidad y Timed up and go al ingreso y egreso del programa para medir mejoras de la condición funcional de los usuarios	Kinesiólogos, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más	Fomentar la integración a los centros de salud de los equipos que ejecutan el convenio MAS, con el fin de facilitar las derivaciones de usuarios posterior a la realización del EMPAM	- Difundir los objetivos y criterios de inclusión en los centros de salud por parte de los equipos. - Derivar a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia, como parte del plan de intervención	Kinesiólogo, enfermera, médico
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el PSCV	- Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV	Médico, enfermera, nutricionista

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el PSCV en relación a la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional	- Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el PSCV	- Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el PSCV en relación a la prevalencia esperada de DM2 a nivel nacional	- Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años	Médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV	Realizar actividades del programa cardiovascular según se indica en guías clínicas nacionales	- Solicitar FO a los pacientes diabéticos en el PSCV que no cuenten con un examen de Fondo de ojo vigente	Tecnólogo, médico, enfermera, nutricionista
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más	Fomentar el re-ingreso a control de pacientes descompensados que han abandonado tratamiento o ingreso para quienes nunca han ingresado al programa	- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en APS	Kinesiólogo, TENS, administrativo
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios	- Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA. - Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario	Kinesiólogo
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios	- Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA - Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario	Kinesiólogo
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio	Priorizar la atención kinésica de los pacientes con derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	- Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años	Kinesiólogo, administrativo
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	Mejorar cobertura del programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC	- Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC	Kinesiólogo

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar operativos que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como son los adultos mayores en hogares	- Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad y realizar pesquisa sistemática de SR	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar operativos que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como son la población privada de libertad	- Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar estudio de todos los contactos de los casos índices detectados de tuberculosis	- Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (Baciloscopia, PCR o cultivo)	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de tratamiento	Realizar controles periódicos y de calidad a los usuarios diagnosticados con tuberculosis	- Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono en los controles. - Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica): - 3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de tratamiento	Realizar seguimiento y acompañamiento a los usuarios diagnosticados con tuberculosis mediante Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	- Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	Enfermera
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Realizar rescate oportuno a pacientes	- Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Médico
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Realizar rescate oportuno a pacientes	- Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	Enfermera, TENS
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Capacitar y sensibilizar a los equipos de los centros de salud, con el fin de comprometerlos con la pesquisa de tuberculosis	- Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio	Enfermera, médico, TENS, integrantes del equipo de TBC

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna neumocócica, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna neumocócica en adultos mayores de 65 años	<p>Administrar una dosis de vacuna Neumocócica, a los usuarios de 65 años</p> <p>Comprometer a los funcionarios en la difusión de las campañas de vacunación</p> <p>Educar y derivar a los pacientes en forma oportuna</p> <p>Realizar rescate de la población inscrita de la población que cumple 65 años</p> <p>Propiciar la oportunidad de vacuna junto con la influenza</p>	Enfermera, TENS
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más	Implementar estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna influenza en adultos mayores de 65 años	<p>Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad.</p> <p>Comprometer a los funcionarios en la difusión de las campañas de vacunación</p> <p>Educar y derivar a los pacientes en forma oportuna</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación en club de adulto mayor, lugar de reuniones de adultos mayores</p>	Enfermera, TENS
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Programar en equipo la realización de al menos dos VDI a pacientes con dependencia severa, cuidador y familia	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia</p> <p>Realizar plan de cuidados integral y realizar seguimiento</p>	Enfermera - Equipo de salud
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Implementar estrategias y realizar educación a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las UPP de los pacientes con dependencia severa	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Enfermera - Equipo de salud

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar evaluación de escala de zarit al ingreso del programa y en la primera VDI anual	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Enfermera- psicólogo – asistente social- medico
Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía	Realizar talleres de capacitación grupales o individuales a cuidadoras(es) y familias entregando las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora (or)	Equipo de salud
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Resolver en APS oportunamente las Urgencias Odontológicas GES que se presenten en adultos mayores	Atención de consultas odontológicas de urgencia GES en adulto mayores Las Urgencias Odontológicas GES no deben ser rechazadas. Los usuarios que consulten por Urgencia deben ser evaluados por Odontólogo, quien determinará la pertinencia y diferirá la atención sólo si corresponde	Odontólogo TENS Odontología Administrativo
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Atención odontológica priorizada en adultos mayores de 65 años	Los adultos mayores de 65 años tienen prioridad en atención de Morbilidad Odontológica en horarios en que sea factible para ellos acudir, ya sea solos o en compañía de un familiar o cuidador	Odontólogo TENS Odontología
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	Atención Odontológica Integral de mujeres mayores de 65 años que requieran rehabilitación protésica	Atención odontológica integral de mujeres mayores de 65 años que requieran rehabilitación protésica ingresan a Programa Más Sonrisas para Chile ejecutado en CEP San Lázaro Las usuarias son derivadas mediante interconsulta desde su Centro de salud previa evaluación por Odontólogo	Odontólogo TENS Odontología

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de Hombres de Escasos Recursos beneficiarios	Atención Odontológica Integral de hombres mayores de 65 años que requieran rehabilitación protésica	Atención odontológica integral de hombres mayores de 65 años que requieran rehabilitación protésica ingresan a Programa Hombres de Escasos Recursos ejecutado en CEP San Lázaro Los usuarios son derivadas mediante interconsulta desde su Centro de salud previa evaluación por Odontólogo	Odontólogo TENS Odontología
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama	Priorizar la derivación a Mamografía de mujeres de 50 a 69 años Aumentar % de Mamografías realizadas a grupo de 50 a 69 años respecto al año anterior	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	Matrona
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS	Difundir respecto a prevención de VIH /ITS en reuniones de CDU, líderes comunitarios y adultos mayores a fin de aumentar la demanda del examen	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos	Matrona
Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor, esto tanto en el territorio como en el Centro de Salud	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población adulta mayor	Equipo de Salud
Detección y primera respuesta en casos de violencia de género e intrafamiliar en adultos mayores	Detectar situaciones de violencia de género en personas entre 65 y más años	Brindar atenciones integrales, orientadas a evaluar indicadores sugerentes de situaciones de violencia intrafamiliar en adultos mayores, buscando realizar pesquisa temprana para llevar a cabo intervenciones atingentes que puedan mitigar las situaciones de maltrato	Pesquisa temprana en atenciones de salud de víctimas de violencia de género	Equipo de Salud

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Detección y primera respuesta en casos de violencia de género e intrafamiliar en adultos mayores	Intervenir episodios de violencia intrafamiliar en personas mayores de 65 años	Visibilizar las situaciones de violencia intrafamiliar y buscar estrategias para el apoyo de la familia, orientado a extinguir dicha situación de violencia. En los casos en que están involucrados menores de edad o personas dependientes, tomar las medidas judiciales correspondientes	Intervenir episodios de violencia intrafamiliar en personas mayores de 65 años. Intervenir casos de nivel de complejidad leve Otorgar 1ª respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa Apoyo en la coordinación con red intersectorial	Psicólogo Asistente Social
Detección y primera respuesta en casos de maltrato al adulto mayor	Detectar indicadores de maltrato al adulto mayor Realizar acciones orientadas a la reconstitución de los derechos del adulto mayor	Brindar atenciones integrales, orientadas a evaluar indicadores sugerentes de situaciones de vulneración de derechos del adulto mayor, buscando realizar pesquisa temprana para llevar a cabo intervenciones atinentes que puedan mitigar las situaciones de maltrato	Pesquisa temprana en atenciones de salud. Evaluación inicial por equipo de salud mental Visita domiciliaria a adultos mayores con sospecha de maltrato Derivación a la red local para acciones de apoyo. Informar de situación detectada a entidades judiciales atinentes Coordinación con redes intersectoriales (SENAMA, OPDAM)	Equipo de salud
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral de salud mental a personas con trastornos mentales	Brindar atenciones de salud mental personas mayores que presenten trastornos mentales. Para lo cual es fundamental realizar un proceso de evaluación inicial y generar tratamientos atinentes según los recursos con que se cuenten en el CESFAM	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica. Según la necesidad de cada usuario en particular Alta o Derivación según amerite la severidad del cuadro y la evolución de éste	Médico Psicólogo Asistente Social
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad (nivel secundario) y el equipo de APS, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria de APS, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales	Presentar casos de manejo complejo en APS en espacio de consultoría con psiquiatra adultos	Psicólogos, asistentes sociales, médicos y médico psiquiatra adultos

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	RRHH
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Realizar programación orientada a generar ingresos asociado a controles, para poder realizar procesos de atención	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en adultos mayores	Psicólogo, Médico, Asistente Social
Detección e intervención en consumo de riesgo de alcohol y otras drogas en adultos mayores	Detectar de manera oportuna el consumo de riesgo de drogas o alcohol en adultos mayores	Todo el equipo de salud debe intencionar la problematización del consumo en riesgo, para lo cual se sugiere aplicar tamizaje de consumo de alcohol y otras drogas y realizar intervenciones breves a quienes así lo requieran	Aplicación de instrumento de tamizaje AUDIT o ASSIST a adultos mayores Intervención Breve a quienes presenten un puntaje sugerente de consumo en riesgo de drogas o alcohol y derivación asistida cuando corresponda	Todo el equipo de salud
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias Esta evaluación según criterios locales asociados al territorio de cada Centro de Salud	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia	Equipo General
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud Potenciar difusión de actividades desde las estrategias comunitarias (consejos de usuarios, comisiones mixtas)	Actividades masivas (ferias de salud, efemérides de salud, celebración día de no fumar para disminuir o cesación del consumo tabáquico) Realización de VDI, con funcionarios capacitados en VDI y horas programadas	Funcionarios de salud Corporación Municipal Puente Alto
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor a 64 años	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud, creación de escuelas comunitarias Difusión y ejecución de actividades intersectoriales, desde las estrategias comunitarias (consejos de usuarios, comisiones mixtas, red comunal del adulto mayor)	Registro adecuado en el protocolo VDI, sistema de información OMI Favorecer horas programadas para reuniones clínicas, por planificación y evaluación de VDI	Funcionarios de salud, intersector, comunidad

X. PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Salud de la Corporación ha venido desarrollando un modelo de Gestión de Calidad desde el año 2012, implementando estrategias tendientes a brindar una atención de salud de calidad, oportuna y segura para los usuarios y usuarias que se atienden en la Red de Salud corporativa.

Durante el año 2018, el objetivo principal ha sido desarrollar acciones que consoliden una cultura de mejoramiento continuo y de seguridad de la atención de salud en todos los establecimientos y centros transversales pertenecientes a la Red de atención del Área de Salud de la CMPA.

Siguiendo con el trabajo desarrollado a lo largo de estos últimos años y considerando la planificación estratégica existente a nivel corporativo, que considera dentro de sus objetivos **“lograr servicios de calidad y seguridad orientados al usuario”**, es que la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud de la CMPA ha establecido la elaboración de lineamientos estratégicos a corto, mediano y largo plazo, para los próximos tres años (2019-2021), tendientes a garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos por el Área, en los cuales se basará la planificación de las tareas en el área de calidad y seguridad asistencial y posteriormente su respectiva ejecución y evaluación, en todos los establecimientos de la Red de Salud Corporativa.

POLÍTICA DE CALIDAD

El primer y fundamental elemento del proceso de mejora continua en los Establecimientos de Salud es la política de calidad. Esta enmarca el camino, la dirección que debe tener la organización en esta área.

Los Establecimientos de la Red de Salud corporativa cuentan con sus políticas de calidad locales ya definidas, en la que se declara formalmente los principios generales de la institución en la temática de calidad y seguridad de la atención de salud, estableciendo el origen ideológico e intelectual de su contenido en función de la mejora continua de los procesos y del aumento de la satisfacción usuaria.



ESTRATEGIA

Para avanzar hacia la consolidación de una cultura de calidad y seguridad de la atención sanitaria entregada en los establecimientos de salud de la Red Corporativa, el Área de Salud ha establecido la instalación de una estrategia de gestión, basada en tres pilares esenciales: Gestión de Calidad, Gestión del Riesgo y Gestión Regulatoria, cada uno de estos pilares relacionados entre sí en una gestión integradora e integrada a la red de salud corporativa.



Gestión de Calidad: basada en la instalación de la mejora continua de los procesos asistenciales en beneficio del mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención y de la satisfacción usuaria.

Gestión del Riesgo: basada en la instalación de la seguridad en las atenciones de salud, en búsqueda de acciones de mejora continua, que aporten a la prevención y antelación a la ocurrencia del daño.

Gestión Regulatoria: basada en la regularización, normalización y cumplimiento de los estándares sanitarios vigentes, en beneficio del mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención.

Basados en los pilares esenciales para la instalación de la estrategia de Calidad y Seguridad en la Red de Salud Corporativa, se establecen los siguientes lineamientos estratégicos, en los cuales se basará la planificación de los próximos tres años.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD ÁREA DE SALUD

1. Existencia de una estructura organizacional definida para la implementación y desarrollo de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa, basada en la mejora continua de los procesos.
2. Fortalecimiento de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa, incorporando la mejoría continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales, según estándares, protocolos y normativas vigentes, con miras a la Acreditación de Salud.
3. Fortalecimiento del cumplimiento de los estándares ministeriales establecidos y vigentes para la Regulación Normativa Sanitaria, en todos los establecimientos de la Red de Salud Corporativa.
4. Instalación de la Gestión del Riesgo asociado a factores que afectan la calidad, seguridad y continuidad de la atención de salud, como pilar fundamental del mejoramiento continuo de los procesos asistenciales.
5. Desarrollo de competencias técnicas en los equipos de salud relacionadas con la entrega de una atención segura y de calidad centrada en las personas, su familia y comunidad.
6. Instalación de una estrategia comunicacional efectiva a nivel institucional, que colabore con la difusión de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa y la Instalación de una cultura de seguridad.

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Existencia de una estructura organizacional definida para la implementación y desarrollo de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa, basados en la mejora continua de los procesos						
Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Establecer una estructura organizacional para la implementación y desarrollo del Plan de Calidad Comunal	Conformar equipo de calidad comunal con organigrama, cargos y funciones definidas	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia y formalización del equipo de calidad comunal (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
	Conformar equipos de calidad locales en los establecimientos de salud con organigrama, cargos y funciones definidas	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia y formalización de los equipos de calidad locales (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
	Actualizar Manual de Calidad Comunal Área Salud	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia de Manual de Calidad actualizado (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
	Actualizar Manual de organización de la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia de Manual de organización de la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud actualizado (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
	Actualizar Manual de elaboración de documentos y gestión documental de la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia de Manual de elaboración de documentos y gestión documental de la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud actualizado (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
	Utilizar los sistemas de registros informatizados disponibles para el monitoreo y evaluación de la gestión de calidad y seguridad en los establecimientos de salud de la Red Corporativa		90%	90%	90%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Fortalecimiento de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa, incorporando la mejoría continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales según estándares, protocolos y normativas vigentes con miras a la Acreditación de Salud						
Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Establecer planes institucionales de calidad locales en los establecimientos de salud basados en los lineamientos estratégicos del plan de calidad comunal	Contar con planes de calidad locales en los establecimientos de salud basados en los lineamientos estratégicos del plan de calidad comunal	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Existencia de planes de calidad locales en todos los establecimientos de salud basados en los lineamientos estratégicos del plan de calidad comunal (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia). Periodicidad Anual
	Contar con política de calidad definida e institucionalizada en todos los establecimientos de salud de la red	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Existencia de la política de calidad definida e institucionalizada en todos los establecimientos de salud de la red (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia)
Establecer los estándares para la acreditación aplicables de acuerdo al tipo de prestaciones otorgadas por los establecimientos de la red de salud	Identificar y analizar el estándar de acreditación de acuerdo al tipo de prestaciones otorgadas por los establecimientos de la red de salud	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Existencia de planes de trabajo en todos los establecimientos de salud de acuerdo a realidad local del estándar de acreditación (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la estrategia). Periodicidad Anual
	Designación de responsabilidades en relación a los distintos ámbitos contenidos en los diferentes estándares de acreditación	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Existencia de planes de trabajo en todos los establecimientos de salud con designación de responsables por ámbitos según estándar de acreditación (se considera 100% de la meta al cumplimiento completo de la actividad). Periodicidad Anual
Realizar un trabajo participativo y consensado de elaboración y/o protocolización de los procesos y/o procedimientos de acuerdo a las exigencias descritas en los estándares de acreditación	Elaboración de los protocolos de los procesos y/o procedimientos de acuerdo a las exigencias descritas en los estándares de acreditación	50%	70%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de protocolos elaborados según exigencia para la acreditación/N° de protocolos totales exigidos para la acreditación. Periodicidad Semestral

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Realizar un trabajo participativo y consensuado de elaboración y protocolización de los procesos y/o procedimientos de acuerdo a las exigencias descritas en los estándares de acreditación	Identificar y elaborar los indicadores pertinentes a los procesos y/procedimientos protocolizados para asegurar su medición periódica	50%	70%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de indicadores definidos según exigencia para la acreditación/N° de indicadores totales exigidos para la acreditación. Periodicidad Semestral
	Realizar ejercicios de constataciones en terreno de las características de la acreditación que contemplan la exigencia de evaluación periódica	50%	70%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de ejercicios de constataciones realizados en el periodo/N° de ejercicios de constataciones en terreno programados para el periodo. Periodicidad Semestral
	Realizar el ejercicio de autoevaluación según estándar de acreditación correspondiente en junio y diciembre de cada año	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de autoevaluaciones realizadas en el periodo/ N° de autoevaluaciones programadas para el periodo. Periodicidad Semestral.
Establecer prioridades entre los establecimientos de la red de salud, para el inicio del proceso de acreditación ante la Superintendencia de Salud	Iniciar proceso de acreditación de la red de salud corporativa (11 establecimientos)	10%	20%	30%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de establecimientos de la red postulados a la acreditación/ N° de establecimiento de la red corporativa. Periodicidad Anual

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Fortalecimiento del cumplimiento de los estándares ministeriales establecidos y vigentes para la Regulación Normativa Sanitaria en todos los establecimientos de la Red de Salud Corporativa

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Contar con todas las autorizaciones sanitarias de instalación y funcionamiento vigentes en los establecimientos de la red de salud corporativa	Cumplir con las normas técnicas y mejorar continuamente los estándares de infraestructura, equipamiento y mobiliario de los recintos clínicos y generales de los Centros de Salud	50%	75%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Equipo de Salud Departamento de Operaciones. Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de resoluciones de autorización de funcionamiento emitidas por la autoridad sanitaria / N° total de recintos pendientes programados que requieren autorización sanitaria de funcionamiento. Periodicidad Anual
	Disponer de información técnica y presupuestaria vigente sobre proyectos de infraestructura, orientados al cierre de brechas de cumplimiento de las normas técnicas de autorización sanitaria en los Centros de Salud	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Equipo de Salud Departamento de Operaciones. Equipos directivos de los Establecimientos de Salud	1 reporte valorizado de brechas de autorización sanitaria, por cada centro de salud de la red corporativa, actualizado anualmente
Contar con personal certificado según área de competencia técnica y/o profesional en los Centros de Salud de la Red Corporativa	Mantener actualizado y vigente el registro de operadores de equipamiento que exige certificación SEREMI (Calderas, Autoclaves, Equipos de Rayos X)	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Coordinación comunal de Capacitación y Docencia.	Existencia de una base de datos por centro de salud, actualizada anualmente, con información sobre cursos realizados, rendición de exámenes y área de ocupación vigente del personal que corresponda.
	Contar con personal certificado y regularizado en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud	100%	100%	100%	Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud. Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Registro semestral de inscripción de profesionales y técnicos en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Contar con equipamiento certificado y/o autorizado por la autoridad sanitaria, según la regulación vigente	Mantener actualizado y vigente el catastro de equipamiento que requiere certificaciones periódicas por parte de la autoridad sanitaria	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Departamento de Operaciones. Encargados de equipamiento de los Establecimientos de Salud	Existencia de una base de datos, actualizada anualmente; y programación trienal de certificaciones de Calderas y Autoclaves, Equipos de Rayos y Generadores Eléctricos
Fortalecer la implementación y cumplimiento de la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de los pacientes en los centros de salud corporativos	Promover el cumplimiento de los decretos que regulan la implementación de la Ley 20.584 en los centros de salud corporativos	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Equipo de Coordinadores Técnicos del Área de Salud	1 reporte de monitoreo anual, por centro de salud, sobre el estado de cumplimiento de la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios, a través del cumplimiento de los reglamentos regulatorios
Fortalecer el cumplimiento de la normativa vigente sobre los procesos asistenciales, vinculados a la atención y los servicios prestados en la red de salud corporativa	Promover el cumplimiento de la normativa vigente en materias de calidad y seguridad de la atención, en todos los centros de la red de salud corporativa	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud. Equipo de Coordinadores Técnicos del Área de Salud	Existencia y difusión de biblioteca digital en plataforma de Gestión Corporativa, con normativa aplicable a los centros de salud de la red corporativa

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Instalación de la Gestión del Riesgo asociado a factores que afectan la calidad, seguridad y continuidad de la atención de salud como pilar fundamental del mejoramiento continuo de los procesos asistenciales

