



ILUSTRE MUNICIPALIDAD  
DE CHEPICA

CESFAM CHEPICA

**DECRETO ALCALDICIO N°:** 801922

Chépica, 30 SEP 2016

**VISTOS**

: Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

**TENIENDO PRESENTE**

: Decreto Alcaldicio N° 1.866 de fecha 22 de Septiembre 2016, que nombra como Alcalde Subrogante a Don Francisco Javier Hidalgo Radrigan. Certificado N° 084 de fecha 20 de Septiembre 2016, Sesión Ordinaria N° 952 de fecha 12 de Septiembre 2016, posteriormente en Sesión Ordinaria N° 953 de fecha 20 de Septiembre 2016, que el Concejo Municipal de Chépica en votación unánime aprueba Plan de Salud y Dotación 2017.

**DECRETO**

: 1.- APRUEBESE, Plan de Salud y Dotación 2017.

2.- Pase a Conocimiento Secretaria Municipal, Director de Control Interno, Jefe Administrativo CESFAM, Jefe Administración y Finanzas y Habilitado CESFAM, Personal CESFAM.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



**ALIRO ARAVENA OLIVERA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**  
**MINSITRO DE FE**



**FRANCISCO HIDALGO RADRIGAN**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD DE CHEPICA**

FHR./AAO./MLF./aml.

DISTRIBUCION:

- Secretaria Municipal. ✓
- Director Control Interno.
- Jefe Administrativo CESFAM.
- Jefe Administración y Finanzas y Habilitado.
- Personal CESFAM.



ILUSTRE MUNICIPALIDAD  
DE CHÉPICA

Secretaría Municipal

## CERTIFICADO N° 084.-

**ALIRO ARAVENA OLIVERA**, Secretario Municipal y Ministro de Fe de la I. Municipalidad de Chépica, viene en certificar, que en Sesión Ordinaria N° 952 de fecha 12 de Septiembre de 2016 fue entregado al H. Concejo Municipal de Chépica el Plan de Salud 2017, posteriormente en Sesión Ordinaria N° 953 de fecha 20 de Septiembre de 2016, fue sometido a votación.

Acto seguido, este H. Concejo Municipal, en votación unánime, aprueba el Plan de Salud 2017.

Extendido en Chépica a veinte días del mes de Septiembre de dos mil dieciséis, para ser presentado en CESFAM.



**ALIRO ARAVENA OLIVERA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**  
**MINISTRO DE FE**



ILUSTRE MUNICIPALIDAD  
DE CHEPICA



CESFAM CHEPICA

# PLAN DE SALUD COMÚN CHEPICA 2017

**TABLA DE CONTENIDO**

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN	4
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	5
DIAGNÓSTICO COMUNAL	8
ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD	25
RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS	27
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	29
COMPROMISOS DE GESTIÓN IAAPS Y METAS	33
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD	38
CANASTA DE PRESTACIONES PLAN DE SALUD FAMILIAR	39

**CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA**

• SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL	46
• SALUD DEL ADOLESCENTE	52
• SALUD DE LA MUJER	53
• CHILECRECECONTIGO	60
• SALUD DEL ADULTO (INCLUYE PROGRAMA CARDIOVASCULAR)	69
• SALUD DEL ADULTO MAYOR	69

**PROGRAMAS TRANSVERSALES**

• SALUD MENTAL INTEGRAL	78
• SALUD RESPIRATORIA	87
• PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD	103
• RESOLUTIVIDAD	123

• IMÁGENES DIAGNOSTICAS	127
• LABORATORIO	130
• PLAN DE CAPACITACION	136
• PARTICIPACION CIUDADANA	139
• SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S.U.R.)	144
• SALUD ORAL	154
• DOTACIÓN 2017	156
• INVERSIONES	159
• DESAFIOS	160
• PRESUPUESTO 2017	165

## 1. INTRODUCCIÓN

Los cambios epidemiológicos y demográficos de la población chilena, han hecho necesario cambiar del modelo biomédico de atención en salud, hacia uno más integral, que considere a la persona como el centro del quehacer en salud. Un modelo que sea capaz de abordar los nuevos problemas de salud de la población Chilena, es decir, un modelo más resolutivo, integral, humanizado, que considere la participación social y el desarrollo comunitario, el trabajo intersectorial y un fuerte componente de promoción de la salud en el marco de los determinantes sociales de la salud, y su importancia en la mejoría del nivel de vida de la población.

Durante el año 2016, hemos trabajado con miras a consolidar este modelo de atención integral de salud familiar y comunitario en nuestra Comuna , incorporando la promoción de la salud como un eje central de su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial, realizando alianzas, especialmente con los jardines infantiles y colegios de la Comuna; con el objetivo de promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud, y con ello, una mejor calidad de vida.

Respondiendo a la necesidad de aumentar la participación ciudadana, durante el año 2016 hemos continuado trabajando con el consejo de desarrollo local (CDL), logrando importante alianza con esta agrupación social



## 2. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

La ley 19.378, marco jurídico para las entidades administradoras de la salud municipal, en su artículo 58, expresa que estas entidades formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

La reforma de salud, coloca a la atención primaria como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, posicionándola como eje del sistema sanitario que coordina y es base para el cuidado continuo de la salud.

En general, los elementos a considerar en la planificación local, deben estar basados en los siguientes aspectos: *(Orientaciones para la planificación y programación en red año 2016)*

### 1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

a) Ley de derechos y deberes de los pacientes

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: **los usuarios**

Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes" en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley

Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 80 de la Ley 20.584, deberán mantener en lugar público y visible, una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla

## **2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD**

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.



### **3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA**

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque, “considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida” (Minsal, 2010)

### **4. ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD**

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en

el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

## **5. GOBERNANZA**

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común

## **6. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA**

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud

La participación social debe transitar entre un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios, a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones

## **3. DIAGNÓSTICO COMUNAL**

### **a) HISTORIA DE LA COMUNA**

Los inicios de la comuna de Chépica se remontan a 1875 año en el que esta zona era conocida como el fundo Villa Chépica. El 22 de diciembre de 1892 es declarada comuna.

Chépica en lengua Mapuche significa “Hierba por excelencia”.