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Gestionar el riesgo en relación a la exposición a la están expuestos los funcionarios que trabajan en la red de salud corporativa	Contar con un Plan de Salud Laboral que considere los riesgos de mayor relevancia a los que están expuestos los funcionarios Red de Salud Corporativa	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Asesora en Prevención de Riesgos	Existencia de Plan de Salud Laboral con Programación Anual
	Establecer condiciones óptimas de seguridad en las instalaciones de los establecimientos de salud de la Red Corporativa	50%	70%	90%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Asesora en Prevención de Riesgos	Existencia de planes de mantención preventiva de las instalaciones relevantes según criterios para la acreditación de salud

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Gestionar el riesgo en relación a la exposición a la están expuestos los funcionarios que trabajan en la red de salud corporativa	Contar con Planes institucionales de emergencia y evacuación en todos los establecimientos de salud de la Red Corporativa	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Asesora en Prevención de Riesgos	Existencia de Planes institucionales de emergencia y evacuación en todos los establecimientos de salud de la Red Corporativa
	Contar con plan de contingencia en caso de interrupción de los suministros básicos en todos los establecimientos de salud de la Red Corporativa	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Asesora en Prevención de Riesgos	Existencia de plan de contingencia en caso de interrupción de los suministros básicos en todos los establecimientos de salud de la Red Corporativa
	Contar con planes de intervención sobre la evaluación de riesgos e identificación de peligros en los establecimientos de salud de la Red Corporativa	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Asesora en Prevención de Riesgos	Existencia de planes de intervención sobre la evaluación de riesgos e identificación de peligros en los establecimientos de salud de la Red Corporativa.
Establecer un sistema integrado de Gestión del Riesgo relacionado con el paciente en temas relativos a: Eventos Adversos y centinelas, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, IAAS, Vacunas, Vigilancia epidemiológica	Sensibilización a los equipos de salud en el desarrollo de una cultura de seguridad integrada	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Capacitación en Calidad y Seguridad anual dirigida a los directores, encargados de calidad, encargados de eventos adversos y jefes de unidad de los distintos centros de salud de la CMPA realizada
	Análisis de la situación y contexto a nivel comunal y local para la Gestión del Riesgo	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Existencia de informe anual de análisis de situación y contexto organizacional a nivel comunal y a nivel local, en cada centro de salud de la CMPA previo a Plan de Calidad
	Avanzar hacia la consolidación de un Sistema de Gestión de Riesgo desde las acciones de vigilancia pasiva a la vigilancia activa	40%	60%	80%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	N° acciones de vigilancia activa realizadas/N° acciones de vigilancia activa programadas

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Establecer un sistema integrado de Gestión del Riesgo relacionado con el paciente en temas relativos a: Eventos Adversos (EA) y centinelas, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, IAAS, Vacunas, Vigilancia epidemiológica	Revisión e integración del sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas, Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Existencia de un plan de trabajo institucional que integre la Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia IAAS, Vacunas y Vigilancia epidemiológica en toda la red de salud de la CMPA
	Identificación y Análisis integrado de Riesgos de la red de salud de la CMPA		100%		Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	Elaboración de informe de análisis de notificaciones e identificación de riesgos de la CMPA
	Seguimiento de Indicadores Centinelas a partir de la identificación de riesgos de todas las áreas relacionadas con la seguridad del usuario externo a nivel comunal y local				50%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud
Contribuir a la seguridad de la atención sanitaria mediante la implementación de un sistema vigilancia y reporte de eventos adversos y eventos centinela potencialmente prevenibles asociados a la atención de salud	Seguimiento del indicador comunal de gestión de eventos adversos y centinelas de la red de salud de la CMPA	85%	85%	85%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	N° de eventos adversos gestionados / N° de eventos adversos notificados x 100 Periodicidad de la medición: Mensual
	Fortalecer la gestión local y comunal de eventos adversos y centinelas	100%			Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	Elaboración de Manual de herramientas para la gestión de eventos adversos y centinelas
	Elaboración de informes semestrales sobre situación de EA y EC notificados en la red de salud Corporativa, incluyendo planes de mejoras y estrategias de intervención	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	1 Informe semestral (febrero y agosto de cada año)
	Definir fuentes de datos para el estudio, análisis y gestión de EA de la red comunal	80%	80%	80%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud	N° estudios analizados y gestionados / N° estudios programados

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Contribuir a la seguridad de la atención sanitaria mediante la implementación de un sistema de vigilancia y reporte de eventos adversos y eventos centinela potencialmente prevenibles asociados a la atención de salud	Supervisión de Análisis Causa Raíz y planes de mejora de los eventos centinelas ocurridos en los Centros de Salud	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° planes de mejora de eventos centinelas supervisados / N° planes de mejora de eventos centinelas elaborados x 100 Periodicidad de la medición: semestral
	Fortalecer la etapa de implementación de planes de mejora y la supervisión de ellos	100%	100%	100%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud y Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud	N° de planes de mejora de eventos adversos y centinelas supervisados dentro del plazo establecido/N° de planes de mejora de eventos adversos y centinelas realizados. Periodicidad de Medición: trimestral
	Establecer auditorías de los procesos de atención para asegurar la existencia de prácticas clínicas seguras	80%	80%	80%	Unidad de Calidad y Seguridad Área de Salud, Equipos de Calidad de los Establecimientos de Salud, Coordinadores Técnicos	N° auditorías realizadas / N° auditorías programadas x 100 Periodicidad de la medición: Semestral

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Desarrollo de competencias técnicas en los equipos de salud relacionadas con la entrega de una atención segura y de calidad centrada en las personas, su familia y comunidad

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Capacitar de manera sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a todo el equipo de salud	Capacitación a todo el equipo de salud en calidad y acreditación	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a todo el equipo de salud en riesgo y seguridad en la atención de salud	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación al equipo de salud que realiza atención directa de los pacientes en RCP	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a todo el equipo de salud en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente que regula la atención de salud	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a los equipos de IAAS de los establecimientos de salud de la Red Corporativa	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Capacitar de manera sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a todo el equipo de salud	Capacitación a todo el equipo de salud en el manejo de situaciones de emergencia y evacuación	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a todo el equipo de salud en temáticas de seguridad laboral	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a los equipos de calidad en temáticas de Acreditación de Prestadores de Atención Abierta	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual
	Capacitación a todo el equipo de salud en atención al usuario y satisfacción usuaria	40%	80%	100%	Unidad de Capacitación Área Salud	Cumplimiento del plan de capacitación anual

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO: Instalación de una estrategia comunicacional efectiva a nivel institucional que colabore con la difusión de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa y la Instalación de una cultura de seguridad

Objetivo	Estrategia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Responsable	Evaluación
Diseñar un plan comunicacional que permita la instalación de la cultura de calidad y seguridad en la red de salud corporativa	Presentar a nivel corporativo la importancia de comunicar la gestión de calidad y seguridad en la atención de salud	100%	100%	100%	Unidad de Comunicaciones y Unidad de Calidad y Seguridad Área Salud	N° reuniones realizadas / N° reuniones programadas. Periodicidad Semestral
	Elaborar un Plan Comunicacional de la Gestión de Calidad y Seguridad de la Red de Salud Corporativa	80%	90%	100%	Unidad de Comunicaciones y Unidad de Calidad y Seguridad Área Salud	N° actividades realizadas / N° actividades programadas. Periodicidad Semestral
	Reactivar el mensaje corporativo "Con calidad caminamos seguros"	100%	100%	100%	Unidad de Comunicaciones y Unidad de Calidad y Seguridad Área Salud	Instalación logo de calidad corporativo
	Fortalecer los canales de comunicación existentes a nivel corporativo en función de la difusión de la calidad y seguridad	50%	70%	90%	Unidad de Comunicaciones y Unidad de Calidad y Seguridad Área Salud	N° canales de comunicación utilizados / N° canales de comunicación existentes. Periodicidad Semestral.

XI. PLAN DE CAPACITACIÓN

1. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

La organización de las actividades del Plan de Capacitación 2019 del Área de Salud se realiza tomando en consideración tres insumos básicos:

- Líneas estratégicas de la organización.
- Necesidades formativas que se generan en relación a los objetivos específicos para cada uno de los estamentos de la organización, pertenecientes a los Centros de Salud corporativos.
- Necesidades expresadas por los funcionarios, a través de la Encuesta Online de Necesidades de Capacitación aplicada a éstos, durante el mes de agosto del 2016 y que permitió confeccionar los planes de capacitación, desde el año 2017 al 2020.

En el presente Plan de Salud se proponen una serie de líneas estratégicas cuya implementación exige adecuar los conocimientos y las habilidades de las personas a las nuevas tareas, metodologías y responsabilidades que deben asumir. De estas líneas estratégicas se desprenden los siguientes aspectos, que serán priorizados al momento de estructurar la Malla de Capacitación 2019:

- Alcanzar un estándar de calidad homogéneo en todos los Establecimientos de Salud Corporativos en las actividades clínicas, administrativas y de apoyo.
- Cumplir con las condiciones técnicas requeridas para que los Establecimientos de Salud sean acreditados en calidad y sean por lo tanto prestadores válidos para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.
- Orientar la organización al servicio del paciente: mejorar la entrega de información y trato a pacientes y familiares considerando aspectos legales vigentes.
- Mejorar las técnicas de planificación y optimización de recursos, así como las herramientas de gestión clínica para los diversos estamentos: guías clínicas y gestión por procesos.
- Mejorar la competencia de los profesionales en los sistemas de información y nuevas tecnologías.
- Promocionar la salud laboral de los trabajadores, para que repercuta en una atención de calidad hacia los usuarios.
- Incentivar el trabajo en equipo y un buen clima laboral.

- Entregar directrices para la gestión administrativa, física y financiera.
- Incentivar al equipo de salud para trabajar de una forma colaborativa e integrada, construyendo nuevos conocimientos a partir de su práctica con un enfoque integral de promoción de salud y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.
- Fortalecer competencias interculturales y de género en el personal de salud, a fin de que su desempeño se realice con una perspectiva intercultural; mejorando así, la satisfacción usuaria.
- Entregar conceptos sobre el fenómeno de la situación de salud de la población migrante latinoamericana en Chile, con el fin de generar una reflexión y herramientas para la atención en salud.
- Desarrollar habilidades que permitan conocer y aplicar las herramientas metodológicas del proceso de acreditación para establecimientos de atención abierta.

ESTADO ACTUAL DE NECESIDADES FORMATIVAS

Actualmente, en el Área de Salud perteneciente a la Corporación, se detecta la siguiente situación en relación a capacitación:

- Los recursos humanos del Área de Salud poseen en su mayor parte, una adecuada cualificación profesional. Se han producido mejoras continuas en el proceso de capacitación año tras año.
- Se detecta la necesidad de aplicar acciones formativas específicas para cada estamento y transversales a todos los funcionarios pertenecientes al Área de Salud.
- Debido a la exigencia actual de las Garantías de Calidad y Acreditación de los Centros de Salud, se detecta la necesidad de realizar formación de los funcionarios en esta temática.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

El Plan de Capacitación 2019 persigue la consecución de los objetivos inicialmente señalados, que se desprenden de los lineamientos estratégicos del Área de Salud. Por ello, la efectividad de cualquier actividad formativa incluida en el mismo, debe ser evaluada desde cuatro puntos de vista:

- Valoración de los conocimientos adquiridos por el personal que participe en la actividad. Esta podrá efectuarse mediante el planteamiento y evaluación de ejercicios prácticos, pruebas o elaboración de proyectos, que podrán ser aplicados en los respectivos centros de salud a los cuales pertenezcan los participantes de las actividades de capacitación.

- Valoración del grado de satisfacción del personal participante con la actividad formativa, tanto con carácter global como específico.
- Evaluación a corto y mediano plazo, de la utilidad práctica que el personal formado ha hallado en la aplicación de los conocimientos adquiridos, en el desempeño de las funciones.
- Impacto de las acciones formativas en la organización (a nivel de centro de salud o Área de Salud).

La evaluación y seguimiento del programa propuesto como Malla de Capacitación 2019 del Área de Salud será responsabilidad de la Coordinación de Capacitación, Docencia e Investigación, en conjunto con la Comisión de Capacitación y Encasillamiento.

Si bien la Malla de Capacitación 2019 constituye el eje en torno al cual se organiza la actividad formativa para el año, ésta debe ser entendida como un instrumento flexible, el cual puede sufrir modificaciones a lo largo del desarrollo del periodo, debiendo adecuarse a las necesidades que obliguen a adaptarlo, ya sea agregando actividades de capacitación o suspendiendo alguna de ellas por causas claramente justificadas, previa autorización y evaluación de la Dirección de Área de Salud.

Al terminar el año, se confeccionará un documento con los resultados alcanzados en las distintas actividades, ejecución de gastos, número de asistentes, entre otros.

DISEÑO E IMPLEMENTACION PLAN DE CAPACITACIÓN 2019 ÁREA DE SALUD

- Las actividades de capacitación se dirigirán a todos los estamentos de la organización (incluyendo directivos), fomentando la participación de todos los funcionarios pertenecientes al Área de Salud.
- Se evaluará globalmente y de manera periódica (trimestral), cada actividad de capacitación.
- Cada actividad de capacitación contará con el presupuesto necesario para su financiamiento.

2. DESTINATARIOS

La malla de capacitación 2019 va dirigida a los funcionarios pertenecientes al Área de Salud, siendo de 1.310, el número total de trabajadores de los Centros de Salud corporativos.

Para el año 2019, se pondrá especial énfasis en actividades de capacitación específicas para las Unidades transversales de la organización.

3. MODALIDADES DE GESTIÓN FORMATIVA PREVISTAS

Las actividades formativas irán encuadradas en cuatro tipos de programas:

PROGRAMAS DE FORMACIÓN GESTIONADOS A TRAVÉS DE UNA OTEC CON UTILIZACIÓN DE FRANQUICIA SENCE

Para cada actividad de capacitación que se incluye en estos programas se selecciona y contrata una OTEC encargada de entregar y supervisar la adecuación conceptual, metodológica y docente de los mismos. Las actividades a realizar consisten en Cursos y Talleres, subrayando la importancia de la metodología participativa sobre la expositiva.

PROGRAMAS DE FORMACIÓN GESTIONADOS INTERNAMENTE

Serán organizados a través de las coordinaciones técnicas dependientes de la Subdirección Técnica del Área de Salud, de acuerdo con los objetivos y prioridades establecidos en el presente Plan de Formación. Las actividades a desarrollar incluyen Cursos y Talleres. Los programas han de ser elaborados en relación a las necesidades formativas específicas, que deban ser cubiertas y adecuadas al ámbito local y/o área administrativa específica.

A lo anterior se añade, capacitaciones internas que quieran impartir los mismos funcionarios de los Centros de Salud, con la respectiva evaluación y aprobación de la Subdirección Técnica y el coordinador técnico correspondiente. Además, se apoya desde la Coordinación de Capacitación, Docencia e Investigación con material corporativo (lápices, carpetas), certificación correspondiente y coffee o fondos a rendir previa aprobación de Directora y Encargada Financiera del Área de Salud.

PROGRAMAS DE FORMACION GESTIONADOS DIRECTAMENTE DESDE EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

La autorización por parte de la Dirección de Salud de las actividades de formación, se priorizará de acuerdo a la adecuación de los programas propuestos en los objetivos contenidos en el presente Plan de Formación.

El Servicio de Salud otorgara cupos para los funcionarios de la Corporación, interesados en realizar Cursos o Diplomados a traves del Convenio Mandato “Programa Capacitación y Formación Atención Primaria en la Red Asistencial”, dada la necesidad de contribuir al desarrollo, fortalecimiento de capacidades y competencias laborales, para el trabajo de la Atención Primaria de Salud.

En relación a las pasantías nacionales e internacionales enmarcadas en el programa de capacitación y perfeccionamiento de funcionarios y funcionarias que se desempeñan en Atención Primaria de Salud, se enviará en una fecha establecida por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, un listado priorizado de postulantes profesionales y técnicos, administrativos y auxiliares de servicios de salud. Posteriormente, se conformará una Comisión de Calificación constituida en el Servicio de Salud, donde se revisarán los antecedentes y calificará a los postulantes para asignar los cupos.

OPCIONES METODOLÓGICAS PREVISTAS

Se impartirán actividades teóricas y prácticas. Las actividades serán presenciales, pudiendo ser solicitados informes o trabajos prácticos vía correo electrónico, dependiendo de los requerimientos del profesorado y de las necesidades específicas del grupo de funcionarios a capacitar.

4. FINANCIAMIENTO

El presupuesto aprobado por concepto de capacitación para personal perteneciente al Área de Salud se destinará a la realización de actividades de formación:

- El presupuesto 2019 para este concepto es de \$ 46.640.000 (cuarenta y seis millones seiscientos cuarenta mil pesos).
- Este presupuesto considera la capacitaciones presentadas en la malla, para los Centros de Salud.

5. PROPUESTA MALLA CAPACITACIÓN 2019

Lineamientos Estratégicos	Actividades de Capacitación	Dirigido a
1. Modelo de Atención	Riesgo cardiovascular y climaterio	B
	Curso modelo de cuidados crónicos	A,B,C
	Salud integral infante – adolescente	A,B
	Visita domiciliaria integral en APS	A,B
	Salud familiar	A,B,C,D,E,F
2. Gestión en Red	Vigilancia epidemiológica	A,B
	Programa de vacunación	A,B,C
3. Garantías Explícitas en Salud	Patologías GES y Sigges	A,B,C,D,E
4. Calidad de atención y trato al usuario	Actualización programa cardiovascular para APS	A,B
	Reanimación cardiopulmonar (RCP básico)	B,C,D,E,F
	Apoyo vital avanzado pediátrico (PALS)	A

Lineamientos Estratégicos	Actividades de Capacitación	Dirigido a
4. Calidad de atención y trato al usuario	Actualización en programas preventivos EMP y EMPAM	B,C
	Salud mental en APS	A,B
	Prevención de suicidio adolescente y primera respuesta a conductas de riesgo	A,B,C
	Jornada salud intercultural	A,B,C,D,E,F
	Jornadas de buenas prácticas (JBP)	A,B,C,D,E,F
	Jornada de equipos psicosociales de salud mental	B
	Protocolo atención usuario	C,D,E
	Acreditación para prestadores institucionales de atención abierta	A,B,C,D,E,F
	Formación para evaluadores del sistema nacional de acreditación de prestadores institucionales de salud	B
	Construcción de indicadores en salud	B
	Calidad y acreditación	A,B,C,D,E,F
	Gestión del riesgo y seguridad de la atención en salud	A,B,C,D,E,F
	Prevención del cáncer cervicouterino y cáncer de mama	B
	Manejo de material cortopunzante	C,D
	Consejería en VIH	B
	Actualización en patología mamaria e imagenología de apoyo	A,B
	Manejo del trauma dentoalveolar en APS	A
	Electrocardiograma (ECG)	C
	Protección radiológica	C
	Curso en manejo avanzado de heridas	C
	Taller de trabajo comunitario	A,B,C,D,E,F
	Manejo de áreas clínicas de trabajo	B,C,D
	Acceso a plataforma SIS-Q MINSAL para autorización sanitaria y acreditación	A,B,C
	Actualización en farmacia	B,C,D,E
	Acoso laboral	A,B,C,D,E,F
	Conducción a la defensiva	F
	Curso para operadores de calderas y autoclaves bajo DS 10	C,D
5. Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria	Comunicándonos	A,B,C,D,E,F
	Liderando ambientes de trabajo saludable	A,B,C,D,E,F
	Resolviendo conflictos	A,B,C,D,E,F
6. Tecnologías de Información y Comunicaciones	Excel	A,B,C,D,E,F
7. Gestión y desarrollo de las personas	Liderazgo y trabajo en equipo	A,B,C

Lineamientos Estratégicos	Actividades de Capacitación	Dirigido a
8. Contingencias, Emergencia y Catástrofes	Observación de comportamiento	A,B,C,D,E,F
	Seguridad en trabajo en altura	D
	Taller uso y manejo de extintor	A,B,C,D,E,F
	Monitor en prevención de riesgos	A,B,C,D,E,F
	Taller del árbol causal	A,B,C,D,E,F

XII. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN

A contar del año 2011, el Área de Salud implementa la Unidad de Investigación y Difusión con el propósito de “sistematizar y difundir el conocimiento generado por los equipos de salud de esta institución “(Memorándum 317 del 11 de julio 2011). En este año, se definen los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar investigación aplicada en el nivel primario de atención a través de una Unidad de investigación y difusión del Área de Salud, de forma tal de contribuir a la generación de conocimiento propio, impactando positivamente en la atención de salud otorgada a la población beneficiaria de Puente Alto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformar un equipo de investigación local, aprovechando las competencias adquiridas por integrantes de la dotación corporativa y la existencia de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) y coordinadores.
- Destinar un presupuesto inicial para el desarrollo de las actividades propias de la Unidad, que permita generar evidencia en salud con rigor científico, que contribuya al diseño de políticas públicas para el mejoramiento de los niveles de salud de la población.
- Establecer las líneas de investigación prioritarias para el mejoramiento de la atención de salud de la comuna que digan relación con los objetivos sanitarios nacionales establecidos para la década 2010 – 2020.
- Establecer relaciones de cooperación con otras instituciones como Ministerio de Salud (MINSAL), Universidades, ONG, fundaciones, entre otras, para potenciar los recursos y los objetivos comunes.
- Acceder en un futuro cercano al financiamiento de proyectos de investigación, a través de fuentes externas como CONICYT, FOGARTY, OPS, entre otros.
- Divulgar en la comunidad científica y de gestores en salud, la evidencia obtenida a través del desarrollo de proyectos de investigación local, utilizando como medios principales la publicación de artículos en revistas de conocido prestigio y/o en presentaciones en congresos, conferencias u otras instancias similares.

LOGROS ALCANZADOS

Regulación de solicitudes de investigación:

Los Establecimientos de Salud corporativos permanentemente tienen solicitudes de autorización para realizar investigaciones por distintas entidades académicas, en diversas temáticas y considerando los recursos locales como parte de su desarrollo. Con el fin de regular estas demandas se estableció un flujo para evaluación de solicitudes de apoyo a investigaciones externas.

Este flujo, que incorpora a coordinadores comunales, subdirección técnica, directores y Unidad de investigación, tiene por objetivo evaluar la pertinencia de la investigación para APS, la robustez metodológica, la carga económica que considera realizar esta investigación, valorizando el tiempo de los equipos de salud, como equipos informáticos requeridos.

Hasta la fecha se han evaluado 42 solicitudes de apoyo a investigaciones externas aprobándose para su desarrollo en los centros corporativos, 15 de ellos.

Apoyo a equipos de salud local:

La Unidad de Investigación ha realizado apoyo metodológico a los equipos de salud local en diversas instancias.

La primera de ellas correspondió a la elaboración de resúmenes para la presentación de experiencias en la Jornada de Salud Pública de la Universidad de Chile 2012, en donde se presentaron, seleccionaron y expusieron 3 experiencias locales.

La segunda instancia fue el apoyo metodológico para 33 interesados en presentar en las Jornadas de Buenas Prácticas del Área de Salud de la CMPA 2012. Finalmente se lograron elaborar 17 presentaciones de trabajos locales, adecuadamente realizados.

La tercera tuvo como objetivo apoyar a un grupo de facilitadoras interculturales en el desarrollo de un diagnóstico participativo, para conocer cuáles son las necesidades de salud de las personas que viven en la comuna y que tienen una identificación con el pueblo mapuche. Se trabajó en el diseño del estudio, de tipo exploratorio, abordando principalmente la metodología cualitativa y se ha mantenido un apoyo constante desde el año 2015.

La cuarta corresponde al diseño y ejecución de la capacitación “Principios básicos de metodología de investigación” realizada el año 2015, en donde se formaron 25 profesionales de la salud.

Apoyo a la gestión local:

Durante el año 2013, se representó a la comuna ante el MINSAL en la utilización de sistema de Association of Clinical Groups (ACG) de la Universidad John Hopkins, para lo que fue necesario capacitarse durante 4 meses en su utilización. Finalmente, se probó el sistema con datos de Puente Alto, presentando sus resultados en una Jornada Nacional liderada por el MINSAL.

En el año 2014, se desarrolló la Encuesta de Satisfacción Usuaría (ESU) aplicada a todos los centros de salud administrados por la Corporación, entregándose un informe detallado de los hallazgos.

A raíz de los estudios de autoeficacia e intervención motivacional realizados en los Centros de Salud corporativos, se propuso una innovación al Programa Vida Sana Obesidad, que fue acogida por el Coordinador de Salud del Adulto y Adulto Mayor. Se diseñó durante el año 2014 y se aplicó durante el año 2015. Actualmente, está en etapa de seguimiento de la cohorte.

En el año 2016, se desarrolló la segunda ESU que expuso comparativamente los resultados entre Centros de Salud y las mediciones realizadas el año 2014.

Durante los últimos 2 diagnósticos participativos se apoyó a la coordinación corporativa de promoción, en la orientación metodológica de los equipos, para realizar esta tarea.

Anualmente, se realiza un análisis de la mortalidad comunal para complementar el Plan de Salud y aportar con datos propios a las políticas locales.

Colaboración y Asociatividad con otras Instituciones:

El año 2013, se elaboró un convenio de colaboración en ámbitos de investigación y docencia, entre el Instituto de Tecnología de los Alimentos (INTA), dependiente de la Universidad de Chile y, la Corporación.

Durante el año 2015, se firmó contrato de venta de exámenes al CINUT para la realización de un proyecto de investigación que permite el desarrollo de análisis de insulínemia en el laboratorio corporativo, así como también contar con recursos para el mejoramiento de algunos procesos locales.

Investigaciones como institución asociada:

La colaboración con la Universidad de Chile ha permitido a la Corporación participar como institución asociada coautora en los siguientes proyectos:

- Effectiveness on maternal and offspring metabolic control of a home-based dietary and physical activity counseling and n3-long chain pufa supplementation in obese pregnant women <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/118271>
- Embarazo adolescente riesgo metabólico, porcentaje de grasa corporal y retención de peso, a los dos años después del parto, en gestantes adolescentes que ingresaron a la cohorte chimincs el año 2013, en el área sur-oriente, de la Región Metropolitana <http://www.conicyt.cl/fonis/files/2016/03/Resolucion-Adjudicacion-Proyectos-XIII-Concurso-Fonis.pdf>

Publicaciones como institución asociada:

Effectiveness on maternal and offspring metabolic control of a home-based dietary counseling intervention and DHA supplementation in obese/overweight pregnant women (MIGHT study): A randomized controlled trial—Study protocol <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.05.007>

Investigaciones locales:

Durante este tiempo se han realizado o están en ejecución algunos proyectos de investigación que aportan al conocimiento más acabado de la realidad sanitaria de la comuna y cómo se puede impactar de mejor manera en Salud:

- Mortalidad Infantil en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. 1990-2010. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. <http://repositorio.conicyt.cl>
- Creencias y motivaciones de un grupo de diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, para abandonar un programa de actividad física. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl>
- Asociación entre la percepción de autoeficacia y las conductas de autocuidado en salud. <https://image.slidesharecdn.com/libroresumenstp-140915145142-phpapp02/95/libro-resumen-salud-en-todas-las-polticas-132-638.jpg?cb=1411479918>
- Creencias y motivaciones, para adherir a un programa de actividad física en diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez <https://image.slidesharecdn.com/libroresumenstp-140915145142-phpapp02/95/libro-resumen-salud-en-todas-las-polticas-51-638.jpg?cb=1411479918>
- Evaluando una intervención de Salud Cardiovascular desde lo Cualitativo al primer Post Congreso ICQI (International Congress of Qualitative Inquiry) realizado en Latinoamérica, en la ciudad de Córdoba, argentina, denominado I Congreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Durante 2 y 3 octubre de 2014 (anexo 12) <http://docplayer.es/20707856-I-post-congreso-icqi-i-congreso-de-investigacion-cualitativa-en-ciencias-sociales-horario-actividad-sala-programa-definitivo.html>
- Estudio y Análisis de un Modelo de Atención para pacientes con Multimorbilidad en la Atención Primaria de Salud. En proceso de Evaluación FONIS 2018.

DESAFÍOS FUTUROS

- Profundizar y proyectar en el tiempo, la colaboración y alianza con instituciones académicas en ámbitos de investigación.
- Lograr posicionar la investigación como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud tal como lo propicia la OMS/OPS que contribuya a la mejora continua de los procesos de atención en salud.
- Contar con la capacidad legal de postular a fondos de investigación.

- Contribuir a las políticas de salud con la evidencia local, generando conocimiento tanto para la toma de decisiones de inversión de recursos como para las áreas técnicas de manejo sanitario.
- Atraer a recursos humanos profesionales interesados en desarrollar investigación aplicada en salud.

XIII. DOTACIÓN

INTRODUCCIÓN

La Comisión Dotación se constituye para efectuar análisis de la conformación del recurso humano que depende de la Dirección de Salud de la Corporación, con el objetivo de entregar información que permita orientar la toma de decisiones.

Sus objetivos son a corto y mediano plazo:

- Conocer la composición de la dotación de salud en términos de cantidad, jornadas, categorías, estamentos, tipos de contrato y distribución.
- Analizar tasas de recursos profesionales en cada Centro y a nivel comunal.
- Contribuir en la toma de decisiones de distribución de recurso humano y crecimiento sustentable de la dotación de salud.
- Definir estándar de dotación para la APS local.

METODOLOGÍA

Resultados Generales

En el corte de julio 2018, se cuenta con un total de 1.329 personas dependientes del Área de salud, equivalentes a 1.166,3 cargos de jornada completa.

El 75% de la dotación es de sexo femenino. El 63,4% se concentra en los grupos de 25 a 44 años.

A la fecha del análisis, existen 19 personas (1,4% del total del recurso humano dependiente de la Dirección de Salud) que laboran en Establecimientos de Salud municipal o en la entidad administradora de salud que mantienen contratos bajo el Código del Trabajo. Estas personas prestan servicios en Centro de Integración María Isabel, Farmacia Solidaria, CDI y Administración en Salud.

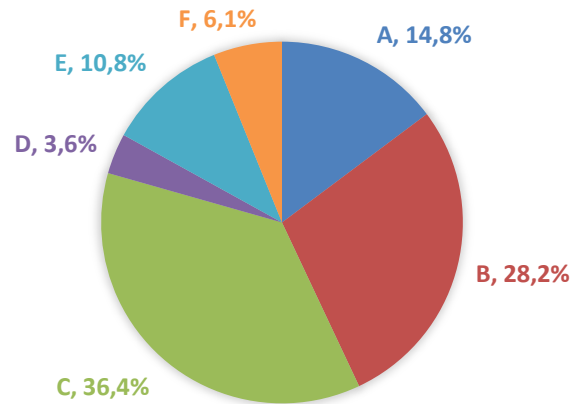
Resultados Ley APS

El siguiente análisis corresponde a la totalidad de la dotación propiamente tal: funcionarios contratados bajo la Ley N°19.378, con contratos indefinidos o plazos fijos.

El total de personas contratadas es de 1.310, equivalente a 1.150,75 jornadas de 44 horas. El análisis está en relación al número de jornadas contratadas.

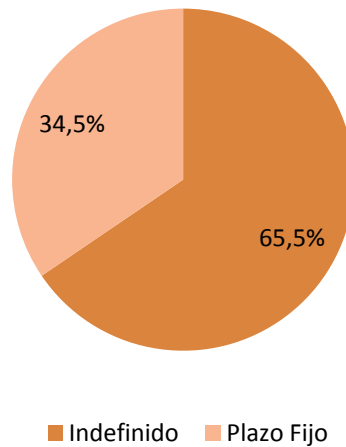
1. **Composición por Categoría:** el 43% de la dotación corresponde a estamentos profesionales distribuidos en las categorías A y B.

Distribución de la dotación comunal según categorías, Puente Alto, 2018



2. **Proporción 80/20:** según el tipo de contrato, el 65,5% de la dotación tiene contrato indefinido y un 34,5% presenta contratos a plazo fijo.

Distribución de la dotación según tipo de contrato Puente Alto, 2018



La categoría A es la que presenta menor proporción de contratos indefinidos a nivel comunal, lo que es consistente con la alta rotación que existe entre estos profesionales (ver la siguiente tabla).

Distribución comunal de tipos de contrato según categorías, Puente Alto, 2018

Categorías	Indefinido	Plazo Fijo
A	37,5%	62,5%
B	64,7%	35,3%
C	76,4%	23,6%
D	96,4%	3,6%
E	66,1%	33,9%
F	52,5%	47,5%
Total comunal	65,5%	34,5%

Los centros de costos con menor proporción de contratos indefinidos son CEIF (34,8%) y CESFAM Vista Hermosa (44,9%).

Distribución de tipos de contrato según centro de costo, Puente Alto, 2018

Centro de Costo	Indefinido	Plazo Fijo
Módulo Dental	100,0%	0,0%
Centro de Imágenes	79,4%	20,6%
CES AR	72,1%	27,9%
CESFAM BL	71,4%	28,6%
CESFAM CRSH	69,2%	30,8%
CESFAM LV	67,4%	32,6%
CESFAM SG	67,2%	32,8%
Laboratorio	64,5%	35,5%
CEP SL	63,9%	36,1%
CESFAM PMV	63,6%	36,4%
Administración Salud	58,1%	41,9%
CESFAM KW	56,2%	43,8%
CIMI	50,0%	50,0%
CESFAM VH	44,9%	55,1%
CEIF	34,8%	65,2%
Total general	65,5%	34,5%

- Distribución de la dotación según estamentos: A continuación, se presentan diversas tablas para analizar la distribución de la población en los diferentes centros de costos.

La siguiente primera tabla corresponde a la sugerida para la elaboración del Plan de Salud 2019. Esta tabla presenta el inconveniente de que solicita los datos expresados en total de horas (no jornadas) y solicita tasas de recurso humano según habitante (no tasas por 10.000). Como resultado se obtienen cifras de difícil interpretación.

Requerimientos para Plan de Salud 2019

Categoría	N° funcionarios	Total horas	N° de horas por habitante inscrito
Médico	127	4389	0,0127
Odontólogo	100	2519	0,0073
Químico Farmacéutico	13	572	0,0017
Enfermera/o	83	3300	0,0095
Matrón/a	67	2607	0,0075
Nutricionista	43	1683	0,0049
Asistente Social	40	1507	0,0044
Psicóloga/o	59	2002	0,0058
Kinesióloga/o	44	1507	0,0044
Laboratorista Dental	0	0	0,0000
Profesor Educación Física	1	44	0,0001
Terapeuta Ocupacional	4	143	0,0004
Educadora de Párvulos	9	385	0,0011
Técnico Enfermería Nivel Superior (1)	308	12936	0,0374
Técnico Farmacia Nivel Superior	0	0	0,0000
Técnico Odontología Nivel Superior	34	1144	0,0033
Of. Administrativo (2)	227	9537	0,0275
Ing. Recursos Humanos	1	44	0,0001
Ing. Civil Industrial	1	44	0,0001
Ing. Comercial	2	88	0,0003
Ing. Administración	3	132	0,0004
Ing. Prevención de Riesgos	1	44	0,0001
Ing. Informático	3	132	0,0004
Tecnólogo Oftalmología	3	132	0,0004
Técnico Laboratorio Nivel Superior	2	88	0,0003
Tecnólogo Médico	13	495	0,0014
Técnico en Párvulo Nivel Superior	1	44	0,0001
Técnico Informático Nivel Superior	2	88	0,0003
Técnico Estadístico Nivel Superior	1	44	0,0001
Técnico Paramédico	39	1617	0,0047
Auxiliar Dental	6	220	0,0006
Auxiliar de Párvulos	2	44	0,0001
Auxiliar de Servicio	34	1474	0,0043
Chofer	37	1628	0,0047
Total general	1310	50633	0,15

(1) Incluye 253 horas de Podóloga/o

(2) Dotación conformada por 4.092 h. de Técnico Administración Nivel Superior (categoría C) y 5.445 h. Administrativos (Categoría E)

Por lo anterior, se construyó la siguiente tabla 4, que presenta los datos expresados en jornadas de 44 horas y las tasas expresadas por 10.000 habitantes.

Total de dotación comunal, por estamento y categoría. Puente Alto 2018

Estamento	Categoría	N° funcionarios	Total jornadas	N° jornadas por habitantes inscritos (tasa x 10.000)
Médico	A	127	99,75	2,9
Odontólogo	A	100	57,25	1,7
Químico Farmacéutico	A	13	13,00	0,4
Enfermera/o	B	83	75,00	2,2
Matrón/a	B	67	59,25	1,7
Nutricionista	B	43	38,25	1,1
Asistente Social	B	40	34,25	1,0
Psicóloga/o	B	59	45,50	1,3
Kinesióloga/o	B	44	34,25	1,0
Profesor Educación Física	B	1	1,00	0,0
Terapeuta Ocupacional	B	4	3,25	0,1
Educadora de Párvulos	B	9	8,75	0,3
Ing. Recursos Humanos	B	1	1,00	0,0
Ing. Civil Industrial	B	1	1,00	0,0
Ing. Comercial	B	2	2,00	0,1
Ing. Administración	B	3	3,00	0,1
Ing. Prevención de Riesgos	B	1	1,00	0,0
Ing. Informático	B	3	3,00	0,1
Tecnólogo Oftalmología	B	3	3,00	0,1
Tecnólogo Médico	B	13	11,25	0,3
Técnico Enfermería Nivel Superior	C	297	288,25	8,3
Podóloga/o	C	11	5,75	0,2
Técnico Odontología Nivel Superior	C	34	26,00	0,8
Técnico Laboratorio Nivel Superior	C	2	2,00	0,1
Técnico Administrativo Nivel Superior	C	97	93,00	2,7
Técnico en Párvulo Nivel Superior	C	1	1,00	0,0
Técnico Informático Nivel Superior	C	2	2,00	0,1
Técnico Estadístico Nivel Superior	C	1	1,00	0,0
Técnico Paramédico	D	39	36,75	1,1
Auxiliar Dental	D	6	5,00	0,1
Administrativo	E	130	123,75	3,6
Auxiliar de Párvulos	E	2	1,00	0,0

Estamento	Categoría	N° funcionarios	Total jornadas	N° jornadas por habitantes inscritos (tasa x 10.000)
Auxiliar de Servicio	F	34	33,50	1,0
Chofer	F	37	37,00	1,1
Total general		1310	1150,75	33,3

De la tabla anterior, se desprende que la Corporación cuenta con menos de 3 médicos por cada 10.000 habitantes. Esta tasa incluye todos los cargos administrativos (que no realizan atención directa), por lo que el recurso destinado a labor asistencial es ligeramente menor. Sin embargo, esto se compensa en parte por los médicos EDF que actualmente prestan servicios en la comuna. Aun así, la tasa existente es inferior a lo recomendado para cumplir con el Plan de Salud Familiar.

Tabla 5: Distribución de recurso humano, por estamento y centro de costo. Puente Alto, 2018

Estamentos	Adm. Salud	AR	PMV	SG	BL	CRSH	KW	LV	VH	SL	LAB	CDI	CEIF	CIMI	MD	Total general
Médico	4	25	15,5	10	10,25	10	6,75	7,75	4,75	3,75	1		1			99,75
Odontóloga/o	0,75	12	8,25	7	8	5,25	4,25	4,75	3,75	1,25					2	57,25
Químico Farmacéutico	3	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1			13
Enfermera/o	3	17,25	11,75	10,5	8	7,75	5	6,25	4	0,5	1					75
Matrón/a	2	13	7,75	8	8	7	4,25	4	2	1,25		2				59,25
Nutricionista		9,25	5	4,5	5	6	3	2,5	3							38,25
Asist. Social	1	6	4	4,75	5	3	2,5	2	3				3			34,25
Psicóloga/o	3	12,5	6,75	4	3,25	5	3,5	2,5	2	1			2			45,5
Kinesióloga/o	2	5,5	4	4,25	2,5	3,5	2	3	4	3,5						34,25
Prof. Ed. Física			1													1
Terapeuta Ocupacional									1	1,25				1		3,25
Ed. Párvulos		1	1	1	1	1	1	0,75	1						1	8,75
Ingenieros	4	1	1	1	1	1	1		1							11
Tecnólogo de Oftalmología										3						3
Tecnólogo Médico			1								8	2,25				11,25
Téc. Enf. Nivel Superior	12	61,5	35	40	34	26	23	26	18,75	4	4	3	1			288,25
Podóloga/o		1,5	1		0,75	0,5	0,5	0,5	1							5,75
Téc. Odont. Nivel Superior		5	8,25	1	2,75	4	1		3						1	26
Téc. Lab. Nivel Superior											2					2
Téc. Adm. Nivel Superior	4	11,5	14	19,5	11	7		9	5	5		5	1		1	93
Téc. Párvulo Nivel Superior							0,5	0,5								1
Téc. Informático Nivel Superior	2															2
Técnico Estadístico Nivel Superior	1															1
Téc. Paramédico		10,5	2	3,5	4	6	4	0,75			6					36,75
Auxiliar Dental	4	29,75	12	6	9	17	17	6,5	10	4	5	2,5	2			124,75
Administrativo		6	5	3	2	3	2	3	4	1	3	1	0,5			33,5
Aux. de Servicio		2	1	1					1							5
Chofer	2	5	4	5	4	4	4	4	3	1				1		37
Total general	47,75	236,25	150,25	135	120,5	118,5	86,25	84,25	76,25	30,5	31	15,75	11,5	2	5	1150,75

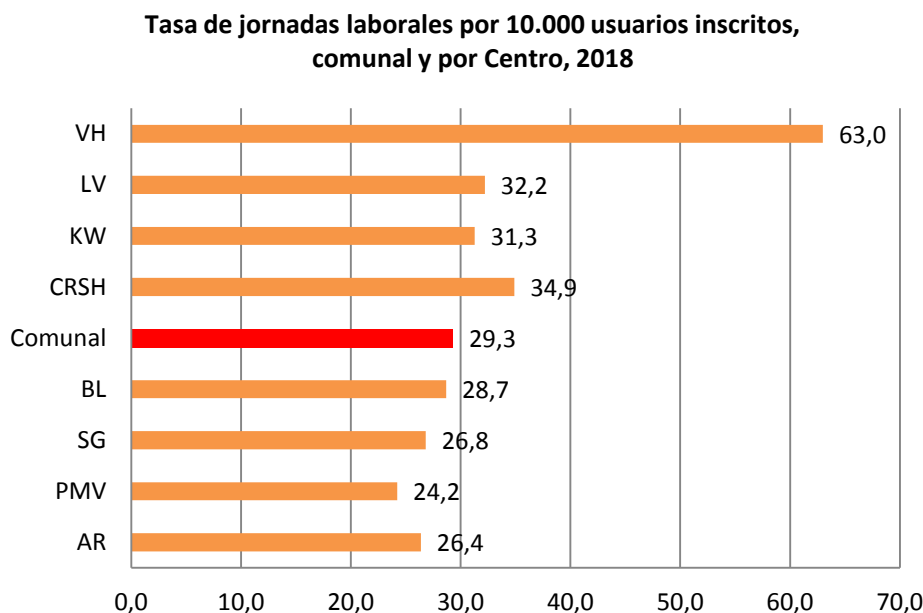
4. Tasas de recurso humano por 10.000 habitantes, expresado en jornadas completas.