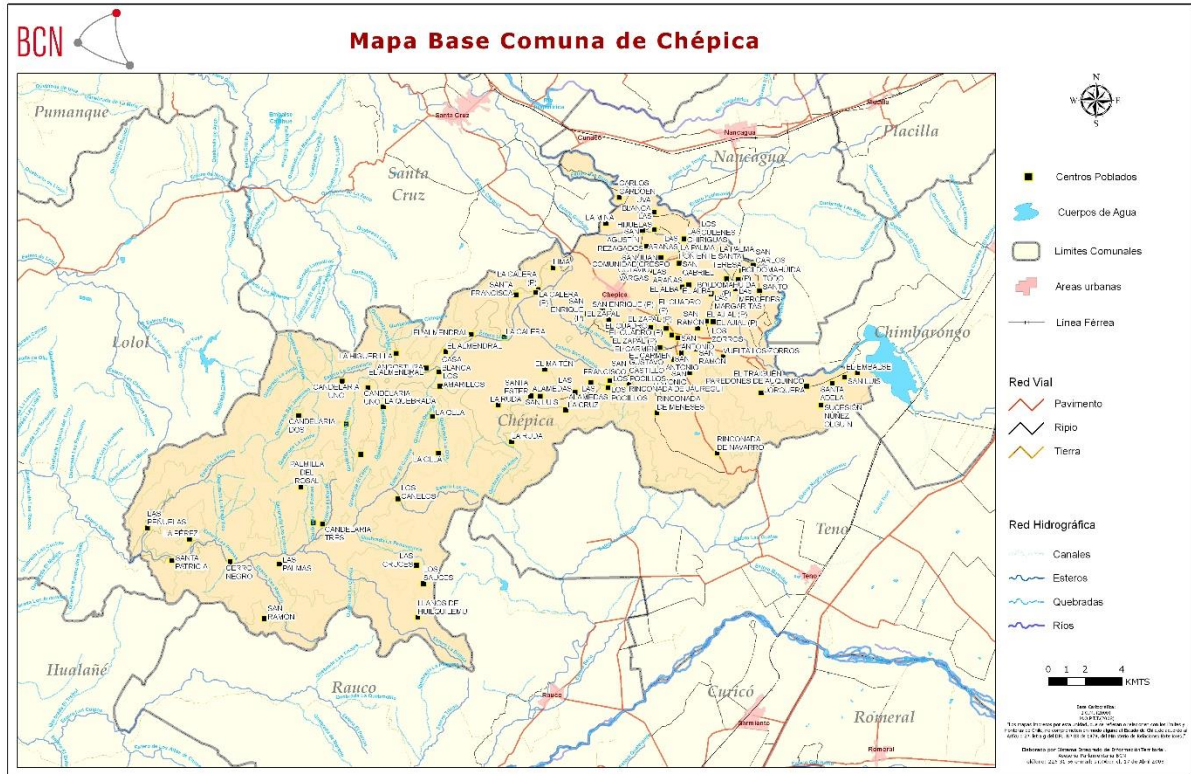
La localidad presenta características tradicionales de orden colonial. Cuenta con una plaza de armas y en base a la ubicación de ésta se comenzó con la construcción de diversas casonas que hoy son consideradas monumentos históricos. Uno de ellos es la Iglesia San Antonio de Padua que data de 1825 y que estuvo en proyecto de reconstrucción ya que se derrumbó para el terremoto del 27 de febrero de 2010 y en la actualidad ya fue entregado a la comunidad inaugurado por el obispo de la región de O'Higgins

Otro edificio de gran importancia arquitectónica es la I. Municipalidad de Chépica que formaba parte del Fundo Chépica el que perteneció a Don Miguel Valenzuela Castillo en el siglo XIX.

Chépica es una de las 10 comunas que pertenece a la Provincia de Colchagua en la Región de O'Higgins y está ubicada en el sector central Sur de la Región a 180 Km de la capital de la región, Rancagua.

Limita por el Sur con la Comuna de Teno, por el Norte con las Comunas de Santa Cruz y Nancagua, por el Oriente con la Comuna de Chimbarongo y por el Poniente con la Comuna de Lolol.

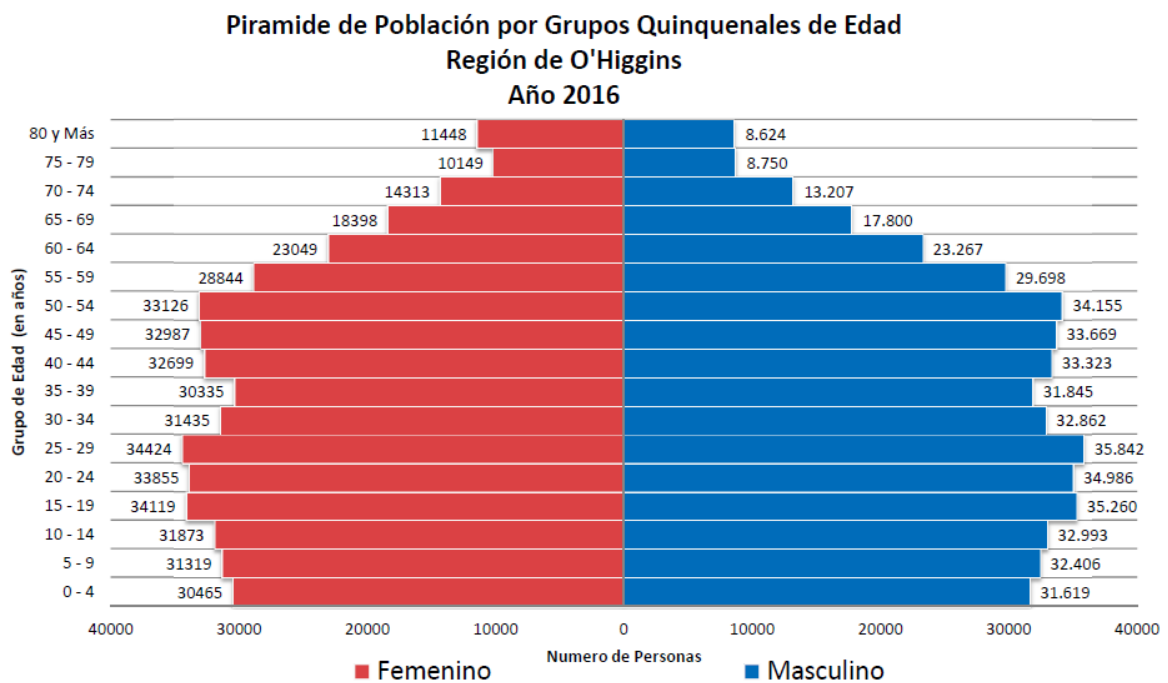
División Política Comuna De Chépica



## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

La siguiente información a detallar en el diagnóstico de salud local de la comuna de Chépica tiene como fuentes principales datos obtenidos de los diferentes instrumentos estadísticos nacionales como el INE, Encuesta CASEN, DEIS, Perfil Epidemiológico de la Seremi de Salud de la sexta región, Sistema integrado de información territorial biblioteca del congreso nacional entre otras.

Para dar inicio al presente diagnóstico, es importante destacar que durante el transcurso de los años partiendo como punto de inicio el último censo realizado en nuestro país el año 2002, las tendencias demográficas a nivel país han sido que la población está envejeciendo ya que la esperanza de vida ha aumentado gracias a las mejoras en las condiciones sanitarias y grandes avances tecnológicos, además del control de natalidad que ha generado un descenso de esta en Chile y el mundo