Del total de dotación existente en la Corporación, el 88% (1.012,25 cargos) están distribuidos en los 8 centros de salud.

A continuación, se revisan las tasas de recurso humano por cada 10.000 habitantes, así como las diferencias en su distribución. Para hacer esta revisión se consideró el total de horas profesionales contratadas, independiente de la función que estén realizando (clínica o administrativa).

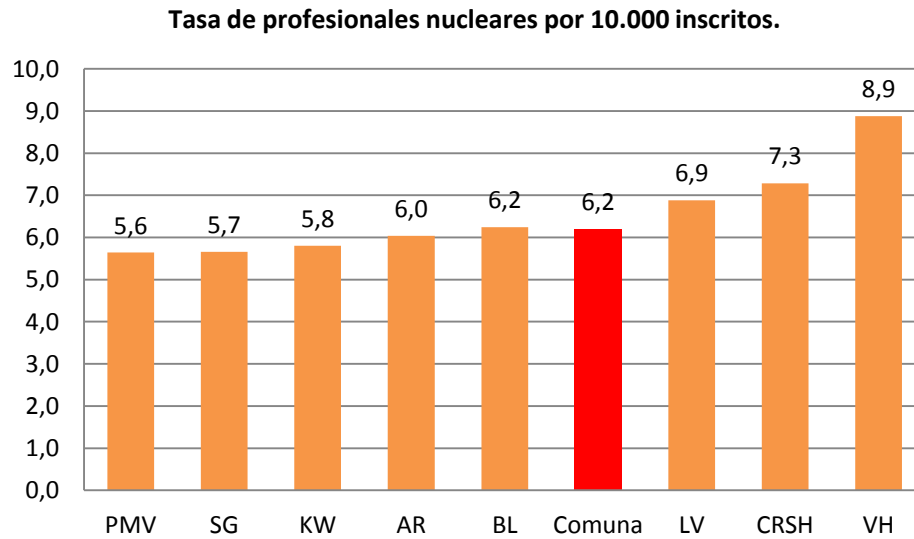
Se analizó en primer lugar el número total de funcionarios, independiente de su estamento, por cada 10.000 personas inscritas para cada centro de costo. Se evidencia que los cuatro Centros de mayor tamaño (AR, PMV, SG y BL) tienen tasas inferiores al promedio corporativo. En el otro extremo, VH más que duplica la tasa de los primeros. Esto evidencia una distribución inequitativa del recurso humano.

Comparación de tasa de jornadas por 10.000 usuarios inscritos validados por FONASA



Para hacer estudios comparativos a nivel mundial, la OMS usa el concepto de profesionales nucleares para referirse a médicos, enfermeras y matronas. Ha establecido que el estándar mínimo es de 25 profesionales nucleares por cada 10.000 habitantes en todos los niveles de la red asistencial. De estos, un 32% al menos debería trabajar en APS. En otras palabras, lo esperable es que en el nivel primario existan 8 profesionales nucleares por cada 10.000 habitantes. Al revisar las brechas existentes a nivel comunal y por Centro de costo constatamos que sólo CESFAM Vista Hermosa supera la tasa de 8 y cuatro centros se encuentran por debajo del promedio comunal.

Comparación de tasas de profesionales nucleares, comunal y por centro de costo, 2018

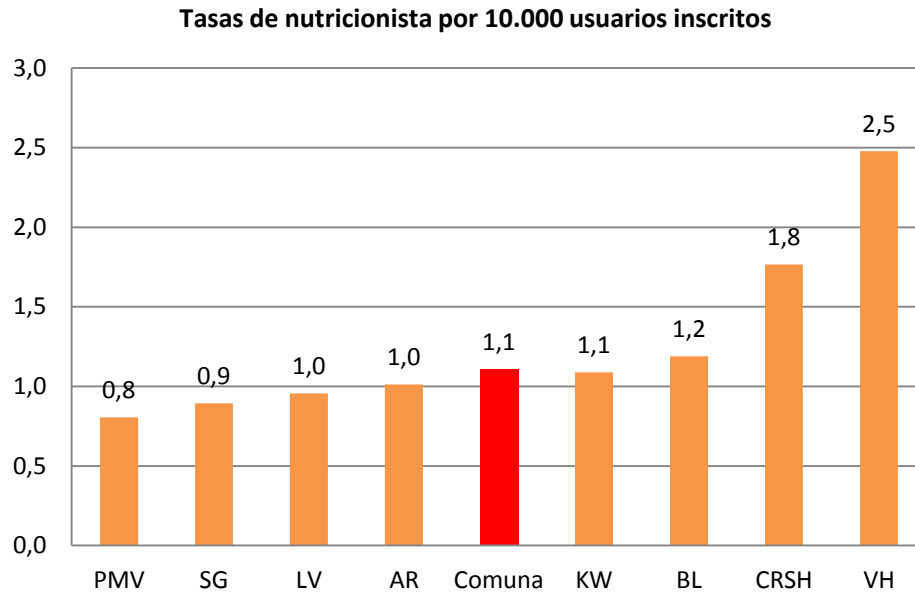


Comparación de tasas de médico, enfermera, matrona por centro de costo y comunal

Profesional nuclear	PMV	SG	KW	AR	BL	LV	CRSH	VH	Comuna
Enfermera/o	1,9	2,1	1,8	1,9	1,9	2,4	2,3	3,3	2,0
Matrón/a	1,2	1,6	1,5	1,4	1,9	1,5	2,1	1,7	1,6
Médico	2,5	2,0	2,4	2,7	2,4	3,0	2,9	3,9	2,6
Total general	5,6	5,7	5,8	6,0	6,2	6,9	7,3	8,9	6,2

Las tasas de otros profesionales también presentan diferencias entre los Centros.

Comparación de tasas de nutricionista, comunal y por centro de costo, 2018



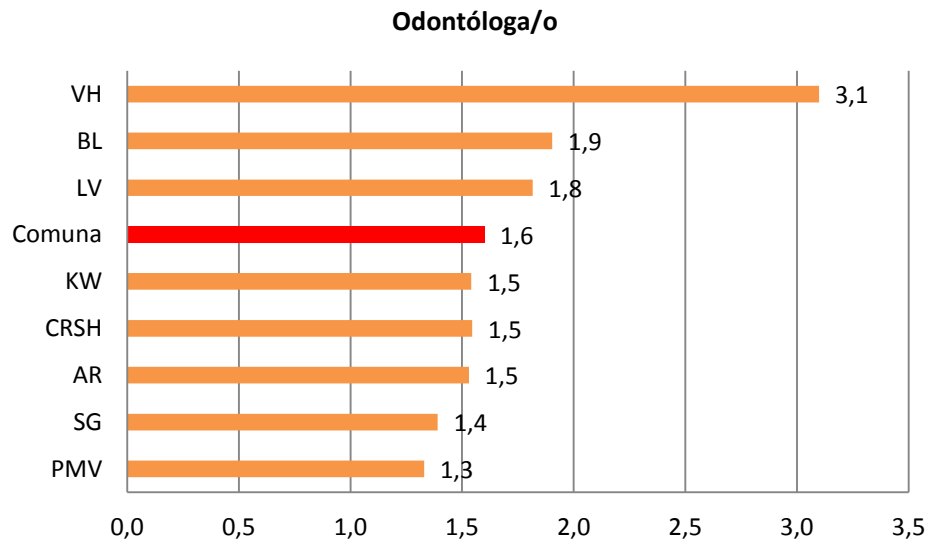
El detalle de las tasas relacionadas con los profesionales psicosociales, sigue el mismo patrón de distribución:

Comparación de tasas de asistente social y psicólogo, por centro de costo y comunal

Profesional psicosocial	PMV	SG	LV	Comuna	AR	BL	KW	CRSH	VH
Asistente Social	0,6	0,9	0,8	0,9	0,7	1,2	0,9	0,9	2,5
Psicóloga/o	1,1	0,8	1,0	1,1	1,4	0,8	1,3	1,5	1,7
Total general	1,7	1,7	1,7	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4	4,1

Las tasas de odontólogos se presentan en el siguiente gráfico.

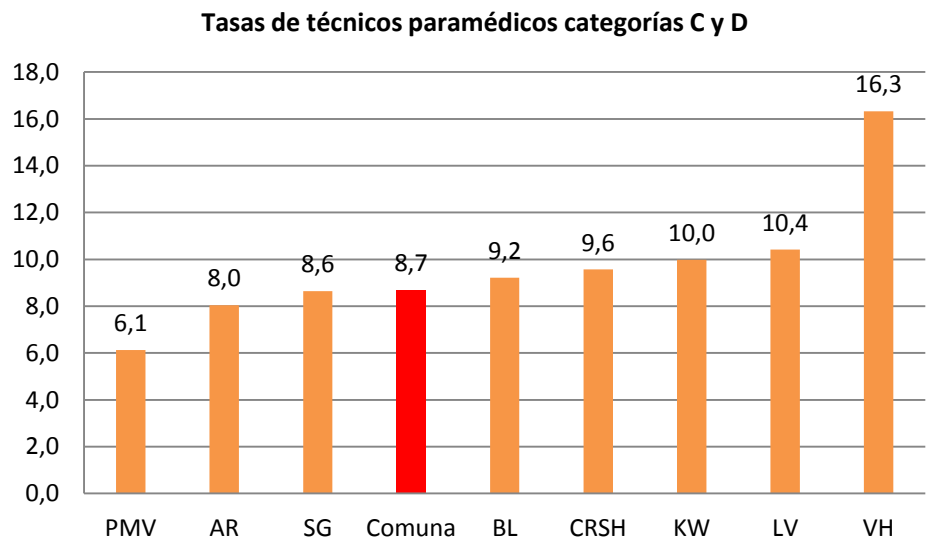
Comparación de tasas de odontólogo, comunal y por centro de costo, 2018



Esta misma distribución inequitativa se repite para los paramédicos y administrativos.

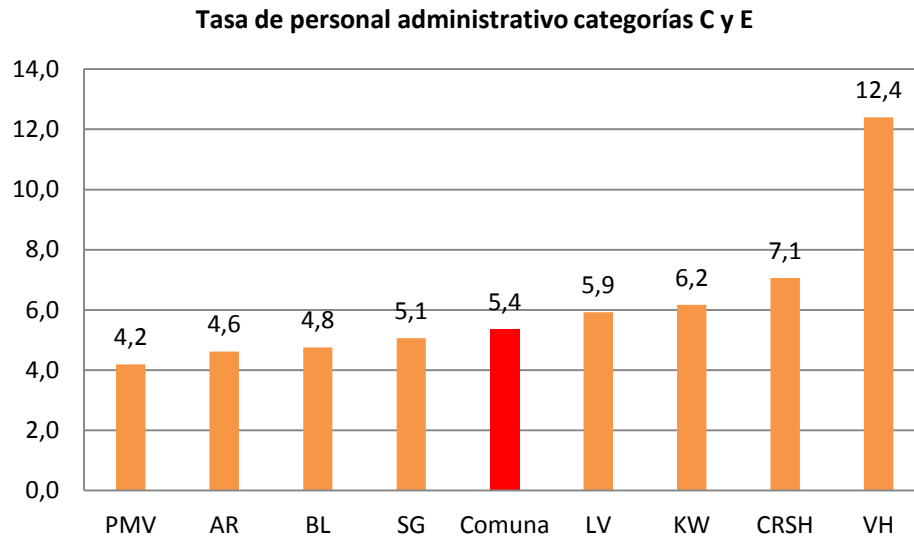
Para calcular las tasas de este recurso, en el caso de los paramédicos se consideró a los técnicos de enfermería de nivel superior, podólogos y auxiliares paramédicos. En este caso, el que tiene la mayor tasa, tiene casi tres veces más que el que tiene menos.

Comparación de tasas de paramédicos, comunal y por centro de costo, 2018



Para analizar a los administrativos, se procedió de manera similar: se consideró a los técnicos administrativos de nivel superior (Cat. C) y Administrativos (Cat. E).

Comparación de tasas de administrativos, comunal y por centro de costo, 2018



CONCLUSIONES

La dotación de la comuna aumenta año a año. En el último bienio se han desarrollado diversas iniciativas comunales (CIMI y Farmacia Solidaria), que han generado un aumento de recurso humano contratado bajo el régimen Código del Trabajo, lo que constituye una irregularidad, ya que corresponden a establecimientos de salud municipal. Desde esta perspectiva, corresponde que estén contratados bajo la Ley APS.

La dotación comunal tiene un crecimiento desigual entre los Centros, existiendo inequidad en su distribución.

Los Centros de mayor tamaño son los más perjudicados en esta distribución, ya que se encuentran muy por debajo de los promedios comunales.

XIV. SÍNTESIS PRINCIPALES INNOVACIONES 2019

Ficha Clínica Electrónica Web

Para permitir que la Ficha Clínica Electrónica sea capaz de sustentar las necesidades de registro e información de los profesionales de salud, así como cumplir con los estándares necesarios para interconectarse con otros sistemas, propendiendo a un trabajo de red basado en una historia clínica compartida y disponible, surge la necesidad de evolución de la actual Ficha Clínica Electrónica a una arquitectura Web, considerando como factores críticos: la alta disponibilidad del software, la flexibilidad de integración, la portabilidad, la confiabilidad y el registro electrónico único (integración OMI- SAPU).

Ampliación de Servicios - Call Center

Dado el excelente desempeño obtenido a través del Call Center por medio de la confirmación de horas para pacientes cardiovasculares, surge la necesidad de ampliar este servicio a otros programas que poseen un porcentaje de inasistencia elevado, específicamente, Salud Mental y Salud Oral.

En esta línea también es necesario plantear la solicitud de horas a través de esta modalidad, permitiendo la interacción por medio de llamadas entrantes, según sus necesidades, de la población beneficiaria del Sistema de Salud Primario de la Corporación.

Proyecto de Telemedicina

Con la finalidad de acercar las prestaciones a la población derivada desde los Centros de Salud corporativos en las especialidades, principalmente exámenes, de Oftalmología (Fondos de Ojo) e Imagenología (Ecotomografías), se propone el Proyecto de Telemedicina, en modalidad inicial itinerante a través de la Clínica Móvil.

Esta estrategia extramural busca impactar en el acceso y oportunidad de atención a prestaciones de especialidad médica, asegurando la realización de exámenes e incorporando la utilización de dispositivos móviles y conexión vía remota con médicos especialistas en áreas de mayor demanda para la Atención Primaria de Salud, sobre todo en sectores con mayor dificultad de acceso.

UAPORRINO

Con el objetivo de garantizar la oportunidad de acceso a la población de prestaciones de Otorrinolaringología, mejorar la resolutivez de estas patologías (desde la pesquisa a la rehabilitación) y disminuir las listas de espera en el Nivel Secundario de esta especialidad, desde el Ministerio de Salud se impulsa la estrategia de UAPORRINO (Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas), que durante el 2018 se promueve a través del convenio de Resolutivez y se visualiza iniciarla en el Centro de Especialidades Primarias San Lázaro de la Corporación Municipal, de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, otorgando continuidad y seguimiento a estas enfermedades en esta Unidad.

XV. PRESUPUESTO

La subvención de Salud en la Atención Primaria es la principal fuente de financiamiento y está compuesta por las siguientes variables en la Corporación:

- Per Cápita Basal = tarifa estipulada por el MINSAL, según la canasta de prestaciones a entregar.
- + Índex de pobreza (6%) = indicador que mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal.
- Per Cápita Real = Subvención de Salud (sin considerar la asignación de los adultos mayores)
- N° de Inscritos validados por FONASA en la comuna.

Por lo tanto, para el cálculo de la subvención de Salud en el año 2018 fueron consideradas las siguientes variables:

- Per Cápita Real: \$6.000 con un reajuste de la tarifa del 10%.
- Número de Inscritos: 345.717.

El presupuesto para el año 2019 es el siguiente:

INGRESOS	
SUBVENCIÓN DE SALUD	\$27.025.675.079
OTROS INGRESOS OPERACIONALES	\$1.494.054.988
PROYECTOS Y PROGRAMAS	\$2.603.445.035
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$1.227.156.288
TOTAL INGRESOS	\$32.350.331.390
GASTOS EN PERSONAL	
GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA	\$15.582.296.427
GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA	\$4.894.630.539
GASTOS EN PERSONAL	\$3.575.433.368
GASTOS EN PERSONAL	\$24.052.360.334
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS	\$5.139.654.245
MANTENCIÓN Y REPARACIÓN	\$254.038.201
CONSUMOS BÁSICOS	\$715.599.385
GASTOS GENERALES	\$2.172.967.296
COMPRA DE EQUIPAMIENTO	\$15.711.929
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$8.297.971.056
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
TOTAL GASTO	\$32.350.331.390
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$0

XVI. ANEXOS

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2019

Ejes Estratégicos	Actividades de Capacitación	Dirigido a
1. Enfermedades transmisibles	Programa de Vacunación	A,B,C
	Vigilancia Epidemiológica	A,B
	Consejería en VIH	B
2. Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Actualización Programa Cardiovascular para APS	A,B
	Curso Modelo de Cuidados Crónicos	A,B,C
	Manejo del trauma dentoalveolar en APS	A
	Actualización en Patología Mamaria e Imagenología de Apoyo	A,B
	Prevención cáncer cervicouterino y cáncer de mama	A,B
	Salud Mental en APS	A,B
	Jornada de Equipos Psicosociales de Salud Mental	B
	Conducción a la defensiva	F
4. Curso de vida	Prevención de suicidio adolescente y primera respuesta a conductas de riesgo	A,B,C
	Seguridad en trabajo en altura	D
	Monitor en prevención de riesgos	A,B,C,D,E,F
	Actualización en programas preventivos EMP y EMPAM	B,C
	Capacitación en riesgo cardiovascular y climaterio	B
5. Equidad y salud en todas las políticas	Jornada Salud Intercultural	A,B,C,D,E,F
7. Institucionalidad del sector salud	Patologías GES y Sigges	A,B,C,D,E
	Jornada de Buenas Prácticas	A,B,C,D,E,F
	Excel	A,B,C,D,E,F
	Curso en Salud Familiar	A,B,C,D,E,F
	Comunicándonos	A,B,C,D,E,F
	Liderando ambientes de trabajo saludable	A,B,C,D,E,F
	Resolviendo conflictos	A,B,C,D,E,F

Ejes Estratégicos	Actividades de Capacitación	Dirigido a
8. Calidad de la atención	Protocolo Atención Usuario	A,B,C,D,E,F
	Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	B
	Formación para evaluadores del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud	B
	Construcción Indicadores en Salud	A,B,C
	Acceso a Plataforma SIS-Q MINSAL para Autorización Sanitaria y Acreditación	A,B,C
	Calidad y Acreditación	A,B,C,D,E,F
	Gestión del riesgo y seguridad de la atención en Salud	A,B,C,D,E,F
	Manejo de Material Cortopunzante	A,B,C,D,E,F
	Manejo de Áreas Clínicas de Trabajo	B.C.D
	Curso en Manejo de Heridas	B,C,D
	Actualización en Farmacia	C
	Reanimación Cardiopulmonar (RCP Básico)	B,C,D,E,F
	Apoyo Vital Avanzado Pediátrico (PALS)	A
	Apoyo Vital Avanzado Cardiovascular (ACLS)	A,B
	Taller del Árbol Causal	A,B,C,D,E,F

PLANES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL APS 2019 – 2021

Es relevante dar a conocer los Planes de Participación Social (años 2019 a 2021) diseñados y formulados por los Centros de Salud corporativos, en coordinación y apoyo de organizaciones comunitarias adscritas a cada uno de estos.

Lo anterior, contribuye a potenciar diferentes estrategias de participación comunitaria en Salud Primaria, lo que es fundamental para el Modelo de Salud Familiar e Integral en Puente Alto.

CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DEL RÍO

1. Líneas Estratégicas Generales

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/ Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Gestión Participativa	Consolidar el trabajo colaborativo entre la comunidad y el equipo de salud	Implementar taller de gestión participativa para funcionarios y representantes de la comunidad	Diseño, planificación y ejecución de taller de Gestión Participativa	realizar 2 talleres planificados	Lista asistencia y fotografía	Encargada de Equipo de Participación	Funcionarios de salud y usuarios
Formación y educación a la Comunidad	Implementar instancias de formación para la comunidad en temática de participación social y los diversos mecanismos de participación.	Capacitaciones a usuarios a través de cápsulas educativas en los diversos mecanismos de participación.	Realizar una reunión anual con enfoque teórico - práctico en participación social, utilizando técnicas participativas a usuarios del centro de salud.	Lograr el 66% de las reuniones planificadas de capacitaciones en participación social	Acta, listas de asistencia y fotos.	encargada y equipo de participación social.	Comunidad organizada y no organizada
Ampliar la base de representatividad	Incorporar a nuevos grupos de la comunidad en el plan de participación social y en las diferentes instancias de Centro de Salud.	Implementar trabajo en terreno, para fortalecer vínculos con nuevas organizaciones territoriales y organizaciones con pertinencia cultural.	Implementar charlas en la comunidad, en las temáticas de salud que arrojen el diagnóstico participativo 2017.	Lograr el 70% de las charlas planificadas con la comunidad	Material educativo. Lista de asistencias, fotografías.	Encargada de participación social, directiva del CDU, Jefes de Equipo y de participación del Centro de Salud	Funcionarios y organizaciones comunitarias.

2. Cuentas Públicas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodología	Producto esperado o Resultado/ Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Información de calidad a usuarios, funcionarios y agentes de la comunidad sobre CPP	Lograr un mayor acercamiento a la comunidad, funcionarios para informar en relación de lo que se tratan las CPP	Elaborar nuevas estrategias de información para dar a conocer de que se tratan las CPP	Elaboración de material informativo de las CPP el que estará disponible en paneles y dipticos entregados en salas de espera; OIRS, mesones de atención a público en los centros de salud.	Resultados esperados . - elaboración de diptico y material informativo en 4 paneles, distribuidos en cada equipo del Centro.	Material Educativo, Dipticos, Boletines mensuales.-	Encargada de participación social , directiva del CDU, Jefes de Equipo y Dirección del Centro de Salud	Funcionarios y usuarios del centro de Salud
Mejoramiento de la representatividad de las organizaciones territoriales en la cuenta pública	Aumentar la participación de los diferentes grupos etareos en las próximas CPP.	Implementar estrategias diferenciadas por cada grupo etareo para obtener una mayor participación en la CPP	Coordinación agentes comunitarios y líderes estudiantiles y sociales	Incrementar en un 10% la asistencia a CPP.	Listas de asistencia y fotografías de la CPP,	Encargada y equipo de participación social , directiva del CDU, Jefes de Equipo y Dirección del Centro de Salud	Grupos organizados , no organizados, autoridades y funcionarios

3. Consejos de Usuarios

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Aumentar representatividad de organizaciones comunitarias organizadas y no organizadas en el CDU	Posicionamiento del Consejos de Usuarios en sus territorios	Asambleas CDU en territorio de las organizaciones sociales	Reuniones mensuales CDU en las distintas organizaciones comunitarias adscritas al Centro de Salud.	Lograr 50% de asambleas programadas en territorio de las organizaciones integrantes del CDU	Actas y listas de asistencia, fotografías	Encargada de participacion social , directiva del CDU.	usuarios organizaciones comunitarias.
	Difundir importancia del rol y funcionamiento del CDU, al interior de los centros de salud	sensibilizar en reuniones de equipo, feria de salud, en panel informativo	1.- participar en reuniones de equipo de salud 2.-participar en actividades en la comunidad como Feria salud, Clínica móvil, entre otras.	Participación anual en una intancias comunitarias de difusión del CDU	fotografia e informe de la actividad con numero de usuarios beneficiarios en forma directa e indirecta	Encargada de participacion social , directiva del CDU	CDU y organizaciones comunitarias.

4. Consultas Ciudadanas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/ Impacto	Medico verificador	Responsables	Participantes
Instalación del mecanismo consulta ciudadana en el Centro de Salud.	Implementar mecanismo de consulta ciudadana de acuerdo a orientaciones técnicas .	Gestión con la comunidad para diseñar e implementar mecanismo de Consulta ciudadana	Mesas de trabajo para levantar temas de interes de usuarios susceptibles de someter al Mecanismo de consulta ciudadana	Ejecución de a lo menos un proceso anual en periodo 2019-2021	informe de consultas ciudadanas realizadas	Encargada de participación y Directiva CDU	Equipo de participacion, CDU y usuarios en general

5. Diagnóstico Participativo

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medico verificador	Responsables	Participantes
Fortalecimiento de la participación ciudadana a través de mecanismo de diagnostico participativo	Implementar los compromisos adquiridos en el diagnóstico participativo del año 2017	Implementar 4 talleres en tematicas surgidas en el diagnosticos partrcipativo 2017 y 2020	Desarrollar con la comunidad talleres en realación a los temas surgidos en el diagnósticos participativo 2017	Lograr en un 75% los talleres planificados , en relación a las temáticas surgidas en el Diagnóstico 2017	Listas de asistencia y fotografías	Encargada de participacion social , Equipo de Participación	Equipo de participación, comunidad organizada y no organizada
	Realizar diagnostico participativo 2020	Formar equipo de elaboracion y planificación para llevar a cabo el diagnóstico participativo.	Reuniones de trabajo para la planificacion y ejecucion del diagnostico participativo.	Elaboración del Diagnóstico participativo 2020, por cada grupo etáreo	Documento del diagnóstico participativo, lista de asistencia, fotografías.	Jefes de equipos, direccion, equipo de participacion, encargada de participación y representantes de CDU.	Equipo de salud, comunidad organizada y no organizada

6. Comité de Gestión Usuaría

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes
Proporcionar mayor información a usuarios y funcionarios del mecanismo de participación	Dar a conocer este mecanismo de participación a usuarios y a los distintos equipos de salud.	Elaboración y entrega de material educativo (Díptico), en las distintas instancia de atención de usuarios y en reuniones de equipo	Entrega de material educativo en distintas actividades del Centro de Salud.	Cartillas entregadas a funcionarios y usuarios del de gestión Usuaría	Material educativo elaborado.	Encargada y equipo de participación social.	Funcionarios y usuarios del centro de salud.
	Difundir avances y productos del comité de gestión en instancias Reuniones CDU, Reuniones de Consejo técnico, Reuniones de Equipo)	Reuniones mensuales Comité de gestión, además de entrega semestral de resultados obtenidos en las reuniones del Comité de Gestión	Actas mensuales de lo trabajado y exposición de resultados en los diferentes equipos del centro de salud y en reuniones de CDU	Presentación e informes del análisis de lo realizado en comité de gestión.	Actas de reuniones, Isitas de asistencia	Encargada y equipo de participación ,y el comité de gestión de soilcitudes ciudadanas, jefes de equipo y dirección del centro de salud	Funcionarios y usuarios del centro de salud

7. Salud Intercultural

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes
Sensibilizar en temática de Salud Intercultural	Elaboracion Plan Local de Salud intercultural	Reuniones de Trabajo	Mesa de trabajo con equipo Salud Intercultural	Plan elaborado	Plan local de Salud Intercultural elaborado.	Facilitadora Intercultural	Equipo de Salud Intercultural
	Elaboracion Material Educativa de salud Intercultural al equipo de salud	Sistematizar informacion de para elaboracion de cartilla	Elaboración de material educativo	Cartillas de Salud Intercultural entregadas a funcionarios y usuarios	Cartilla Elaborada	Equipo de Salud Intercultural	Funcionarios y usuarios del centro de salud.
	Difundir en Reuniones CDU, Reuniones de Consejo tecnico, Reuniones de Equipo	Difusión	Realizacion de Capsula Educativa y entrega de Cartillas e salud Intercultural	Capsula Educativa y cartilla Salud Intercultural	Fotos y listas de asistencia	Facilitadora Intercultural y Encargada de Partcicipacion	Funcionarios y usuarios del centro de salud

CESFAM SAN GERÓNIMO

1. Líneas Estratégicas Generales

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador
Gestión Participativa	Reestructurar el equipo de Participación Social en Salud al interior del CESFAM. (directora, jefes de sector, encargado de participación, duplas psicosocial y comunidad), con horas protegidas.	Reuniones para la reestructuración del Equipo de Participación Social.	Entrevistas motivacionales/ Metodologías participativas para potenciar el trabajo en equipo/ Información de roles y funciones de los integrantes del equipo de participación.	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones planificadas. N° de integrantes de equipo de participación en salud año 2019/ N° de integrantes de equipo participación en salud año 2021.	Documento conformación de equipo. Acta, lista de asistencia.
		Realización de reuniones bimensuales del equipo de Participación.	Reuniones participativas.	N° de reuniones bimensuales realizadas / N° de reuniones bimensuales planificadas. N° de integrantes del equipo que asisten a cada una de las reuniones/ N° total de integrantes del equipo. N° de integrantes de equipo de participación en salud año 2019 / N° de integrantes de equipo participación en salud año 2018.	Actas, lista de asistencia.
		Realización de reuniones quincenales de duplas psicosocial para ejecución del plan	Técnicas participativas para potenciar el trabajo en equipo/	N° de reuniones quincenales realizadas / N° de reuniones quincenales planificadas. N° de integrantes del equipo que asisten a cada una de las reuniones/ N° total de integrantes del equipo.	Actas, lista de asistencia.
		Agendamiento de horas semanales protegidas a los integrantes del equipo de PSS .	Abogacía	N° de horas semanales agendadas a los integrantes del equipo de PSS año 2019 / N° de horas semanales agendadas a los integrantes del equipo PSS año 2018	Pantallazo matriz agenda Pantallazo agenda por funcionario
		Agendamiento de horas de funcionarios que no integran equipo de participación para desarrollar actividades con la comunidad.	Abogacía, asesoría y coordinación.	N° de horas de funcionarios que no integren equipo de participación asistentes a actividades con la comunidad año 2019/ N° total de horas de funcionarios que no integren equipo de participación	Pantallazo agenda, documento registro de actividad.
Capacitación	Capacitar a integrantes del equipo de PSS en esta temática y sus mecanismos.	Capacitación en PSS a equipo : concepto, normativa y mecanismos de PSS.	Talleres, jornadas para entregar la información. Técnicas motivacionales y educación de adultos	N° de capacitaciones realizadas de PSS a integrantes equipo de participación/ N° de capacitaciones programadas de PSS a integrantes del equipo de participación.	Acta, asistencia, fotos. Material de capacitación
		Capacitación en PSS a representantes de la comunidad en relación al concepto, normativa legal y mecanismos de Participación.	Técnicas participativas de educación para adultos	N° de capacitaciones realizadas a representantes comunitarios en PSS / N° de capacitaciones programadas con representantes comunitarios en PSS.	Asistencia, actas y fotos.

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador
Información	Potenciar la integración de la comunidad al Cesfam por medio del mejoramiento de la entrega de información sobre el funcionamiento del mismo a los usuarios.	Conformar equipo de información	Entrevista motivacional	N° de reuniones realizadas para la conformación del equipo/ N° de reuniones planificadas para la conformación del equipo. N° de integrantes del equipo que asisten a cada una de las reuniones/ N° total de integrantes del equipo.	Documento conformación de equipo. Acta, lista de asistencia.
		Reuniones informativas de sector con líderes de la comunidad 4 veces en el año.	Invitación personal y/o telefónica, visitas en terreno. Técnicas participativas	N° de reuniones con líderes de sector realizadas / N° de reuniones con líderes de sector programadas	Asistencia, fotos, actas.
		Elaboración de folletos informativos de las prestaciones de salud y del funcionamiento del Cesfam.	Recopilar información/utilización de técnicas gráficas.	N° de folletos elaborados/ N° de folletos anuales programados	Folletos informativos elaborados.
		Utilización de medios visuales en salas de espera con información del funcionamiento del Cesfam.	Construcción colaborativa y participativa entre Cesfam e integrantes de la comunidad de la información entregada.	Letreros LED funcionando en el Cesfam con información actualizada y permanente del funcionamiento y/o actividades. Afiches, murales u otros.	Letreros LED funcionando. Fotografías. Diarios murales.
		Realización de microeducaciones informativas sobre el funcionamiento del Cesfam en salas de espera.	Técnicas visuales, y participativas.	N° microeducaciones realizadas en salas de espera/N° de microeducaciones programadas en salas de espera	Fotos, material elaborado. Formulario registro actividad masiva.
		Utilización de whatsapp como medio de información y coordinación entre Cesfam y Comunidad	Utilización de medios tecnológicos	N° de integrantes de la comunidad en whatsapp 2019/ N° de integrantes de la comunidad en whatsapp 2018	Pantallazo con información relevante para la comunidad
Ampliar base de Representación	Promover la participación de la comunidad desde el Cesfam	Visitas sectoriales semestrales al menos a 2 organizaciones comunitarias por parte del equipo de cada sector.	Entrevistas motivacionales a líderes o representantes comunitarios	N° de visitas a organizaciones comunitarias realizadas / N° de visitas a organizaciones comunitarias programadas	Documento de contacto
		Incorporación de nuevos integrantes a las reuniones del CDU transversal.	Entrevistas motivacionales a líderes o representantes comunitarios	N° de integrantes incorporados al CDU transversal 2019 / N° total de participantes del CDU 2018	Documento de contacto
		Generación de Trabajo colaborativo con al menos 2 organizaciones comunitarias y/o instituciones del sector.	Contactos personales y/o telefónicos con líderes y/o representantes de la comunidad.	N° de actividades realizadas con organizaciones comunitarias contactadas por sector/ N° de actividades solicitadas por las organizaciones contactadas por sector	Documento de actividades con la comunidad.
		Generación de trabajo colaborativo con adolescentes Inmigrantes y/o	Conversatorios / Metodologías Participativas	N° de actividades realizadas con grupos focalizados de la comunidad/ N° de actividades programadas con grupos focalizados de la comunidad	Documento de contacto con grupos focalizados.

2. Cuentas Públicas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador
Fortalecimiento de la participación ciudadana	Integrar a la comunidad en la elaboración, ejecución y evaluación de la CPP, priorizando temáticas de las orientaciones del SSMSO	Constitución de un equipo para preparación y evaluación de la CPP, liderado por el Director e integrado por funcionarios del establecimiento y comunidad .	Conformación de equipo: Cesfam y comunidad	Equipo conformado de acuerdo a los lineamientos del SSMSO. CPP sea realizada en conjunto comunidad/Cesfam.	Lista de asistencia. Certificado conformación del equipo. Fotografías
		Realización de 2 reuniones con equipo conformado para preparación CPP.	Reuniones de trabajo para organizar los temas a exponer en CPP.	Nº de reuniones realizadas para organizar CPP / Nº de reuniones programadas en para organizar CPP	Lista de asistencia. Fotografías. Acta
		Capacitación en orientaciones técnicas del SSMSO en Cuentas Públicas a funcionarios y usuarios.	Medios visuales. Taller	Nº de capacitaciones realizadas en OT CPP al equipo de PSS / Nº de capacitaciones programadas en OT CPP al equipo de PSS	Lista de asistencia. Fotografías. Acta
		Invitación personalizada a usuarios por parte de funcionarios y de integrantes del CDU a la comunidad.	Visitas en terreno, contactos telefónicos.	Nº de invitaciones realizadas a usuarios por parte de funcionarios/ Nº de invitaciones programadas Nº de invitaciones realizadas a usuarios por parte de integrantes CDU/Nº de invitaciones programadas	Documento registro de contactos.
Transparencia y calidad de la información	Entregar información de calidad respecto al proceso de las CPP	Difusión de las CPP a usuarios de Cesfam través de distintos medios de información.	Utilización de medios audiovisuales.	Nº de actividades de difusión realizadas a los usuarios / Nº de actividades de difusión programadas	Fotos. Mural. Medios visuales.
		Dar cuenta del estado de salud alcanzado por la población adscrita respecto de las acciones y programas desarrollados (Vida Sana, Estado nutricional, CV, salud mental, etc.)	Utilización de medios audiovisuales.	Nº de actividades desarrolladas para entregar estado de salud/ Nº de actividades programadas para entregar estado de salud.	Presentación escrita del estado de salud de la población.

3. Consejo de Usuarios

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador
Legitimación y Posicionamiento del CDU	Fortalecer el trabajo colaborativo existente entre funcionarios del Cefsam y CDU	Reuniones periódicas del CDU con funcionarios Cefsam.	Reuniones participativas.	N° de reuniones de CDU realizadas / N° de reuniones de CDU programadas	Diario Mural Fotos Actas Listado de Asistencia Correo
		Reunión de reconocimiento entre Dirección y CDU.	Reconocimiento a representantes del CDU por parte de dirección .	N° reuniones de reconocimiento a CDU realizadas/N° reuniones de reconocimiento a CDU programadas	Fotos y asistencia.
	Potenciar la integración de los representantes del CDU en la gestión del Cefsam.	Convocatoria a representantes del CDU al menos a 3 reuniones del Consejo Técnico y/o Ampliado.	Participación de representantes de CDU en Consejos Técnicos y/o Ampliados.	N° de reuniones de Consejo Técnico realizadas con representantes de CDU / N° de reuniones de Consejo Técnico programadas con representantes de CDU	Lista de asistencia, actas, fotos.
		Difusión de los objetivos y actividades del CDU en distintas instancias.	Metodología participativa en salas de espera.	N° de actividades de difusión realizadas por CDU / N° de actividades de difusión programadas por CDU	Fotos. Material de apoyo entregado.
Autonomía	Promover la autonomía del CDU.	Capacitación de integrantes del CDU en escuela ciudadana comunal	Reunión de trabajo	N° de integrantes de CDU capacitados en escuela ciudadana / N° de integrantes CDU inscritos en escuela ciudadana	Lista de asistencia, actas, fotos.
		Elaboración del Plan de trabajo CDU	Metodología participativa.	Documento Plan elaborado	Documento del Plan elaborado.
		Realización de charlas informativas mensuales del CDU a la comunidad en espacios del CEFAM, y de la comunidad.	Metodología participativa.	N° charlas informativas del CDU realizadas/N°charlas informativas del CDU programadas	Material educativo, folletos informativos

4. Diagnóstico Participativo

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador
Gestión Participativa	Elaborar plan de trabajo con resultados del Dg. Participativo al interior del Cesfam San Gerónimo en forma sectorial y transversal.	Reuniones con equipo de sector y representantes de la comunidad para la planificación del trabajo del DP	Metodología participativa	N° de reuniones realizadas con equipo de sector para la planificación / N° de reuniones programadas con equipo de sector para la planificación.	Lista de asistencia, actas y fotos.
		Ejecución de actividades programadas	Metodología participativa	N° de reuniones realizadas con equipo de sector para la ejecución / N° de reuniones programadas con equipo de sector para la ejecución.	Lista de asistencia, actas y fotos.
		Monitoreo y evaluación de las actividades programadas en el DP.	Reuniones de monitoreo	N° de reuniones de evaluación realizadas con equipo ejecutor / N° de reuniones de evaluación programadas con equipo para la planificación.	Lista de asistencia, actas y fotos.
Capacitación	Entregar orientaciones técnicas del Dg. Participativo en salud al equipo sector.	Capacitación a integrantes del equipo de sector en Orientaciones Técnicas del Diagnóstico Participativo	Técnicas de educación para adultos	N° de capacitaciones en OT del DP realizadas al equipo ejecutor/ N° de capacitaciones en OT del DP programadas para el equipo ejecutor	Lista de asistencia, actas y fotos.

5. Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador
Información	Proporcionar información del CGSC a usuarios y funcionarios.	Información en salas de espera del Cefam, en CDU, CPP y Consejos Técnicos Ampliados respecto del CGSC.	Se informará a través de reuniones	N° de actividades informativas realizadas / N° de actividades informativas programadas	Asistencia, fotos.
Gestión Participativa	Analizar las solicitudes ciudadanas	Reuniones periódicas del equipo del CGSC	Trabajo colaborativo y participativo	N° de reuniones realizadas para analizar información del CGSC / N° de reuniones programadas para analizar la información del CGSC	Documento del análisis de las solicitudes ciudadanas.
	Proponer plan de mejoras	Reuniones periódicas del equipo del CGSC	Trabajo colaborativo y participativo	N° de reuniones realizadas con propuestas mejoras/ N° de reuniones programadas del CGSC	Documento del Plan de mejoras
Capacitación	Sensibilizar a funcionarios y usuarios en Buen Trato	Realización de campaña "respeto mutuo" al interior del Cefam y con grupos organizados de la comunidad a través de la capacitación.	Técnicas de educación para adultos/ fotos/ asistencia.	N° de capacitaciones realizadas en Buen trato / N° de capacitaciones programadas en Buen Trato	Asistencia, fotos, PPT.