Población Región de O'Higgins				0 - 4 Años		5 - 9 Años		10 - 19 Años		20 - 64 Años		65 y más Años	
DISTRIBUCION GEOGRAFICA	Total	Pobl. Segun Sexo		Pobl. Infantil		Pobl. Infantil		Pobl. Adolescente		Pobl. Adulto		Pobl. A. Mayor	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		
<b>PROV. COLCHAGUA</b>	<b>222.225</b>	<b>112.200</b>	<b>110.025</b>	<b>7.177</b>	<b>6.878</b>	<b>7.531</b>	<b>7.163</b>	<b>16.219</b>	<b>15.318</b>	<b>69.125</b>	<b>66.948</b>	<b>12.148</b>	<b>13.718</b>
San Fernando	76.925	37.652	39.273	2.553	2.471	2.671	2.617	5.730	5.683	23.130	23.738	3.568	4.764
Chepica	13.552	7.012	6.540	388	377	400	399	879	842	4.382	4.081	963	841
Chimbarongo	35.020	17.840	17.180	1.185	1.131	1.229	1.155	2.680	2.415	10.837	10.678	1.909	1.801
Lolol	6.725	3.728	2.997	180	173	196	183	436	392	2.398	1.691	518	558
Nancagua	17.839	9.145	8.694	610	575	640	579	1.429	1.199	5.545	5.300	921	1.041
Palmilla	11.728	6.066	5.662	359	342	368	347	754	746	3.911	3.614	674	613
Peralillo	10.711	5.620	5.091	316	298	338	308	711	643	3.510	3.103	745	739
Placilla	8.575	4.353	4.222	278	268	282	272	583	591	2.721	2.572	489	519
Pumanque	2.966	1.542	1.424	76	73	84	80	175	171	969	859	238	241
Santa Cruz	38.184	19.242	18.942	1.232	1.170	1.323	1.223	2.842	2.636	11.722	11.312	2.123	2.601



**Distribución de Población Estimada por Micro-Red  
Región de O'Higgins  
Año 2016**

Servicio de Salud O'Higgins  
Depto. Gestión Asistencial  
U. de información para la Salud

Micro-Redes	Comuna	Poblacion año 2016	Sexo	
			Hombre	Mujer
<b>Total Regional</b>				
		<b>933.144</b>	<b>470.306</b>	<b>462.838</b>
Cachapoal	<b>Total</b>	<b>462.405</b>	<b>230.444</b>	<b>231.961</b>
	Rancagua	260.735	130.578	130.157
	Codegua	13.271	6.694	6.577
	Coínco	7.493	3.737	3.756
	Coltauco	17.929	8.931	8.998
	Doñihue	21.546	10.986	10.560
	Graneros	32.523	16.464	16.059
	Machali	38.263	17.694	20.569
	Mostazal	28.755	14.443	14.312
	Olivar	14.544	7.020	7.524
Requinoa	27.346	13.897	13.449	
Carretera de la Fruta	<b>Total</b>	<b>201.580</b>	<b>101.960</b>	<b>99.620</b>
	Las Cabras	24.891	13.121	11.770
	Malloa	13.984	7.119	6.865
	Peumo	15.846	8.159	7.687
	Pichidegua	19.683	10.116	9.567
	Qta. Tilcoco	12.296	6.243	6.053
	Rengo	64.965	32.402	32.563
	Sn. Vicente	49.915	24.800	25.115

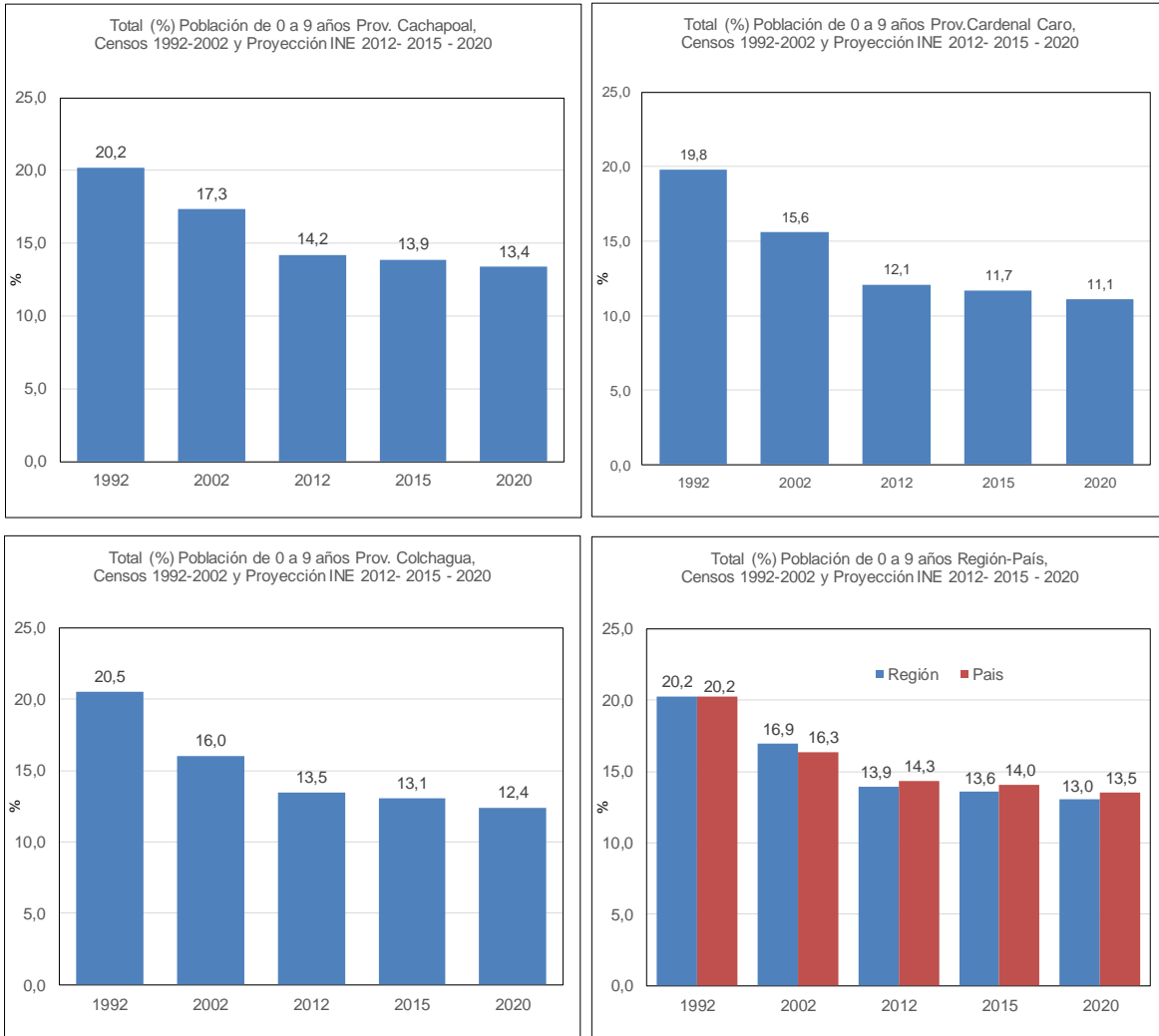
Micro-Area	Comuna	Poblacion año 2016	Sexo	
			Hombre	Mujer
San Fernando	<b>Total</b>	<b>138.359</b>	<b>68.990</b>	<b>69.369</b>
	San Fernando	76.925	37.652	39.273
	Chimbarongo	35.020	17.840	17.180
	Nancagua	17.839	9.145	8.694
	Placilla	8.575	4.353	4.222
Santa Cruz	<b>Total</b>	<b>130.800</b>	<b>68.912</b>	<b>61.888</b>
	Pichilemu	16.033	8.430	7.603
	La Estrella	5.019	3.372	1.647
	Litueche	5.549	2.999	2.550
	Marchigüe	8.100	4.073	4.027
	Navidad	5.447	2.948	2.499
	Paredones	6.786	3.880	2.906
	Chepica	13.552	7.012	6.540
	Lolol	6.725	3.728	2.997
	Palmilla	11.728	6.066	5.662
	Peralillo	10.711	5.620	5.091
	Pumanque	2.966	1.542	1.424
Santa Cruz	38.184	19.242	18.942	



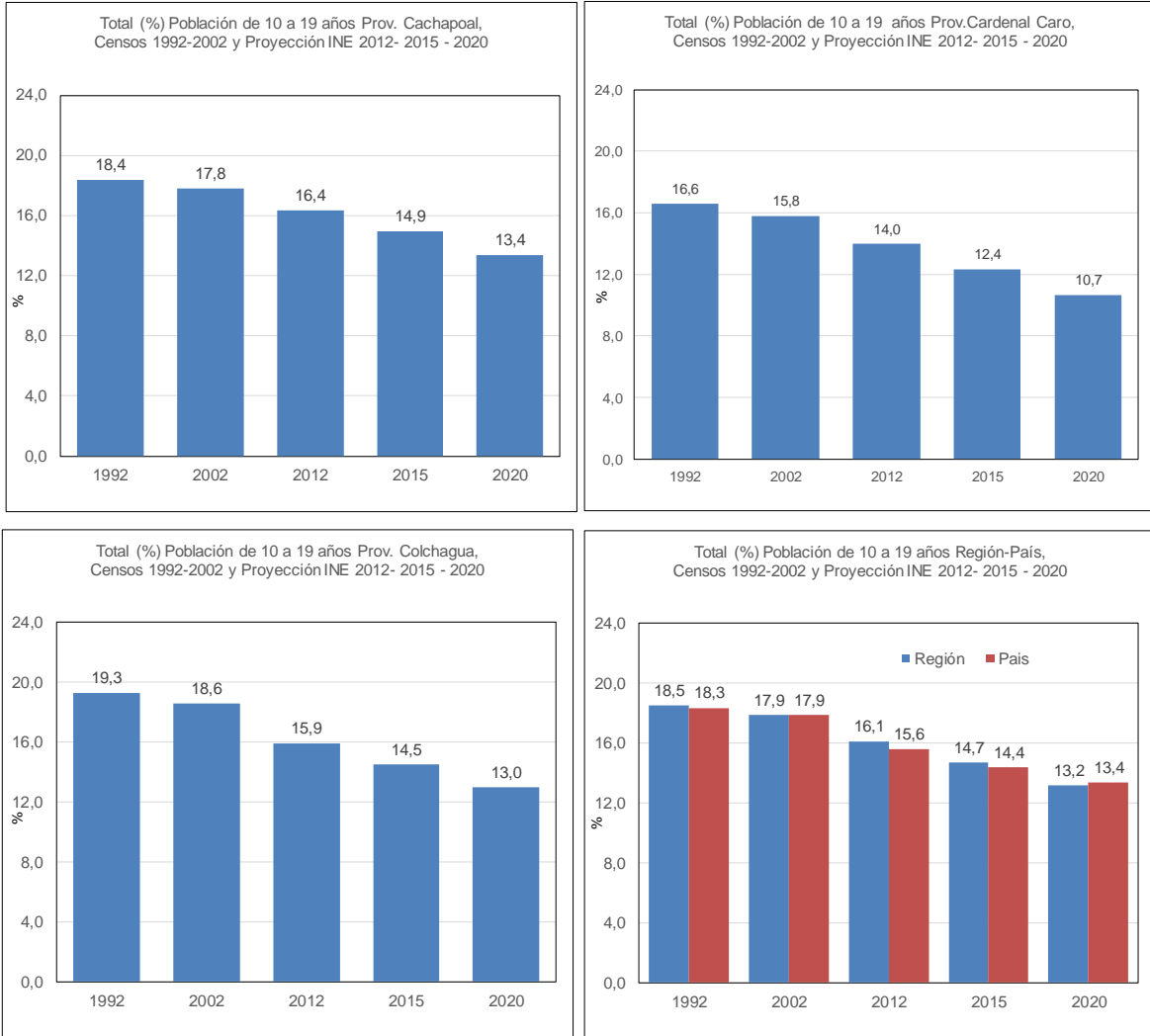
La población de la comuna de Chépica llega a los 13.552 habitantes con 7.012 hombres y 6.540 mujeres aportando el 6% de la población de la provincia de Colchagua. Además con 6.795 en población urbana y 6.757 rural

DISTRIBUCION GEOGRAFICA	Pobl. Año 2016	% Pobl.		Total Pobl.	
		Urbano	Rural	Urbano	Rural
<b>TOTAL P. COLCHAGUA</b>	<b>222.225</b>	<b>59,63%</b>	<b>40,37%</b>	<b>132.517</b>	<b>89.708</b>
C. San Fernando	76.925	80,23	19,77	61.717	15.208
C. Chepica	13.552	50,14	49,86	6.795	6.757
C. Chimbarongo	35.020	52,28	47,74	18.301	16.719
C. Lolol	6.725	34,21	65,79	2.301	4.424
C. Nancagua	17.839	50,25	49,75	10.570	7.269
C. Palmilla	11.728	18,64	81,36	2.186	9.542
C. Peralillo	10.711	60,45	39,55	6.475	4.236
C. Placilla	8.575	26,18	73,84	2.243	6.332
C. Pumanque	2.966	0,00	100,00	0	2.966
C. Santa Cruz	38.184	57,43	42,57	21.929	16.255