CESFAM VISTA HERMOSA

1. Cuentas Públicas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Realización de una Cuenta Pública Participativa, incrementando la asistencia de usuarios internos y externos, utilizando metodologías participativas que permitan entregar información de calidad a los participantes	Incorporar las redes sociales, como herramientas tecnológicas de difusión e información, en la convocatoria a la comunidad	Dos semanas antes de la CPP, hacer el llamado a participar, a través de esta vía.	Existencia de un encargado la realización de esta actividad.	Aumento en la concurrencia de la comunidad a la cuenta Pública	Página Web (Facebook)	Director y Encargado de Participación Social	Dirección de Cesfam, Encargada de Participación Social.
		Plan de Capacitación para equipos de trabajo, sobre metodología participativas aplicables a las CPP.	Taller sobre Técnicas participativas para el equipo gestor.	Un equipo empoderado y con mayor información acerca de este mecanismo de participación Social.	Lista de asistencia y Fotografías.	Director y Encargado de Participación Social	Dirección de Cesfam, Encargada de Participación Social.
	Implementar metodologías participativas en las C	1.- Realización de Cuenta Pública Participativa. 2.- Crear una instancia de análisis en la Cuenta pública posterior a la exposición.	Actividad Lúdica que genere dialogo entre los participantes en la cuenta pública.	Una cuenta Pública Participativa y concurrencia, con una comunidad informada y dispuesta a trabajar, a favor de la Participación Social.	Documento de Cuenta Pública y Fotografías.	Director del establecimiento	Equipo de Cesfam, Director, CDL y Comunidad.

2. Consejos de Usuarios

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Integración del Consejo de Usuario en la gestión de salud del Cesfam	Desarrollar acciones que permitan fortalecer el	Reuniones periódicas con la directiva del CDU.	Reuniones de acercamiento a organizaciones del territorio que vinculen el CDU con el Cesfam.	Un CDU más Fortalecido y con mayor interacción con la Comunidad.	Acta de reunión, Listado de Asistencia y Fotografías.	Dirección y Encargada de participación.	Equipo de participación Encargada de participación y CDU.
	Promover la autonomía del Consejos de Usuarios en la elaboración y ejecución de sus Planes de Trabajo.	Realizar Jornadas de trabajo con el CDU, a fin de apoyar la construcción de su plan de trabajo.	Taller de apoyo a la elaboración de su en el plan de trabajo anual.	CDU más Capacitado y autónomo en su gestión en salud.	Lista de asistencia y Fotografías, Eleboración del plan de trabajo.	Dirección y Encargada de participación.	Encargad de participación.
	Aumentar y mejorar la participación del Consejos de Usuario en instancias de gestión de los establecimientos	Participación del CDU en Asambleas (3) y Consejos Técnicos (3)	Definición de las Instancias en que participara el CDU con el Cesfam.	CDU, Con Mayor poder de participación en la Gestión del Cesfam	Fotografías y Actas de reunión.	Dirección y Encargada de participación.	Dirección Encargada de Participación.
Vinculación del Consejo de Usuarios con la comunidad	Generar lazos de confianza con la comunidad a través de la Participación Social Activa.	Realizar actividades vinculantes con la comunidad, creando una instancia de participación social activa en forma permanente.	Planificación de las actividades, por parte del CDU con apoyo del Cesfam Vista Hermosa. Invitación a la comunidad a la participación en estas actividades, a través del CDU, con el apoyo de Cesfam Vista hermosa. Utilización de medios masivos de comunicación como Facebook, Instagram, Watzap, etc.	Realización de todas las actividades planificadas.	Fotografías y medios audiovisuales.	Consejo de Desarrollo de Usuarios y Cesfam Vista Hermosa.	Consejo de Desarrollo de Usuarios, Cesfam Vista Hermosa y Comunidad

3. Diagnóstico Participativo

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Iniciar actividades de plan de mejoras desde el Diagnóstico participativo	Lograr intervenir comunitariamente en forma grupal	2 Talleres mensuales realizados por los equipos multidisciplinarios. Participando entre ellos médico, matrona, dando a conocer las prestaciones de cesfam, equipo de participación, entre otros.	Invitación a través de los CDU a la comunidad organizada y no organizada a participar de los talleres comunitarios de salud.	Realización de los 2 talleres mensuales en las diferentes organizaciones de los sectores que corresponden a nuestro Cesfam.	Lista de asistencia y fotografías.	Equipo de participación y mini equipos multidisciplinarios	Equipo de participación social y mini equipos de intervención comunitaria.

4. Consulta Ciudadana

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Instalación como Mecanismo de Participación en la Red	Implementar consultas ciudadanas como mecanismo	Levantamiento de temas susceptibles de ser abordados por el mecanismo a nivel de información, consultas y vinculante	Foro y/o Análisis grupal de temas susceptibles de abordar a través del mecanismo de Consulta Ciudadana Vinculante	Ejecución de a lo menos un proceso en el periodo 2019-2021	Fotografías de la actividad	Dirección Encargada de participación Social y Equipo de participación Social.	Comunidad, Cesfam

CESFAM BERNARDO LEIGHTON

1. Lineamientos Generales

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Generar condiciones para potenciar la Participación Ciudadana en el Cefam	Aumentar el número de horas del Equipo de Participación Social del CESFAM	De acuerdo a Orientaciones Pauta MAIS	Los Equipos de Sector del Cefam tienen un referente de Participación Social y aumentan sus horas protegidas para esta labor	Matriz de Agenda	Directora/ Equipo Gestor	Equipo de Participación
	Incorporar a más integrantes del Equipo de Salud, de distintos Equipos, en diversas instancias de Participación	Definir en conjunto con el Equipo Gestor, equipos diversos de trabajo, para diferentes instancias de Participación	Que los integrantes de los Equipos de Salud conozcan y vivencien los Mecanismo de Participación	Lista de Asistencia Matriz de Agenda Registro Fotográfico	Directora/ Equipo Gestor	Equipo de Participación

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológica	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Aumentar la representatividad de los Usuarios en instancias de Participación	Establecer un Plan de identificación y acercamiento a organizaciones territoriales	Equipo de Participación y de Sector plantean estrategias de identificación y acercamiento comunitario	Sumar nuevas organizaciones a los Mecanismo de Participación	Registro Fotográfico Lista de Asistencia	Equipo de Participación	Equipo de Participación Y Comunidad Organizada
	Capacitar en el concepto y Mecanismos de Participación a diversas Organizaciones Sociales	Taller de Participación generado por el Equipo de Participación	Los Usuarios capacitados ejercen sus derechos			
	Implementar una reunión anual entre los Equipo de Sector y organizaciones emplazadas en su territorio	Equipo de Sector convoca a organizaciones sociales emplazadas en su territorio, con la finalidad de establecer lineamientos de actividades en conjunto	Acercamiento a organizaciones territoriales que dé cuenta de los condicionantes de la salud del territorio			

2. Cuenta Pública

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Aumentar la pertinencia de la información entregada al interés de los Usuarios	Reunión con una organización por sector para conocer los requerimientos de información de la CPP	Implementación de Orientaciones Técnicas del SSMSO	Establecer los temas de la gestión del centro del año que corresponda, en que los Usuarios requieran ser informados	Acta de conformación del Equipo CPP Registro fotográfico Tabulación información/ material CPP	Equipo de Participación del Cesfam Equipo CPP	Equipo de Salud Comunidad organizada y no organizada Equipo de Salud Comunidad organizada y no organizada
	Realizar 60 encuestas para establecer el % de Usuarios que conocen la CPP y conocer los temas en los cuales desean recibir información					
Elevar los niveles de Participación Ciudadana en las CPP	Difusión de la CPP por Sectores, Programas y a través de Organizaciones Comunitarias	Equipo de CPP elabora un Plan de Difusión que contemple Sectores, Programas, organizaciones y territorios	Aumenta la asistencia de usuarios en la CPP	Plan de Difusión	Equipo CPP	Equipo de Salud Comunidad organizada y no organizada
	Implementar Plan general de motivación para la Participación en la CPP	Implementación Orientaciones SSMSO	Aumentar la asistencia de usuarios en la CPP en base a lineamientos técnicos emanados desde el SSMSO	Análisis comparativo de la asistencia actual en base a última CPP	Equipo CPP	Equipo de Salud Comunidad organizada y no organizada
Contextualizar la CPP como Mecanismo de Participación	Capacitación a dirigentes sociales sobre el sentido ciudadano de este Mecanismo de Participación	Taller teórico práctico sobre CPP, basado en Orientaciones Técnicas entregadas por el SSMSO	Dirigentes capacitados y sensibilizados en la relevancia de la CPP como Mecanismo de Participación	Lista de Asistencia Fotografías	Equipo de Participación del Cesfam	Equipo de Salud Comunidad organizada y no organizada

3. Consejo de Usuarios

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Fortalecer la vinculación del Consejo de Usuarios con los Usuarios, internos y externos del Cefsam	Aumentar la participación de Funcionarios de Salud en el Consejo de Usuarios	Convocar a integrantes del Equipo de Salud a reuniones del CDU	Aumentar la participación de Usuarios externos e internos en el CDU	Lista de Asistencia Matriz de Agenda	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios
	Capacitar en el concepto de Participación, Mecanismos y CDU	Implementar el Taller de Participación ideado por el Equipo	Los Usuarios capacitados ejercen sus derechos	Lista de Asistencia Registro Fotográfico	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios
	Integrar la evaluación anual del Plan de Trabajo del Consejo de Usuarios en la Cuenta Pública del Cefsam	La directiva del Consejo de Usuarios expone su trabajo anual en la CPP del Cefsam	Los Usuarios y el Equipo de Salud reconocen al CDU como Mecanismo de Participación	Registro Fotográfico	Coordinadora CDU Integrantes CDU	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios
	Trabajo colaborativo, en actividades masivas, entre Equipo de Salud y CDU	Consejo de Usuarios Participa en actividades masivas del Cefsam: Feria de Salud, Olimpiadas Pre escolares, entre otras	Los Usuarios y el Equipo de Salud reconocen al CDU como Mecanismo de Participación	Registro Fotográfico	Coordinadora CDU Integrantes CDU	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Aumentar la integración del CDU en los Mecanismos de Participación vigentes en el Cefsam	Incorporar a integrantes del CDU en el Equipo de CPP	Convocar a los integrantes del CDU a conformar Equipo	Integrantes del CDU son parte de la realización de la CPP	Actas Fotografías	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes CDU Equipo de Salud
	Convocar a dos miembros a participar en forma estable en el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Convocar a integrantes del CDU a Participar en el CGSC	La comunidad organizada aumenta su Participación en el CGSC	Acta Asistencia	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes CDU Equipo de Salud
	Incorporar al Equipo de Participación del Cefsam a las reuniones del CDU	Reuniones mensuales	Equipo de Participación del Cefsam e Integrantes del CDU trabajan en forma colaborativa para aumentar el nivel de desarrollo de la Participación en el Cefsam	Acta Asistencia	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes del CDU Equipo de Participación del Cefsam
	Convocar al CDU a tres consejos técnicos ampliados					

4. OIRS

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Posicionar a la OIRS como Mecanismo de Participación	Capacitar a Organizaciones Comunitarias en el concepto de Participación, Mecanismos y OIRS	Implementar el Taller de Participación ideado por el Equipo	Aumentar la participación de usuarios a través de la OIRS	Lista de Asistencia Registro Fotográfico	Equipo de Participación	Usuarios Integrantes CDU Equipo de Salud Usuarios
	Semestralmente exponer en los Equipos de Sector la estadística de las Solicitudes Ciudadanas	Exponer semestralmente el análisis mensual que realiza el jefe de Oirs y/o Encargado de Participación	Los Equipos de Salud conocen periódicamente las solicitudes de mejora y reconocimiento formuladas por los usuarios, visualizan el Mecanismo de Participación y validan la Participación Ciudadana	Lista de Asistencia Registro fotográfico	Equipo de Participación Jefes de Sector	Equipo de Salud
Fortalecer el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Aumentar el número de integrantes que conforman el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Convocar a los integrantes del CDU y a funcionarios a conformar Equipo estable del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Aumentar la participación de usuarios externos e internos al Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Actas Fotografías Lista de Asistencia	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes CDU Equipo de Salud
	Realizar 4 reuniones anuales del CGSC	El CGSC se reúne regularmente y formula planes de mejoras	La comunidad organizada y el Equipo de Salud aumentan su Participación en el CGSC y se desarrolla la Gestión Participativa	Acta Asistencia Registro Fotográfico	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes CDU Equipo de Salud
	Análisis de dos reclamos, para luego difundir al Consejo Técnico y Equipos de Salud	Análisis de reclamos por reunión del CGSC, estableciendo un Plan de Mejora para cada uno de ellos y difusión de estos en los Equipos de Salud	La comunidad organizada y el Equipo de Salud proponen planes de mejora y se desarrolla la Gestión Participativa	Acta de Trabajo	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes del CDU Equipo de Participación del Cefsam

5. Consulta Ciudadana

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológica	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medico Verificador	Responsables	Participantes
Implementar Consulta Ciudadana en la Gestión Participativa	Re envió de Orientaciones Técnicas de la Consulta Ciudadana a los miembros del Equipo de Participación	Difusión del documento, lectura individual y trabajo grupal	Que el Equipo de Participación conozca las Orientaciones Técnicas de la Consulta Ciudadana y reflexione en la factibilidad en su implementación	Correo de Difusión Lista de Asistencia Registro Fotográfico	Equipo de Participación del Cesfam	Equipo de Participación
	Lectura individual de las Orientaciones Técnicas					
	Reunión para presentar, exponer y analizar las Orientaciones Técnicas de la Consulta Ciudadana					
	Reunión con Dirección para exponer análisis propositivos a la Consulta Ciudadana	Exponer el análisis realizado	Evaluar junto con Dirección la disposición y factibilidad de incorporar a la gestión, la Consulta Ciudadana	Lista de Asistencia Acta de reunión	Equipo de Participación del Cesfam	Equipo de Participación y Directora

CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ

1. Líneas Estratégicas Generales

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Aprender la cultura mapuche	1.- Realizar 2 Reuniones mensuales	1.- Número de personas que aprenden la cultura/número total de integrantes equipo salud intercultural *100 2.- Se realiza reunión SI/NO	1.- Funcionarios con conocimiento de la cosmovisión mapuche 2.- Actividad masiva ejecutada: Participación en Ferias de Salud locales, organización de Wetripantu y Día del niño	1.- Entrevista semi-estructurada 2.- Fotos	1.Facilitadora Intercultural 2.Facilitadora Intercultural y Director	1.Funcionarios integrantes de la mesa 2.Funcionarios , CDU; usuarios, mesa territorial y comunidad mapuche
Socializar con los funcionarios del CESFAM los derechos indígenas vulnerados, a través de la reflexión.	1.- Conmemorar día de la Mujer Indígena 2.-Conversatorio 12 de octubre	1.- Número de funcionarios socializados / número total de funcionarios del cesfam *100 2.- se Realiza la actividad SI/NO	1.- Funcionarios con conocimiento reflexivo sobre las temáticas de derechos indígenas	Fotos y registro escrito de relatos de los participantes	Facilitadora intercultural	Funcionarios más comunidad Antu Paiñacu

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Insertar en la hora de autocuidado temáticas de la cultura mapuche	1.- Muestra de documentales 2.- Charla de Lawentuchefe a funcionarios 3.- Socializar el convenio 169 de la OIT	1. Se realiza actividad SI/NO 2. Se realiza actividad SI/NO 3.-Se realiza actividad SI/NO	Funcionarios capacitados en cultura mapuche	LISTA DE ASISTENCIA, FOTOS	Facilitadora intercultural mas equipo de salud intercultural	Equipo de salud intercultural
Celebrar año nuevo mapuche	1.- Celebrar el Wetripantu en la sede de la comunidad Antu Paiñaku	Se realiza actividad SI/NO	Funcionarios y comunidad con conocimiento de celebración de Wetripantu	Fotos	Facilitadora intercultural mas equipo de salud intercultural	Institución de carabineros, jardines infantiles, mesa de salud comunal, OPD, Comisión Mixta, CDU, funcionarios de distintas unidades del CESFAM

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Difundir los contenidos de los encuentros de salud intercultural	1.- Asignar responsabilidades a los miembros del equipo de salud intercultural.	Numero de reuniones de CDU Y Salud Intercultural comunal que asisten miembros del equipo de salud intercultural/ número total de reuniones entre equipo de salud intercultural y CDU*100	Funcionarios del CESFAM conocen las actividades de salud intercultural	Lista de asistencia, Fotos, Check list de contenidos difundidos en reuniones de sector y estamento, se espera un 80%	Facilitadora intercultural	Miembros del equipo de salud intercultural y funcionarios de CESFAM
Integrar a la planificación del CESFAM la salud intercultural	1.- Asiste una vez al mes la facilitadora intercultural a las reuniones del equipo de gestión	Número de veces que asiste la facilitadora intercultural a reunión de equipo de gestión / número de reuniones planificadas *100	Planificación anual con enfoque de salud intercultural	Minuta , fotos	Director y Facilitadora intercultural	Facilitadora intercultural y equipo de gestión

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Conocer la población inscrita de pueblos indígenas en el CESFAM CRSH	1.- Actualizar el dato en la ficha clínica de cada usuario, en la pestaña "pertenece a pueblo indígena".	Número de usuarios inscritos pertenecientes a población indígena a junio de cada año. Se espera aumentar en un 20% la inscripción comparando al año anterior	Datos actualizados de los inscritos del CESFAM ,a lo menos un 25% del total	Lista entregada por UGI (unidad de gestión de la Información)	Encargada SAU y Director	Administrativos de primera línea.
Conocer las necesidades de población juvenil en el ámbito de salud	1.-Convocar a jóvenes y facilitar el proceso de participación en consejo consultivo.	1.- Número de eventos masivos realizados/ número de eventos masivos programados según necesidades en salud de jóvenes	1.- Jóvenes que asisten a eventos masivos de salud	Fotos Afiches	Encargada de equipo de Participación	Colegios Sochides, Albert Schweitzer, Siembra, San Martín de Porres

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Aumentar la cohesión social de jóvenes de escuelas de Bajos de Mena	Realizar al menos 1 evento promocional con pertinencia juvenil y planificado por ellos	1.-Se realiza actividad SI/NO 2.-Sociograma aplicado al inicio del año 2019 y sociograma aplicado al final del año 2021	Jóvenes diseñan y participan de evento masivo	Foto de sociograma y fotos eventos masivos	Encargada de participación y Jóvenes	Jóvenes de colegios, funcionarios de CESFAM; CDU
Que el equipo de gestión del CESFAM se alineen con el trabajo de participación	Taller para el equipo de gestión en temática de comunicación	Pre y post test aplicado a jefaturas con temáticas de participación	Jefaturas participan de un taller de comunicación	Fotos Resultados de Encuesta	Director	Equipo de gestión
Integrar a los funcionarios del CESFAM en el plan de participación	Implementar en agenda OMI código AG011	Numero de agendas de funcionarios con código AG011 el día de asamblea /número total de funcionarios que están citados a las asambleas del CESFAM	Agenda con código Ag011	IMPRESIÓN DE MATRIZ AGENDA OMI, AL AZAR	Encargada de participación y Encargada SAU	todos los funcionarios de CESFAM

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Cumplir la ejecución de la meta 7.	Realizar seguimiento de la meta 7, a cargo del Director, con la planificación de "seguimiento de metas e IAAPS".	Cumplimiento meta 7 en un 100%	Planilla actualizada con datos de meta 7.	Pantallazos de planilla de seguimiento	Encargada de participación y Encargada SAU	Equipo de gestión
Involucrar a todos los funcionarios motivados, en la línea de trabajo de participación	Actividad con temática de participación en cada asamblea	Funcionarios colaborando en actividad de participación de asamblea, se espera un incremento año a año del 50% al final de los 3 años	Asamblea ejecutada	Fotos	Encargada de participación y Encargada SAU	Funcionarios CESFAM
Identificar la población a cargo	Solicitar a organizaciones comunitarias el mapa del sector	Se realiza mapa SI/NO	Mapa territorial terminado	Mapa en papel y foto	Director	Equipo de participación y equipos de sector

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Difundir el funcionamiento del comité de solicitudes ciudadanas en funcionarios de CESFAM	Hacer rotación de funcionarios, para que asistan a reuniones del comité de solicitudes ciudadanas.	Número de funcionarios de primera línea que asisten a reuniones/número de funcionarios asignados a la asistencia de reuniones *100	Funcionarios informados.	Lista de asistencia	Coordinadora del Comité de solicitudes Ciudadanas	Equipo de Comité de solicitudes Ciudadanas funcionarios administrativos de primera línea
Que las personas ejerzan sus derechos a dar su opinión respecto al uso de servicios del CESFAM	Difusión 2 veces al año en sala de espera	% de aumento de solicitudes presentadas de parte de los usuarios, se espera un incremento del 10%	Usuarios capacitados en uso de formulario de solicitudes ciudadanas	Registro en libro de recepción de solicitudes	Coordinadora del Comité de solicitudes Ciudadanas	Equipo de Comité de solicitudes Ciudadanas
Validar el equipo de solicitudes ciudadanas, como mecanismo resolutivo	Exponer en los equipos de sector, los planes de mejora del año anterior	% de funcionarios que validan el CSC como un mecanismo resolutivo	Funcionarios informados de planes de mejora	Entrevista grupal a funcionarios en cada sector	Coordinadora del Comité de solicitudes Ciudadanas	Todos los funcionarios del CESFAM
Conocer las necesidades de salud de la población	Realizar el diagnóstico participativo por sector	Se realiza SI/NO	Diagnóstico participativo terminado	Informe de diagnóstico participativo sectorizado	Director	Jefes de sector, equipos de cabecera y CDU