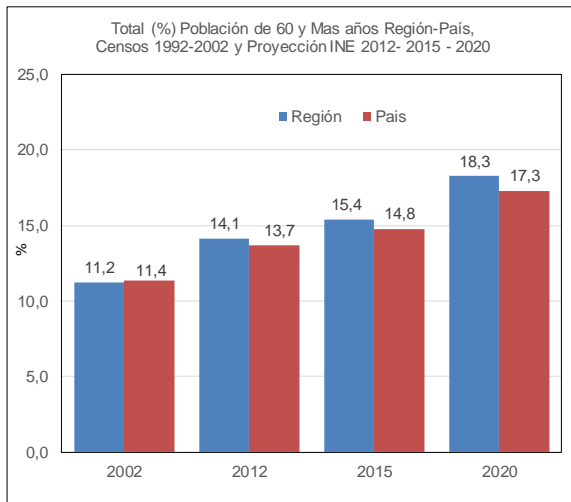
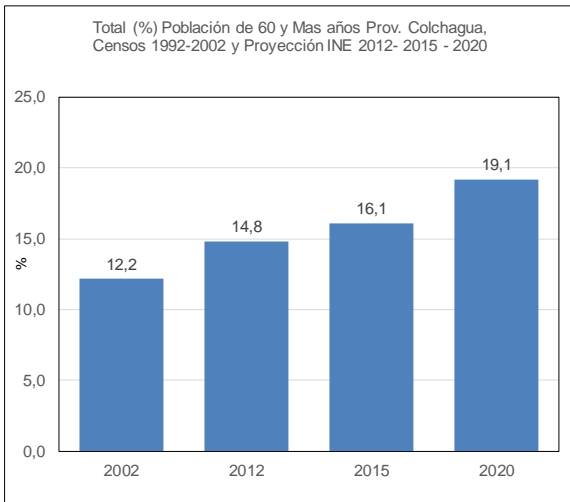
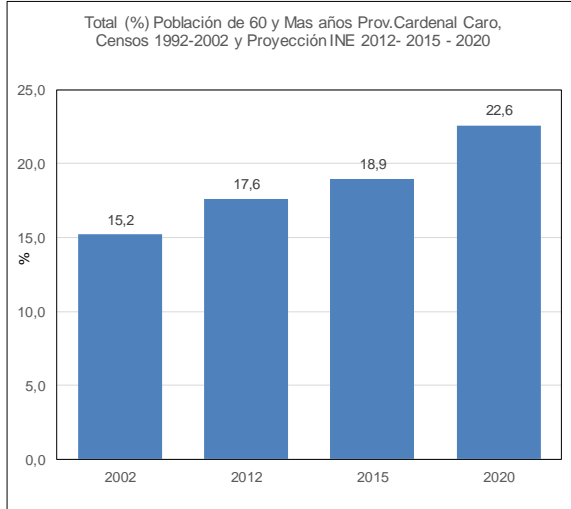
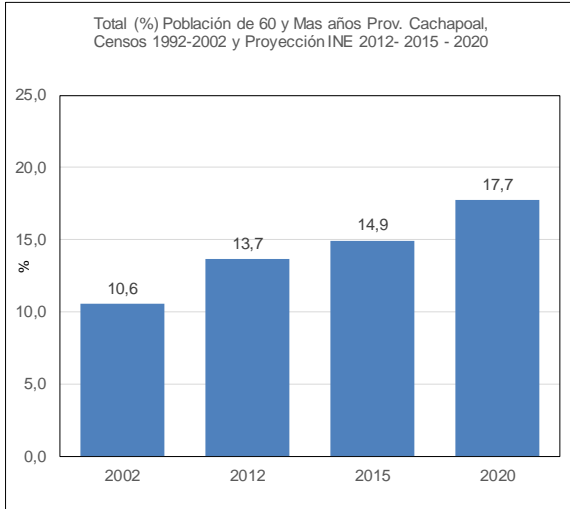
Por otro lado la población ha cambiado en número según rango de edad, así tenemos que la población de 0 a 9 años viene en franco descenso como muestra la figura de la región de O'Higgins y el país. Desde un 20.5% en el año 1992 a un 13.1 en 2015 en la provincia de colchagua

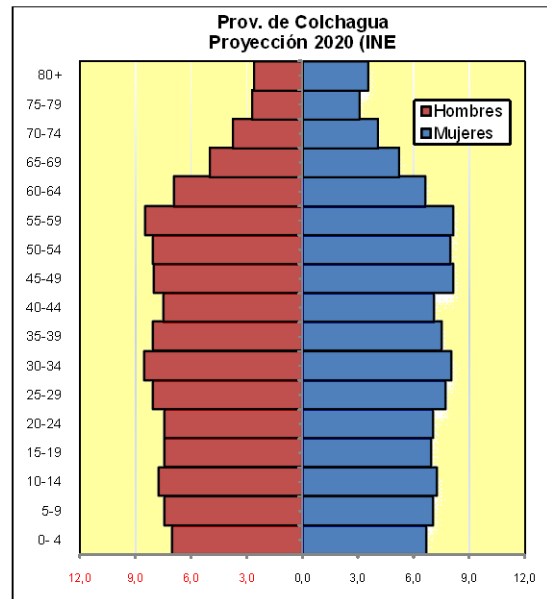
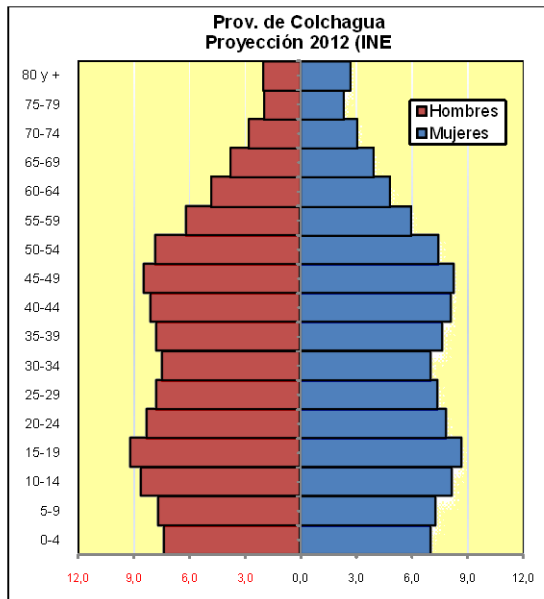
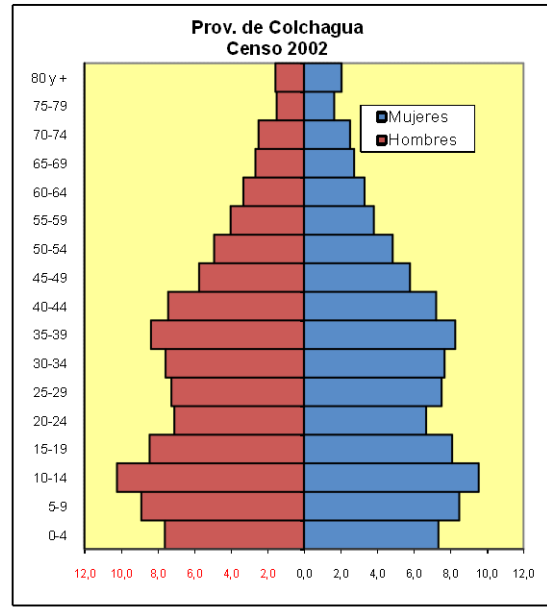
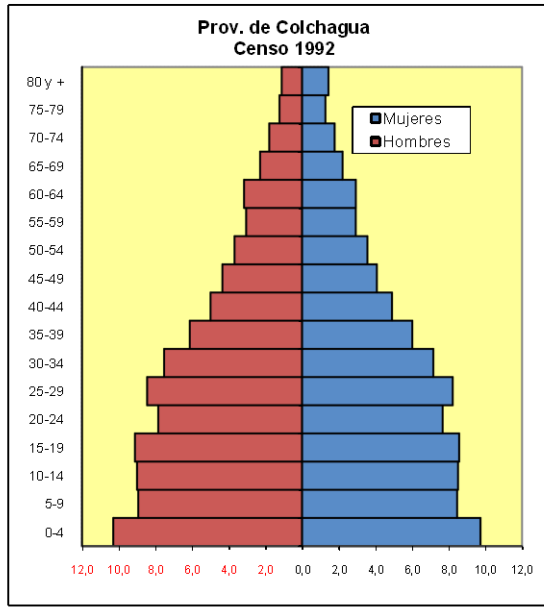


Así en la población adolescente de 10 a 19 años también vemos en descenso pero menos marcado que en la población de 0 a 9 años, como se ve en el gráfico desde un 19.3% baja a un 14.5% en año 2015 en la provincia de Colchagua.