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Conocer nivel de participación de usuarios en salas de espera	Realizar una consulta en salas de espera acerca del conocimiento de mecanismo de participación	Consulta aplicada en salas de espera SI/NO	Consulta realizada	Informe de sistematización de resultados	Encargada de participación	Encargada de participación orientadora de sala
Conocer niveles de participación funcionarios	Realizar en asamblea de funcionarios consulta acerca del conocimiento de mecanismo de participación	Actividad incorporada en asamblea de funcionarios si/no	Asamblea ejecutada	Fotos y lista asistencia asamblea	Encargada de participación	Funcionarios
Conocer nivel de participación de CDU	Realizar en reunión de cdu consulta acerca del conocimiento de mecanismos de participación	Reunión de CDU realizada si/NO	Reunión CDU realizada	Lista asistencia CDU y fotos	Encargada de participación	CDU

2. Cuenta Pública

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
<p>1.- Que los funcionarios se empoderen del quehacer del CESFAM y conozcan las actividades al interior de este, para socializar y relacionar el concepto de derechos en salud.</p> <p>2.- Que los usuarios que participan en CDU, tomen el rol de control social del quehacer del CESFAM , a través del mecanismo de CPP</p>	<p>1.- Taller para funcionarios de capacitación y motivación a CPP</p> <p>2.- Taller para CDU de ejercicio ciudadano de CPP</p> <p>3.- Lograr conformar un equipo motor de CPP</p>	<p>1.- % de funcionarios que conocen los derechos en salud/total de funcionarios del CESFAM *100</p> <p>2.- Percepción de control social que ejercen los integrantes de CDU</p> <p>3.- Existe equipo motor de Cuenta Publica SI/NO</p>	<p>1.- Funcionarios capacitados y motivados en CPP</p> <p>2.- Miembros del CDU comprometidos en ser parte del proceso de CPP</p> <p>3.-equipo motor con al menos un funcionario por equipo de cabecera.</p>	<p>1.- Pre test en reunión de enero y Post test en reunión de abril , que medir motivación y capacitación, este test será elaborado en forma local , a cargo de Julia Mora</p> <p>2.- Declaración de intenciones de parte del CDU, de su compromiso con la CPP, en una gráfica, en papel, y puesta en la sala</p> <p>3.- Listado con nombres de inscritos en equipo motor de CPP</p>	<p>1.- Director y jefaturas</p> <p>2.- Encargada de participación</p> <p>3.- Jefes de sector</p>	<p>1.-Todos los funcionarios de CESFAM, agrupados con sus jefaturas correspondientes</p> <p>2.- CDU y equipo de participación</p> <p>3.- Funcionarios del CESFAM y jefaturas de sector</p>

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Mejorar la calidad de la CPP, tanto en el material como en la información a entregar	<p>1.- Difundir la CPP al interior del CESFAM y para los usuarios</p> <p>2.-Integrar la información de la CPP del CDU con la CESFAM</p> <p>3.- Diseñar el material a entregar en la CPP, que sea gráficamente atractivo y asegurar su distribución a todos los involucrados</p>	<p>1.-Información de la CPP publicada SI/NO</p> <p>2.- Presentación de CPP elaborada por Director y Presidenta CDU SI/NO</p> <p>3.- Manual de Prestaciones de buena calidad SI/NO</p>	<p>1.- Usuarios y funcionarios enterados del proceso de elaboración de CPP</p> <p>2.- Presentación Cuenta Pública realizada</p> <p>3.- Manual de Prestaciones confeccionado</p>	<p>1.-Foto de diario mural</p> <p>2.-Pantallazo de cita vía whapsap de Director a Presidenta CDU</p> <p>3.- Documento en papel de Manual de Prestaciones</p>	<p>1.Encargada de Participación</p> <p>2.Encargada de participación y Director</p> <p>3.Encargada de Participación</p>	<p>1.-Todos los funcionarios de CESFAM y usuarios inscritos</p> <p>2.- Director, Presidenta de CDU y equipo de participación</p> <p>3.- Director</p>

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Aumentar la participación ciudadana en Cuenta Pública	1.- Habilitar un buzón en las salas de espera de CESFAM previo a CPP 2.- Aumentar la asistencia de las personas de la comunidad de Bajos de Mena a la CPP	1.- Aumentar en un 20% las opiniones vertidas en buzón, comparando al año anterior 2.-Aumentar en un 10% la asistencia a CPP	1.- Opiniones en papel vertidas en el buzón 2.- Vecinos de Bajos de Mena asisten a CPP	1.- Fotos de encuesta 2.- Lista de asistencia	1.Encargada de Participación 2.- Equipo de Participación y Director	1.- Todos los usuarios inscritos 2.- Vecinos de Bajos de Mena, usuarios, funcionarios y equipo de gestión

3. Consejo de Usuarios

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
1.- Que los dirigentes sean activos en sus territorios	1. Conversatorio de Presidenta CDU y miembros de CDU	1.- Número de actividades que participan los dirigentes vecinales	1.- Líderes vecinales comprometidos	1.- Carta de compromiso	1.- Presidenta CDU y Encargada Participación	1.- Miembros CDU
Fortalecer el trabajo en equipo de los miembros del CDU	Taller de trabajo en equipo	Se realiza taller SI/NO	Taller ejecutado	Fotos y pre evaluación con observación participante y post evaluación	Encargada de participación	CDU y equipo de participación
Mejorar el desempeño del CDU	Levantar necesidades de CDU y planificar actividades de su interés para la comunidad	Percepción de mejora en la organización de actividades de CDU	Necesidades explicitadas del territorio Bajos de Mena	Entrevista a miembros de CDU	Encargada de participación	CDU y equipo de participación
Mantener información actualizada entre miembros del CDU Y CESFAM	Utilizar el medio digital de whapsap	Percepción de información actualizada	Información actualizada	Entrevistas semi-estructuradas	Presidenta de CDU	Equipo de Participación y CDU

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Integrar al CDU con intersector	Participación en actividades comunales: desfile fiesta patrias, Expo Adulto Mayor, desfile reciclaje, Día del niño, Corrida Familiar, Wetripantu	Al menos 2 actividades realizadas al año	Actividades masivas realizadas	FOTOS	Directiva de CDU	Miembros de CDU, organizaciones de intersector
Incorporar la visión de nuestra población intercultural	Informar y facilitar la incorporación de comunidad haitiana en actividades planificadas por el CDU	Número de usuarios haitianos que asisten actividades de CDU	Actividades realizadas con asistencia de usuarios haitianos	Fotos	Directiva de CDU	CDU y equipo de participación

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Validar al CDU como un aliado para el CESFAM	Intencionar presencia permanente de dirección o subrogancia y equipo gestión en reuniones de CDU	Percepción de los miembros de CDU, sobre validación en su rol	Director asiste a reunión de CDU	lista de asistencia Entrevista semiestructurada	Directiva de CDU	CDU y equipo de participación
Avanzar hacia la Participación en la toma de decisiones de problemas que surjan en el funcionamiento del CESFAM	Participación de la directiva de CDU en reuniones con equipo de gestión	Asistir a lo menos a 4 reuniones con el equipo de Gestión	Directiva de CDU participa en reunión de equipo de gestión	Lista de asistencia	Encargada de participación y Encargada de Servicio al usuario	CDU y equipo de gestión
Explorar y conocer que se realiza en los equipos de cabecera	Pasantía de CDU en ventanilla de primera línea	Número de integrantes de CDU que asisten a la actividad. Se espera a lo menos 1.	Miembros de CDU conocen funcionamiento primera línea	Fotos	Jefa de sector amarillo y encargada de participación	Funcionarios y CDU

4. Consulta Ciudadana

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Que la comunidad tome conciencia que su opinión es importante en la toma de decisiones en la mejora de centro de salud	Realizar consulta a los usuarios del CESFAM, en relación al tema de cuidado de los baños.	Se realiza SI/NO	Consulta ciudadana realizada	Encuestas respondidas Fotos	Director y Encargada de Participación	CDU, usuarios de CESFAM, Funcionarios
Que el Cesfam aplique el mecanismo de Consulta Ciudadana	Conversatorios con Director de CESFAM	Se realiza conversatorio SI/NO	Consulta ciudadana aplicada	Encuestas respondidas Fotos	Director y Encargada de Participación	CDU, usuarios de CESFAM, Funcionarios

CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

1. Líneas Estratégicas Generales

Ambito General	Ambito	Objetivos Estratégicos	Ambito Especifico	Descripción Metodológica	Actividades	Indicadores	Medio Verificador	Responsables	Participantes
Vinculación con la Comunidad en Terreno	Diversidad de la Participación	Facilitar la vinculación entre los equipos del CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV) con las Organizaciones Sociales y la comunidad en general a través de los Mecanismos de Participación Social considerados en el PPS 2019-2021	Equipos del CESFAM PMV involucrados con los actores de la Sociedad Civil presentes en el PPS 2019-2021	1.-Coordinar con jefaturas para gestionar permisos correspondientes. 2.- Planificación de las visitas:considerar responder ¿Por qué vamos? Y ¿Qué haremos?. 3.- Coordinación con las Organizaciones Sociales según corresponda. 4.- Realizar visita planificada. 5.- Análisis de la información y sistematización de la visita realizada en cada Línea Estratégica PPS 2019-2021.	Visitas a terreno considerando: un Establecimiento Educativo, una Organización Social y a un Club de Adulto Mayor pertenecientes a cada sector según distribución geográfica del CESFAM PMV	Número de Organizaciones de la Sociedad Civil , tipos de organizaciones y número de personas que se vinculan a través de las actividades de Participación Social del CESFAM PMV.	Invitaciones, acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico	Equipo Directivo y EPPC	EPPC, CSU, representantes de sector y Sociedad Civil que trabajan en Líneas Estratégicas.
	Intensidad de la Participación	Determinar el Nivel de Participación Social implicado en cada una de las actividades relacionadas con las Líneas Específicas consideradas en el PPS 2019-2021.	Técnicas implementadas según manual sugerido por SSMO	1.- Identificar Organización Social a trabajar. 2.-Identificar Nivel de Participación Social de la organización que trabajará en conjunto con el equipo del CESFAM PMV. 3.- Seleccionar técnica participativa que será utilizada según identificación anterior. 4.-Aplicación de la técnica seleccionada . 5.-Sistematización de la información obtenida.	Utilización de técnicas participativas según la Organización Social objetivo de acuerdo al Nivel de Participación Social observado por el EPPC	Número de técnicas utilizadas en cada una de las actividades realizadas según Nivel de Participación (Información, Consulta, Decisión y Gestión Participativa).	Acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico e instrumento que considera la técnica y el producto esperado.	Equipo Directivo y EPPC	EPPC, CSU, representantes de sector que trabajan en Líneas Estratégicas, Sociedad Civil y usuarios.

2. Cuenta Pública Participativa

Ambito General	Ambito	Objetivos Estratégicos	Ambito Especifico	Descripción Metodológica	Actividades	Indicadores	Medio Verificador	Responsables	Participantes
Cuenta Pública Participativa	Diversidad de la Participación	Mantener las estrategias de difusión implementadas en el PPS 2016-2018 en relación a la CPP de acuerdo a las características de nuestros usuarios. Facilitar la vinculación entre los equipos del CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV) con las organizaciones sociales y la comunidad en general a través de visitas a terreno relacionadas con la CPP del año en cuestión.	Equipos del CESFAM PMV involucrados con los actores de la Sociedad Civil que participan en la CPP.	Cada sector buscará la metodología para entregar información en relación a la CPP. Además, las Líneas Estratégicas en conjunto con el EPPC y la Sociedad Civil determinarán y coordinarán las salidas a terreno correspondientes: se deberán registrar los usuarios que se contactaron.	Realizar invitaciones presenciales expositivas por un funcionario en las salas de espera una vez a la semana durante mes previo a la CPP. Instalar afiches en Centro de Extensión y otras Organizaciones Sociales que según posibilidad lo permitan. Repartir invitaciones a través del CSU. Entregar invitaciones a los funcionarios del CESFAM para que se distribuyan entre los usuarios en horas de atención. Realizar visitas a terreno a un establecimiento educacional, una organización social y a un Club de Adulto Mayor perteneciente a cada sector según distribución geográfica del CESFAM PMV para realizar difusión de la CPP.	Número de organizaciones de la Sociedad Civil, tipos de organizaciones y número de personas que se vinculan a través de las actividades de la CPP del CESFAM PMV.	Invitaciones, acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico	Equipo Directivo, EPPC	EPPC, CSU, representantes de sector que trabajan en Líneas Estratégicas y Sociedad Civil.
	Intensidad de la Participación	Mantener el nivel de Información y Consulta alcanzados en el PPS 2016-2018 en las actividades relacionadas con CPP consideradas en el PPS 2019-2021.	Nivel de Participación Social Información y Consulta presente en las actividades destinadas a la CPP según PPS 2019-2021.	Cada sector buscará la metodología para entregar información en relación a la CPP. Además, las Líneas Estratégicas en conjunto con el EPPC y la Sociedad Civil determinarán y coordinarán las salidas a terreno correspondientes: se deberán registrar los usuarios que se contactaron.	Utilización de técnicas participativa relacionada con Información y Consulta según la Organización Social objetivo de acuerdo al Nivel de Participación Social observado por EPPC	Número de técnicas utilizadas en cada una de las actividades realizadas según Nivel de Participación (Información, Consulta).	Acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico y instrumento que considera la técnica y producto esperado.	Equipo Directivo y EPPC	EPPC, CSU, representantes de sector que trabajan en Líneas Estratégicas y Sociedad Civil.

3. Consejo de Usuarios

Ambito General	Ambito	Objetivos Estratégicos	Ambito Específico	Descripción Metodológica	Actividades	Indicadores	Medio Verificador	Responsables	Participantes
Consejo de Salud de Usuario (CSU) 10 REUNIONES AL AÑO	Diversidad de la Participación	Facilitar la vinculación del CSU y la comunidad a través de visitas a terreno.	La Directiva del CSU realiza contacto y coordinación con las Organizaciones Sociales conocidas para desarrollar visitas a terreno.	Durante el año se realizará una salida a terreno para difundir e invitar a nuevos usuarios a participar de las reuniones del CSU.	Salida a terreno por parte del CSU y funcionarios de CESFAM para difundir e invitar a los usuarios de la Sociedad Civil a formar parte del trabajo planificado.	Número visitas realizadas / número de visitas programadas	Lista de asistencia del CSU en terreno.	Directiva CSU	Usuarios CSU y funcionarios CESFAM
	Intensidad de la Participación	Mantener las 10 reuniones al año del CSU implementadas en el PPS 2016-2018 de acuerdo a las características de nuestros usuarios.	Mantener el Nivel de Participación Social obtenido en las reuniones precedentes.	Realizar 10 reuniones al año, según calendario, acordadas por el Directorio del CSU.	Planificación de las 10 reuniones anuales del CSU y planificación Charlas Informativas con representante de Línea Estratégica por sector, funcionarios en general, usuarios y organizaciones.	Número de reuniones realizadas / número de reuniones programadas	Registro fotográfico Acta de reunión y registro de asistencia.	Directiva CSU	Usuarios CSU y funcionarios CESFAM
Consejo de Salud de Usuario (CSU) 3 reuniones al año con Consejo Técnico (CT).	Diversidad de la Participación	Facilitar el acercamiento del CSU con el Consejo Técnico a través de las reuniones programadas.	La Directiva del CSU se reúne con Consejo Técnico para analizar temas de interés.	Coordinar con Directora (r) y Directorio CSU, fechas de realización para cada una de las reuniones. Preparación de temas contingentes, por parte del CSU para ser abordados en Consejo Técnico.	Desarrollo de las tres reuniones anuales	Número de reuniones realizadas / número de reuniones programadas	Acta y lista de asistencia.	Dirección del Establecimiento y Directorio CSU	Directorio CSU, Dirección, Jefes de Sector, EPPC y otros según requerimiento.
	Intensidad de la Participación	Mantener las 3 reuniones al año del Directorio CSU con Consejo Técnico para dar continuidad al nivel de información propuesto anteriormente en el Plan 2016-2018.	Mantener el nivel de Información propuesto para este Plan 2019-2021.	Coordinar con Directora (r) y Directorio CSU, fechas de realización para cada una de las reuniones. Preparación de temas contingentes, por parte del CSU para ser abordados en Consejo Técnico.	Participación en las 3 reuniones del CT. Directora, Equipo Técnico del CESFAM (Encargados de sector, de Unidades Transversales y Programas), CSU, EPPC.	Número de reuniones realizadas / número de reuniones programadas	Acta y lista de asistencia.	Dirección del Establecimiento y Directorio CSU	Directorio CSU, Dirección, Jefes de Sector, EPPC y otros según requerimiento.
Consejo de Salud de Usuario (CSU) 3 reuniones al año con Sectores del CESFAM.	Diversidad de la Participación	Facilitar el acercamiento del CSU con los Equipos de Sector a través de las reuniones programadas.	La Directiva del CSU se reúne con el sector según fecha calendario, para analizar temas de interés.	Coordinar con Jefes de Sector y Directorio CSU fechas de realización para cada una de las reuniones. Preparación de temas contingentes, por parte del CSU para ser abordados en sector del CESFAM.	Trimestralmente se realizará una reunión entre la Directiva del CSU y sector que corresponda según planificada. El tema a abordar será determinado previamente por el propio CSU producto de la recogida de la información en las salas de esperas de cada sector del CESFAM.	Número de reuniones realizadas / número de reuniones programadas	Acta y lista de asistencia.	Jefe de sector y Directorio CSU	Directorio del CSU y funcionarios del sector según corresponda
	Intensidad de la Participación	Mantener las 3 reuniones al año del Directorio CSU con los Equipos de Sector para dar continuidad al nivel de información propuesto anteriormente en el Plan 2016-2018.	Mantener el nivel de información propuesto para este Plan 2019-2021.	Se trabajará entre Directorio CSU y sector del CESFAM temas de salud recogidos en la sala de espera por la directiva CSU.	Se transmite información relevante de parte del CSU mediante encuesta o consulta de opinión a usuarios del CESFAM en salas de espera de cada sector según corresponda.	Número de reuniones realizadas / número de reuniones programadas	Acta y lista de asistencia.	Jefe de sector y Directorio CSU	Directorio del CSU y funcionarios del sector según corresponda

4. Diagnóstico Participativo

Ambito General	Ambito	Objetivos Estratégicos	Ambito Específico	Descripción Metodológica	Actividades	Indicadores	Medios verificador	Responsables	Participantes
Diagnóstico Participativo	Diversidad de la Participación	Mantención de los planes de acción por sector en relación a los diagnósticos Participativos años 2017, según disponibilidad de horas y de recurso humano asignado para ello.	Equipos de cada sector (duplas psicosociales) en conjunto con los representantes del CSU, representantes de la sociedad civil que participan en la mantención de los planes de acción por sector.	Determinar equipos de trabajo por sector conformados por duplas psicosociales, Desarrollo del DGP por sector según realidad local. Sistematización de la información obtenida. Elaboración plan de acción, ejecución plan de acción, mantención plan de acción	Equipos de sector del CESFAM, CSU y Equipo de Participación Social y Promoción de Salud saldrán a terreno a trabajar con las diferentes organizaciones comunitarias.	Según Número MIP	Acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico	MARGARITA MARÍA PUENTE	usuarios, encargados del diagnóstico de cada sector, funcionarios, EPPC.
	Intensidad de la Participación	Identificar las áreas de interés para dar continuidad al trabajo realizado el año 2018	Ejecución del plan de acción por sector según el resultado obtenido en las actividades realizadas el año 2018.	Según Plan de Acción por sector	Equipos de cada sector (duplas psicosociales) en conjunto con los representantes del CSU, representantes de la sociedad civil desarrollarán trabajo en terreno según Planes de Acción	Según número MIP	Entrega de sistematización Plan de Acción según estado de avance de cada sector	Jefes de sector, dupla Psicosociales	Dupla Psicosocial, CSU y Organización de la Sociedad Civil.