En la población adulta de 60 y más años se observa un incremento notable y esto concuerda con la transición demográfica que estamos viviendo en nuestro país, desde un 12.2% en 2002 a un 19.1% en 2015 lo que muestra claramente que nuestra mayor preocupación era la salud en la tercera y cuarta edad con problemas de salud cardiovasculares, cáncer y pacientes postrados.





### CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

Según la encuesta Casen 2003-2009, los ingresos monetarios de los hogares de Chépica eran en el año 2003 de \$262.521, aumentado en un 67 % al 2009 con un ingreso promedio de \$441.012. No obstante el ingreso promedio de los hogares de Chépica está por debajo de la realidad regional y país.

La comuna según perfil epidemiológico 2015, posee un 14,5% de pobreza, mayor a la realidad regional y país que tiene un 12,7% y un 15,1% respectivamente. En relación a la indigencia esta es un 2,6% que si bien es menor que la realidad nacional, no lo es con respecto a la región que tiene un menor porcentaje de indigencia que Chépica con un 2,1%.

	<b>INDIGENCIA</b>	<b>POBREZA</b>
TOTAL PAIS	3.2%	15.1%
TOTAL REGION	2.1%	12.7%
<b>TOTAL COMUNA</b>	<b>2.6%</b>	<b>14.5%</b>

#### **CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES:**

##### **AÑOS DE ESCOLARIDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN**

TERRITORIO	2006	2009	2012
COMUNA DE CHÉPICA	7,37	7,98	8,68
REGIÓN O`HIGGINS	9,22	9,45	9,79
PAÍS	10,15	10,21	10,43

FUENTE: CASEN 2012,

Analizando la tabla anterior, se puede observar que lamentablemente los años de escolaridad promedio de la población de Chépica son de 8,68 años, es decir el promedio de la población que estudia es hasta octavo básico, lo cual se convierte en una problemática para aspirar a mejor empleo y remuneración. Ahora bien se pueden inferir causas que lleven a la deserción escolar como pobreza y necesidad de trabajar de forma temprana para ayudar a su familia etc. que se analizará más adelante.



## NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN DE CHÉPICA

Sin educación	787	6,91	3,52
Básica incompleta	<b>2.675</b>	23,49	14,34
Básica completa	2.094	18,38	10,97
Media incompleta	2.014	17,68	18,98
Media completa	2.719	23,87	29,90
Superior incompleta	573	5,03	9,86
Superior completa	528	4,64	12,43
Total	11.390	100	100

FUENTE: Elaboración en base a los datos de encuesta CASEN, 2012.

Esta tabla deja en evidencia que el mayor número de personas de Chépica que han estudiado no logran terminar su enseñanza básica, esta población equivale al 23,48% de ahí que el promedio no supera los 8 años. Un 6,9% de la población no tiene educación, una realidad mayor que el país con un 3,52%.

### ESTADÍSTICAS VITALES

De la población de Chépica en el año 2009 (13.845) y de 184 nacidos vivos la Tasa de natalidad de ese año es de 13,3%, que se encuentra por debajo de la realidad regional y país. Resulta impactante observar que la tasa de mortalidad general e infantil también es elevada con un 8,20% y un 5,40% respectivamente mayor que la región y el país en el año 2009. Para ello es preferible analizar la situación de acuerdo a las causas específica de esta elevada mortalidad.

TERRITORIO	TASA	DE	TASA	DE	TASA	DE
	NATALIDAD		MORTALIDAD		MORTALIDAD	
			GENERAL		INFANTIL	
COMUNA	DE	<b>13,30</b>	<b>8,20</b>		<b>5,40</b>	
CHÉPICA						
REGIÓN	DE	<b>14,60</b>	<b>5,40</b>		<b>2,10</b>	
O`HIGGINS						
PAÍS		<b>15</b>	<b>5,40</b>		<b>2,50</b>	

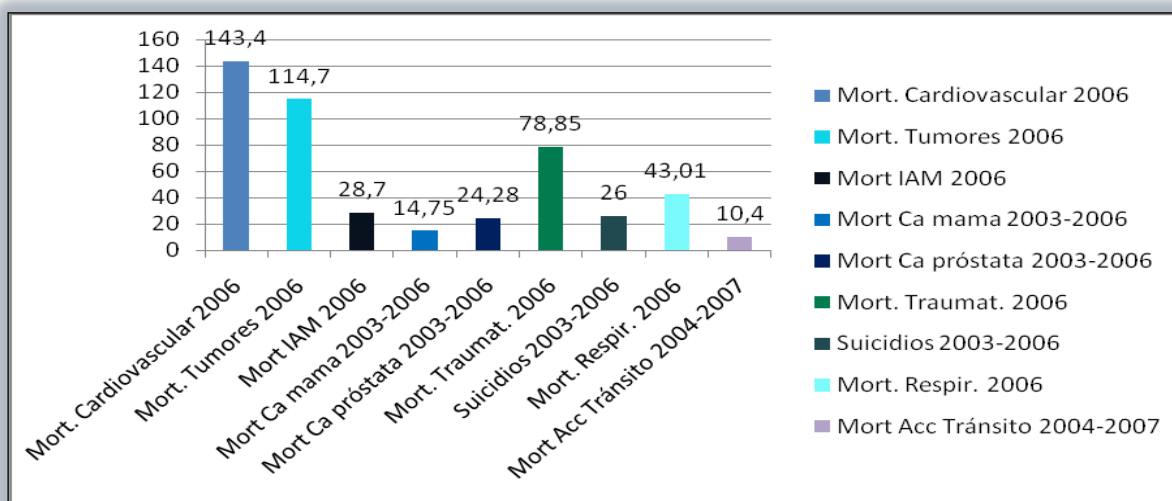
### CARACTERÍSTICAS DE SALUD, USO DE LOS SERVICIOS

Nº	DE	COMUNA	REGIÓN	PAÍS
ESTABLECIMIENTO				
HOSPITALES		<b>0</b>	<b>15</b>	<b>194</b>
CENTRO DE SALUD	<b>1</b>		<b>46</b>	<b>982</b>
AMBULATORIO				
POSTAS RURALES		<b>3</b>	<b>76</b>	<b>1.164</b>
TOTAL		<b>4</b>	<b>137</b>	<b>2.340</b>

Si hablamos de la salud en la comunidad de Chépica, podemos observar que la comuna no tiene hospital propio, pero si cuenta con un centro de salud familiar, (CESFAM), más 3 postas rurales. El hospital más cercano que tiene la población Chepicana es el de Santa Cruz, donde principalmente se realizan las derivaciones del CESFAM.