5. Comité de Gestión de Usuarios

Ambito General	Ambito	Objetivos Estratégicos	Ambito Específico	Descripción Metodológica	Actividades	Indicadores	Medio Verificador	Responsables	Participantes
Comité de Gestión de Usuarios	Diversidad la Participación	Mantener y aumentar, a través de visitas a terreno, una organización de la Sociedad Civil en el análisis de Reclamos en Atención Primaria con Enfoque Participativo implementado en el PPS 2016-2018 que dará continuidad al PPSI 2019-2021	Equipos del CESFAM PMV involucrados con los actores de la Sociedad Civil que participan en Análisis de Reclamos en Atención Primaria con Enfoque Participativo	Cada encargado de la línea CGU de cada sector en conjunto con el EPPC y la Sociedad Civil participarán en la exposición de los temas relevantes basados en la información obtenida desde la OIRS de CESFAM Padre Manuel Villaseca	Reuniones que consideren representantes del centro de salud y la comunidad	Número de organizaciones de la Sociedad Civil, tipos de organizaciones y número de personas que se vinculan a través de las actividades del CGU del CESFAM PMV.	Acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico	Comité de Solicitudes Ciudadanas, EPPC, CSU, Dirección y encargados de cumplimiento de esta Línea Estratégica	EPPC, CGU, CSU, representantes de sector que trabajan en Líneas Estratégicas y Sociedad Civil.
	Intensidad de la Participación	Incentivar análisis para la realización Consulta Ciudadana basada en la información desde el CGU.	Nivel de Participación Social Información y Consulta presente en las actividades destinadas al CGU según PPS 2019-2021.	Se entrega calendario anual a cada organización (CSU, Estilos Cognitivos, JJVV Fray Camilo Henríquez, Centro Padre Colegio Extremadura y nueva organización) . Cordinación Equipo Directivo para realización de reunión (fechas, lugar PPT, Etc..). Contacto con un mes de anticipación con la organización correspondiente y usuarios. Realización de la reunión: Incentivar análisis a través de diferentes técnicas de participación basada en la información desde el CGU. Análisis de insumo obtenido a través de la técnica y elaboración de Plan de Acción según corresponda.	Utilización de técnicas participativa relacionada con Información y Consulta según la Organización Social Objetivo de acuerdo al Nivel de Participación Social observado por EPPC	Número de técnicas utilizadas en cada una de las actividades realizadas según Nivel de Participación (Información, Consulta).	Acta de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico e instrumento que considera la técnica y producto esperado.	Equipo Directivo y EPPC CSU, Grupo de Auto Ayuda Volver a Empezar, JJVV Fray Camilo Henríquez, Centro de Padres y Apoderados Colegio Extremadura y nueva organización contactada.	EPPC, CSU, representantes de sector que trabajan en Líneas Estratégicas y Sociedad Civil.

CESFAM KAROL WOJTYLA

1. Líneas Estratégicas Generales

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Ampliación base de representación	Captar a nuevos integrantes u organizaciones que no estén presente en el trabajo con la red y que pertenezcan al territorio del Cesfam	Convocar a nuevos integrantes del territorio a través de miembros del CDU y/o del equipo de participación social del Cesfam	En reuniones del CDU coordinar con sus miembros la importancia de difundir e incorporar a nuevas personas al trabajo de participación social, y a la comunidad organizada y no organizada.	Coordinación y comunicación con nuevos agentes sociales y de preferencia que sean incorporados al trabajo con el CDU	Estado de Nuevos miembros del CDU destacados en el registro de asistencia de las reuniones	Equipo de participación	CDU
			Miembros del equipo de participación social sensibilizarán, orientarán e invitará a miembros claves de la comunidad organizada o no organizada que deseen integrar el CDU o generar redes con el Cesfam.	Coordinación y comunicación con nuevos agentes sociales y de preferencia que sean incorporados al trabajo con el CDU	Estado de Nuevos miembros del CDU destacados en el registro de asistencia de las reuniones	Equipo de participación	Equipo de participación
Información y educación en participación ciudadana y salud comunitaria	Educar y empoderar a la comunidad usuaria del Cesfam en temas de salud comunitaria, autocuidado y funcionamiento general del Centro de salud	Capacitaciones teórico práctica a la comunidad usuaria por sector, dirigidos a miembros del CDU y comunidad en general en RCP Básico	Educación a comunidad usuaria en terreno o en Cesfam, a través de juntas de vecinos, clubes de adultos mayores, entre otras agrupaciones y comunidad en general	CDU y usuarios en general informados sobre temas de salud comunitaria	Registro de asistencia y fotos	Equipo de participación	Equipo de participación y usuarios en general
		Capacitaciones teórico práctica a la comunidad usuaria por sector, dirigidos a miembros del CDU y comunidad usuaria en general sobre Manual de funcionamiento interno	Educación a comunidad usuaria en terreno o en Cesfam, a través de juntas de vecinos, clubes de adultos mayores, agrupaciones de inmigrantes, entre otras y comunidad en general	CDU y usuarios en general informados en temas de salud comunitaria y participación social	Registro de asistencia y fotos	Equipo de participación	Equipo de participación y usuarios en general
Integración a Inmigrantes	Generar espacios de encuentro hacia la población de usuarios inmigrantes del Cesfam Karol Wojtyla, con el objeto de acercarlos a la salud	Cápsulas socioeducativas de orientación sociojurídica al personal APS	Educación sobre regularización de documentos para acceder a residencia, se realizará a grupos de 10 funcionarios	Funcionarios sensibilizados y capacitados sobre los beneficios sociales y acceso a la salud por parte de los inmigrantes	Registro de asistencia y fotos	TS. Victor Madrid	Funcionarios del Cesfam
		Cápsulas socioeducativas de orientación sociojurídica y acceso a la salud a usuarios inmigrantes	Educación sobre regularización de documentos para acceder a residencia y acceso a la salud, se realizará a grupos de 10 usuarios de diversas nacionalidades	Usuarios sensibilizados y capacitados sobre los beneficios sociales y acceso a la salud de los inmigrantes	Registro de asistencia, fotos y encuestas de percepción usuaria	TS. Victor Madrid	Usuarios inmigrantes
		Capacitaciones teórico práctica a la comunidad usuaria por sector, dirigidos inmigrantes de origen Haitianos sobre el Manual de funcionamiento interno	Educación a comunidad usuaria de origen Haitiano, en terreno o en Cesfam, con respecto al funcionamiento del Centro de salud	Usuarios informados sobre el funcionamiento general del Centro de salud	Registro de asistencia y fotos	Equipo de participación	Usuarios inmigrantes
Difusión Comunitaria	Entregar información a la comunidad usuaria del sector de bajos de mena, sobre el CDU y pesquisa de TBC	Crear Cápsulas informativas a través de Canal local Bajos de Mena Tevé, con miembros del CDU	Realizar grabaciones en vivo a través canal Bajos de Mena Tevé con el Consejo de usuarios y miembros del equipo de Participación, difundiendo qué significa y cuáles son sus objetivos, integrantes, actividades y cómo participar en dicha instancia.	Comunidad usuaria informada sobre la existencia del CDU y formas de participación social	Videos	Equipo de participación	Equipo de participación y CDU

2. Cuenta Pública

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Fortalecimiento de la participación social en los equipos de salud y comunidad en la Cuenta Pública Participativa	Conformar un equipo estratégico del Cesfam para preparación de la CPP	Entregar orientaciones técnicas al equipo gestor, Consejo técnico y dirección del Cesfam en relación a la CPP.	Reuniones de Consejo Técnico y de sector para informar, coordinar y planificar acciones en torno a la preparación y ejecución de la CPP, con énfasis en la participación comunitaria	Equipo estratégico conformado y preparado para el desarrollo de la CPP	Registro de asistencias a reuniones, documento con equipo conformado y definición de roles	Encargado de Participación	Funcionarios del Cesfam
	Generar los espacios físicos y técnicos para que la comunidad usuaria a través del CDU participen en la planificación y ejecución de la CPP	Proporcionar orientaciones técnicas de la CPP al CDU. Otorgar los espacios físicos al CDU para que planifiquen su participación en la CPP	En reuniones del CDU previas a la CPP se difundirán las orientaciones técnicas de la CPP, además se reservarán la sala de reuniones para que el CDU se reúna de forma autónoma las veces que estimen conveniente	Consejo de usuarios orientados y con autonomía en la participación	Registro de asistencias	CDU	CDU

3. Consejo de Usuarios

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Proceso CDU	Fortalecer la participación social en salud del Consejo de usuarios en relación al Cesfam	Realización de reuniones con el equipo de participación social del Cesfam	Se realizarán al menos 9 reuniones de coordinación al año, entre el CDU y el equipo de participación social del Cesfam	Coordinación y vinculación entre el CDU y el Cesfam	Actas de reuniones de asistencia Registro Fotos	Equipo de participación social	CDU y equipo de participación social

4. Consulta Ciudadana

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológica	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes
Preparación y ejecución de consulta ciudadana para CPP	Orientar al CDU sobre el proceso de CC	En reuniones con el CDU se entregarán orientaciones técnicas de CC	Se orientará a miembros del CDU sobre el proceso y etapas a desarrollar de la CC para obtener insumos para la CPP. Conformar equipo de trabajo para ejecución de CC	Consulta Ciudadana planificada y coordinada por el CDU y público usuario.	Actas de reunión y registro de asistencia	Equipo de Participación y CDU	Equipo de Participación, CDU y comunidad en general
	Realizar Consulta ciudadana en conjunto con el equipo de salud, CDU y comunidad en general para la CPP	Ejecución de la CC durante el periodo consensuado entre el equipo de salud y la comunidad, a través del levantamiento de propuestas.	Se recopilarán insumos, opiniones e intereses desde la comunidad usuaria, a través de buzones participativos en las diferentes unidades del Cesfam, en distintos días y horarios, a través de miembros del CDU y equipo de participación.	Consulta Ciudadana ejecutada previamente a la Cuenta Pública	Documento con resultados de la CC Fotos	Equipo de Participación y CDU	Equipo de Participación, CDU y comunidad en general

5. Diagnóstico Participativo

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medico verificador	Responsables	Participantes
Preparación y ejecución de Diagnóstico Participativo	Conformar y coordinar equipo de trabajo por sector del Cefam	En reuniones internas se definirán equipos de trabajo, roles y plazos	Informar a equipos sobre desarrollo del DP e incluir a los funcionarios más idóneos o con mayor disponibilidad de llevar a cabo este proceso	Equipo de trabajo conformado y con horas protegidas para desarrollar el DP por sector	Documento con miembros del equipo, roles y tiempos protegidos. Libro de acta de reuniones	Dirección, jefaturas y equipo de participación	Equipo de salud
	Convocar y coordinar trabajo con CDU y comunidad en general	Reuniones de trabajo coordinado con CDU y comunidad en general	Planificar y realizar coordinaciones con el intersector sobre la ejecución del DP	Comunidad organizada en función del DP y coordinada con el Cefam	Documento que contenga mesas de trabajos por sector y funcionarios a cargo	Equipo de Participación y CDU	Equipo de salud, CDU y comunidad en general
	Ejecutar Diagnóstico Participativo	Mesas de trabajos con el intersector	Se definirán y desarrollarán diversas mesas de trabajos con distintos actores entre el equipo de salud y la comunidad organizada y no organizada.	Diagnóstico Participativo realizado y difundido a la comunidad	DP redactado en documento	Equipo de Participación y CDU	Equipo de salud, CDU y comunidad en general

6. Comité de Solicitudes Ciudadanas

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medico verificador	Responsables
Proceso de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Analizar las SC y sus respuestas en conjunto con integrantes del equipo de salud y miembros del CDU	Reuniones de trabajo entre equipo de salud y miembros del CDU	Se deben realizar al menos 6 reuniones del Comité de SC con miembros del equipo de salud e integrantes del CDU, donde se analizarán con detalles las SC y sus respectivas respuestas	Obtener una segunda mirada, reflexión y análisis entre el equipo de salud y la comunidad usuaria.	Actas y registro de asistencia	Encargado de Participación social y CDU
	Elaborar estrategias o planes de mejoras en torno a las SC	Reuniones de trabajo con CDU y comunidad en general	Se generarán estrategias o planes de mejoras en relación a las SC analizadas y dependiendo de cada caso.	Planes de mejoras difundidos al Consejo técnico y al CDU	Actas de reuniones del CDU y consejo técnico respectivamente	Equipo de Participación y CDU

CESFAM LAURITA VICUÑA

1. Lineamientos Generales

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Generar las condiciones para incorporar la Participación social (PS) en salud en los equipos del Cesfam	Incorporar la información asociada a PS en las reuniones de equipo	Reuniones participativas, donde se gestione actividades propias de participación social	Equipos de salud sensibilizados de las temáticas de participación social, asociadas al fortalecimiento de la información de calidad	Acta reuniones / planes de mejora	Directora/ Equipo participación	Equipos de salud
	Equipos de salud incorporados en al menos 1 mecanismo de participación	Equipos de salud forman parte del diseño, ejecución y evaluación de al menos 1 mecanismo de participación	Equipos de salud participan activamente en el desarrollo de instancias de participación social en salud	Acta reuniones, fotografías, resultado mecanismo.	Directora/ Equipo participación	Equipos de salud
	Talleres participativos para la elaboración de un manual de prestaciones dirigido a los usuarios	Equipos de salud analizan y sistematizan la información de calidad dirigida a nuestros usuarios	Equipos de salud informan adecuadamente a los usuarios, mediante el manual de prestaciones.	Acta talleres, fotografías	Directora/ Equipo participación	Equipos de salud.
Conocer el nivel de asociatividad del CDU y organizaciones sociales que participan en el plan de participación social	Realizar un diagnóstico de redes de asociatividad	Talleres participativos, entrevistas a agentes comunitarios para indagar el nivel de asociatividad.	Organizaciones sociales y CDU, más los equipos de salud conocen el nivel de asociatividad.	Acta reuniones / documento	Directora/ coord.. participación	CDU, Organizaciones sociales. Equipos de salud

2. Cuenta Pública

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Promover la participación de la comunidad organizada y no organizada en este mecanismo de participación.	Capacitación a dirigentes sociales Y equipo de participación sobre el sentido ciudadano de este mecanismo de participación.	Taller teórico práctico sobre CPP, basado en orientaciones técnicas entregadas por el SSMSO	Dirigentes, equipo de participación capacitado y sensibilizado en la relevancia de la CPP como mecanismo de participación.	Asistencia	Dirección Cesfam / coordinador participación /	CDU / dirigentes sociales / equipo de participación
	Implementación de "Consulta ciudadana"	Implementar consulta ciudadana, según las Orientaciones técnicas del SSMSO	Consulta ciudadana aplicada en fase previa de CPP	Documento	Doordinador participación / equipo de participación / CDU	Usuarios Cesfam.
	Análisis de la CPP y del ejercicio de Consulta ciudadana	1 Jornada evaluativa.	Dirigentes sociales y equipo de participación participan en proceso de evaluación de este mecanismo.	Asistencia jornada	Dirección Cesfam / coordinador participación / equipo de participación	CDU / dirigentes sociales
Dar cuenta del estado de salud alcanzado por la población a su cargo respecto a las acciones y programas desarrollados.	Análisis del estado de la salud de la población a cargo, asociado a los sectores y programas desarrollados en el Cesfam	1 jornada de análisis de la información con equipo directivo y participación	Equipos de salud incorporan el enfoque sanitario.	Asistencia, actas	Dirección Cesfam / coord. participación	Equipos de salud.
	Presentación del estado de salud de la población en CPP.	CPP desarrollada con enfoque sanitario	Usuarios informados del estado de salud de la población según el enfoque sanitario	PPT de la CPP	Dirección Cesfam / coordinador participación / equipo de participación	Usuarios Cesfam.

3. Consejo de Usuarios

Objetivos estratégicos	Actividades	indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes
Promover la vinculación del CDU con usuarios del Cesfam	Apoyar a los equipos del Cesfam en procesos de información a usuarios	3 intervenciones en salas de espera, donde el CDU informa a usuarios sobre campañas de salud.	Usuarios del Cesfam cuentan con información específica y relevante sobre campañas de salud.	Registro fotográfico.	Coord.Participación / directiva CDU	Socios CDU
Promover espacios de encuentro con los equipos del Cesfam	Participación del CDU en ampliado con funcionarios para fomentar el conocimiento mutuo.	1 Jornada diálogo entre funcionarios y comunidad organizada, con énfasis en participación social y determinantes sociales en salud.	Equipos de salud conocen a referentes del CDU en actividad participativa.	Acta, registro fotográfico	Dirección / coord.. Participación.	Equipos de salud / CDU
	Participar en el comité de gestión de solicitudes ciudadanas (CGSC) y en los encuentros comunitarios de la OIRS (IAAPS)	4 reuniones del CGSC con participación del CDU. 4 encuentros con la comunidad para socializar la OIRS	CDU forma parte de la Gestión OIRS.	Acta y asistencia.	Dirección / coord. Participación.	Miembros CDU / Jefatura OIRS / Directora / Coord. Participación
	Participar en los consejos técnicos.	Presencia del CDU en al menos tres consejos técnicos.	CDU informado de las gestiones generales del Cesfam	Acta y asistencia	Dirección / coord. Participación.	Miembros CDU / equipo Gestor Coord. Participación
Promover la autonomía del CDU	reuniones de trabajo participativas para la elaboración de los planes de trabajo del CDU	Taller de levantamiento de necesidades e intereses.	CDU elabora y ejecuta plan en forma autónoma.	Acta reuniones, documento plan de trabajo.	Directiva CDU	Coord. Participación

4. Consultas Ciudadanas

Objetivos estratégicos	Actividades	Indicador	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes
Sensibilización de este mecanismo al interior del Cesfam	Difusión de las orientaciones técnicas en los equipos del cesfam	Realización de 3 talleres teórico prácticos	Equipos sectorizados del Cesfam sensibilizados en este mecanismo de participación	Lista asistencia.	Coord. Participación / equipo gestor	Equipos sectorizados del cesfam
Sensibilización dirigida al CDU y las organizaciones incorporadas en el plan de participación.	Difusión de las orientaciones técnicas al CDU y las organizaciones incorporadas en el plan de participación.	1 taller teórico práctico	Comunidad organizada sensibilizada en este mecanismo de participación	Lista asistencia, registro fotográfico	Coord. Participación, equipo participación	CDU, organizaciones sociales.
Implementación de este mecanismo cómo insumo para la CPP	Consulta ciudadana, para conocer los intereses temáticos de los usuarios, frente a la CPP	Implementar consulta ciudadana, según las Orientaciones técnicas del SSMSO	Consulta ciudadana aplicada en fase previa de CPP	Documento	Coordinador participación / equipo de participación / CDU	Usuarios Cesfam.
	Implementación de consulta ciudadana como fase previa de la CPP.	Realización de consulta ciudadana, según orientaciones técnicas SSMSO.	Mecanismo ejecutado	Documento proceso, registro fotográfico	Dirección, equipo Gestor, coord.. Participación.	Equipo participación, CDU, usuarios.

5. Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Análisis y difusión de este mecanismo en los equipos de salud.	Informar a los equipos de salud la estadística general y sectorizada de este mecanismo	Taller informativo trimestral	Equipos de salud informados de la estadística OIRS	Lista de Asistencia Registro Fotográfico	Equipo de Participación	Equipos de salud sectorizados
Fortalecer el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Aumentar el número de integrantes que conforman el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Convocar a los integrantes del CDU y a funcionarios a conformar Equipo estable del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	Aumentar la representatividad de los distintos actores en este mecanismo.	Actas Fotografías Lista de Asistencia	Encargada de Participación Equipo de Participación del Cefsam	Integrantes CDU Equipo de Salud
	Realizar 4 reuniones anuales del CGSC	El CGSC se reúne regularmente y formula planes de mejoras	Fomento de la gestión participativa en salud	Acta Asistencia Registro Fotográfico	Dirección / jefe Oirs / coord. participación	Integrantes comité.
Análisis y difusión de este mecanismo en la comunidad	Informar las organizaciones sociales la estadística general y sectorizada de este mecanismo.	Taller informativo trimestral	Organizaciones informadas de la estadística OIRS	Lista de Asistencia, acta Registro Fotográfico	Equipo de Participación	Organizaciones sociales.

6. Inclusión

Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción Metodológico	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Medios Verificador	Responsables	Participantes
Visibilizar las actividades interculturales, como estrategias de promoción de derechos en salud.	Sensibilización y Celebración Wiñol tripantü	Ceremonia ancestral Mapuche realizada en el Cesfam	Equipos de salud sensibilizados y participantes de esta actividad	Lista de Asistencia Registro Fotográfico	Asociación indígena / taller TuKukawe, coord. participación	Equipos de salud, CDU, Organizaciones sociales usuarios
	Registrar la etnia del usuario en su ficha de salud	Usuarios con identificación étnica, se registran adecuadamente en el sistema OMI	Población originaria identificada correctamente	Estadística mensual	Jefe Sau, Administrativos, coord. Participación.	Usuarios Cesfam
	Campaña sensibilización en las salas de espera	Difusión dirigida a los usuarios para incorporar su pertenencia étnica en su ficha clínica	Población originaria informada e identificada correctamente	Registro Fotográfico	Dirección / jefe Oirs / coord. Participación / CDU	Usuarios Cesfam
Sensibilización de normativas, reglamentos para la atención de salud en minorías sexuales e inmigrantes.	Talleres de sensibilización en normativas de atención inmigrante y minorías sexuales	Taller participativo que promueva el derecho de todas las personas para contar con atención oportuna y de calidad	Equipos de salud garantes de la atención no discriminatoria en salud	Lista de Asistencia, acta Registro Fotográfico	Equipo de Participación	Equipos de salud