### INDICADORES DE SALUD:

## GRÁFICO DE MORTALIDAD COMUNAL



## PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA SEXTA REGIÓN Y CHÉPICA

	MORTALIDAD GENERAL		TASA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBR E	MUJERE S
<b>CHILE</b>	<b>46.549</b>	<b>39.589</b>	<b>5,8</b>	<b>4,9</b>
<b>REGIÓN</b>	<b>2.638</b>	<b>1.935</b>	<b>6,3</b>	<b>4,7</b>
<b>COMUNA</b>	<b>76</b>	<b>34</b>	<b>10,5</b>	<b>5,0</b>

FUENTE: Creación en base a datos de Perfil epidemiológico Región de O`Higgins 2015

Se puede observar en la tabla las causas de mortalidad en Chépica y la región, que en orden de prevalencia y según el perfil epidemiológico de la región de O`Higgins 2015, son en primer lugar las enfermedades cardiovasculares como IAM y accidentes cerebro vasculares, donde Chépica tiene una tasa más alta de mortalidad que la región, esto es muy relevante si consideramos que las enfermedades

cardiovasculares afectan mayoritariamente a los adultos y adultos mayores, que en Chépica cada día aumentan más. En segundo lugar aparece la mortalidad por tumores, en tercer y cuarto lugar están causas por trauma y enfermedades respiratorias respectivamente donde Chépica también supera la tasa de mortalidad de la Región.

CAUSA	TASA REGIÓN		TASA COMUNA		
	MUERTE	TASA	MUERTE	TASA	
MUJER	3,6		2,9		
HOMBRE	21,4		55,3		
TOTAL	12,6		29,9		
CARDIOVASULAR (IAM, ACV)	1.201	14,44	29	20,71	
CÁNCER UTERINO	131	8,07	1	3,67	
CÁNCER DE PRÓSTATA	460	22,18	10	27,68	
MORTALIDAD POR TRAUMATISMO	2.408	5,85	51	7,27	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2.514	6,11	52	7,41	

Se puede observar en la tabla anterior que la tasa de suicidios en la comuna supera la realidad regional, específicamente en los hombres con un 55,3% en comparación con el 21,4% de la región. En términos totales, la comuna alcanza un total del 29,9% de suicidio contra un 12,6% por debajo la región.

#### TASA DE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR REGIÓN Y PAÍS

CONSUMO DE DROGAS	REGIÓN	PAÍS
MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR	17%	15,2%



<b>REGIÓN</b>	<b>90,5</b>	<b>96,2</b>	<b>93,5%</b>
<b>PAÍS</b>	<b>86</b>	<b>92,1</b>	<b>89,2%</b>

FUENTE: Perfil epidemiológico Región de O'Higgins 2015

Una alta tasa de sedentarismo se vive en la región de Chépica mayoritariamente en mujeres alcanzando un 96, 2% en relación a los hombres que tienen un 90,5% también siendo esta cifra elevada si lo comparamos con la realidad país.

NACIDOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y ENTRE 15 Y 19 AÑOS POR CADA 1000

NACIDOS VIVOS PAÍS Y REGIÓN

	TOTAL NACIDOS VIVOS AÑO 2009	NACIDOS VIVOS DE MADRES MENORES DE 14 AÑOS	TASA X 1000 VIVOS	X N.	NACIDOS VIVOS MADRE 15 A 19 AÑOS	TASA X 1000 VIVOS	X N.
<b>PAÍS</b>	<b>252.240</b>	<b>1075</b>	<b>4,3%</b>		<b>39.627</b>	<b>157,1</b>	
<b>SEXTA REGIÓN</b>	<b>12.731</b>	<b>61</b>	<b>4,8%</b>		<b>2082</b>	<b>163,1</b>	

FUENTE: Creación en base a datos de "Situación actual embarazo adolescente, subsecretaría salud pública"

#### 4. ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

La comuna de Chépica desde el año 2009, pasó a convertirse desde un CES (Centro de Salud) a un Cefsam (Centro de Salud Familiar) aplicando el modelo de salud familiar en base a la reforma de salud del año 2005 dispuesta por el Ministerio



de Salud. En el año 2015 el servicio de Salud O'Higgins llama a certificarse a los cesfam y postas rurales en el nuevo modelo de atención que actualmente se conoce como Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el cual nuestro centro ingresó a la certificación este año 2016 y tenemos dos años plazo para presentar nuestra certificación. Este modelo de atención, ha priorizado la presencia de personal en salud que aumente su capacidad resolutive y mejore la oportunidad de acceso a la atención médica a los diferentes sectores de la comuna.

De acuerdo a la sectorización del CESFAM, se debe destacar que sólo existen dos sectores el Azul correspondiente al sector N° 1 atiende a la población de las localidades de: Chépica Abajo, Chépica centro, El Alba, El cuadro, El Zapal. La Mina, Las Arañas, Las Chiriguas, Las Hijuelas, Uva Blanca. Todas estas localidades pertenecen al sector urbanizado de la comuna El sector rojo es el N°2 y atiende a las localidades de la zona rural que son: El almendral, El maitén, La higuera, La Olla, La Quebrada, La Ruda, Las Alamedas, Las Candelarias, Las Palmas, Lima, La Calera, Los Amarillos, Los Canelos, Palmilla del Rosal, Los Pocillos, Rinconada de Jauregui, Rinconada de Meneses, Aunquinco, Boldomahuida, El Agial, El Bolsón, El Carmen, El Traiguen, La Orilla, La Palma, Las Mercedes, Los Rincones, Otro camino, Paredones de Auquinco, Rinconada de Navarro, San Antonio, San Carlos y San Ramón.

## **POBLACION INSCRITA**

En abril de 2016 el fondo nacional de Salud FONASA implementó la inscripción percapita a través de huelleros en todos los centros de salud del país, en Chépica desde esa fecha estamos trabajando con este sistema y la información de los usuarios inscritos se obtiene mes a mes, es así como del último corte de septiembre

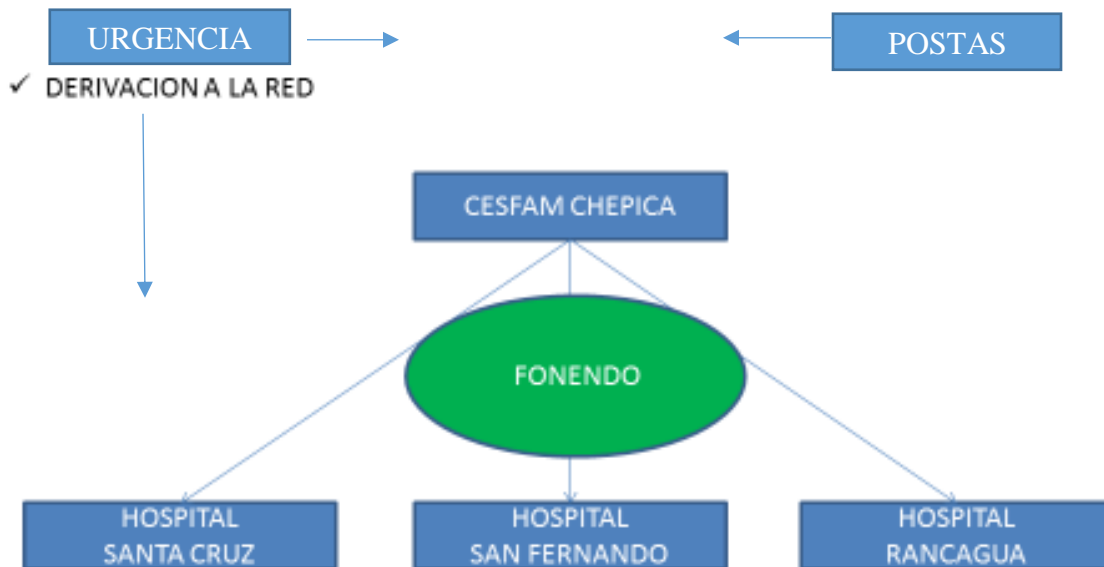
de 2015 teniamos 12.118 inscritos al corte de julio de 2016 tenemos 11.888 usuarios. Este numero inside significativamente en nuestros ingresos ya que FONASA le trasfiere recursos a nuestro Cesfam por cada usuario inscrito. Asimismo nos hemos dado cuenta a traves de este sistema que mucha gente nuestra aparece registrado en otro establecimiento y recibe las prestacion en Chépica, eso significa que los ingresos estan llegando al centro donde figura inscrita y nosotros le damos las atencion. Es por esto que estamos en una campaña de recuperar e invitar a nuestros pacientes a revisar su ficha de inscripcion y obtener mayores recurso a traves de esta via.

### CENTRO DE SALUD FAMILIAR CHEPICA INFORMACION PERCAPITA MENSUAL

CORTE	TRASLADOS +	TRASLADOS -	NUEVOS INSCRITOS	INSCRITOS DE OTROS SEGUROS MIGRADOS A FONASA	RECHAZADOS PREVISIONAL	RECHAZADOS FALLECIDOS	TOTAL AUTORIZADOS
30-09-2015							12.118
30-04-2016	1	140	0	0	50	41	11.888
31-05-2016	17	4	14	0	21	25	11.869
30-06-2016	19	14	30	21	7	0	11.918
31-07-2016	10	25	30	3	25	23	11.888

### 5. RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS

La derivación de pacientes en nuestra red de atención se gestiona por diferentes ingresos que puede ser a través de las Postas Rurales, el Cesfam o el servicio de Urgencias y de ahí a los 3 hospitales base que tenemos en la región que son Santa Cruz, San Fernando y Rancagua.



Las interconsultas se ingresan directamente por el profesional en el box de atención

#### COMITÉ DE LISTA DE ESPERA

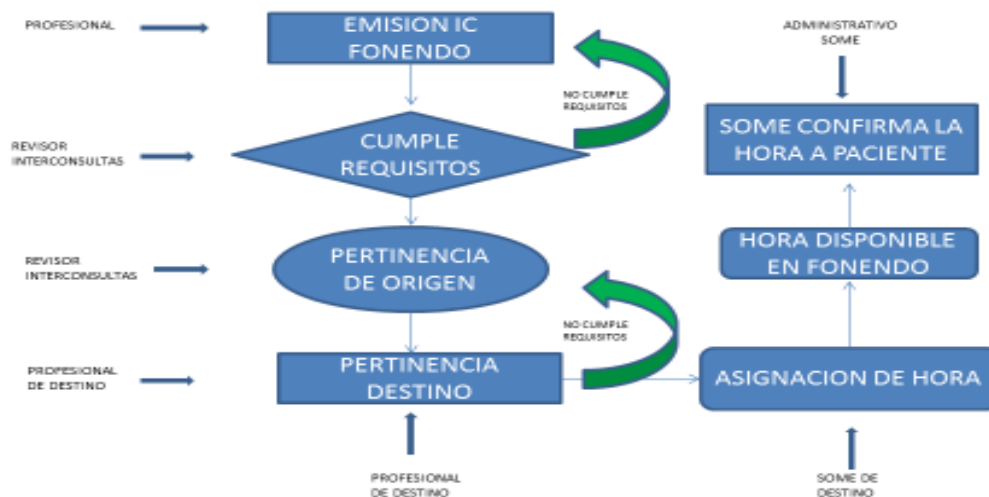
**Objetivo:** Mantener vigilancia de las interconsultas emitidas por el Cesfam Chépica a los diferentes establecimientos de la red según patología y así poder gestionar eficientemente su resolución para lograr una pronta respuesta a la necesidad del paciente.

**Funciones:** Debe haber un responsable del manejo de dicha información. Debe haber una evaluación y monitoreo sistemático respecto del número de horas

especialista disponibles, de las horas usadas, de las horas perdidas, rechazo, etc. Dicha información debe ser analizada a nivel del Consultorio y en reuniones de coordinación con el nivel secundario.

- Debe revisar y Auditar la Interconsulta, para determinar si cumple con los requisitos técnicos pre establecidos.
- Efectuar reuniones entre profesionales, de los equipos tanto técnicos como de gestión para ir analizando el uso y las falencias del sistema
- Identificar las causas de no utilización de las horas especialista otorgadas.
- Hacer un informe Mensual con el resultado de los Indicadores establecidos a nivel de equipo y con el nivel secundario.

#### ✓ INTERCONSULTAS



## 6. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Este régimen establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los

asegurados, y en caso de no ser cumplidas, éstas deben exigirse a FONASA y, en último término, a la Superintendencia de Salud.

La Cobertura GES asegura la Garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 80 Problemas de Salud, definidos en la Ley N° 19.966, y el Decreto N° 4 de 2013, que serán otorgadas dentro de los Centros de Atención Primarias de Salud y en una Red Cerrada de Prestadores, definidos por las Isapres.

A partir del 1 de julio del 2013 se agregaron 11 nuevas patologías al GES de acuerdo al Decreto Supremo N° 4 de Salud y Hacienda. Esto significa que, a partir de esa fecha, obtiene cobertura garantizada por Ley para 80 Problemas de Salud, que se detallan a continuación:

01	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y5	31	RETINOPATÍA DIABÉTICA
02	CARDIOPATÍA CONGÉNITA OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS	32	DESPRENDIMIENTO DE RETINA NO TRAUMÁTICO
03	CÁNCER CERVICOUTERINO	33	HEMOFILIA
04	ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO	34	DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
05	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	35	TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PROSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS
06	DIABETES MELLITUS TIPO 1	36	ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS
07	DIABETES MELLITUS TIPO 2	37	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
08	CÁNCER DE MAMAM EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	38	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
09	DISRAFAS ESPINALES	39	ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE 15 AÑOS
10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS	40	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO
11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CATARATAS	41	TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MAS CON ATROFIA DE CADERA Y/O RODILLA , LEVE O MODERADA
12	ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS	42	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMA CEREBRALES
13	FISURA LABIOPALATINA	43	TUMOR PRIMARIO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
14	CÁNCER EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	44	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR
15	ESQUIZOFRENIA	45	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
16	CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	46	URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA
17	LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	47	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
18	VIH/SIDA	48	POLITRAUMATIZADO GRAVE
19	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA )DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS	49	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE
20	NEUMONIA DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS	50	TRAUMA OCULAR GRAVE
21	HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	51	FIBROSIS QUISTICA
22	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	52	ARTRITIS REUMATOIDEA
23	SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS	53	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS
24	PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO	54	ANALGESIA DE PARTO
25	ARRITMIA CARDIACA QUE REQUIERE DE MARCAPASOS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	55	GRAN QUEMADO
26	COLECISTECTOMIA PREVENTIVA DEL CANCER DE VESICULA EN PERSONAS DE 35 Y 49 AÑOS	56	HIPOACUSIA BILATERAL 65 AÑO Y MAS
27	CANCER GASTRICO	57	RETINOPATÍA DEL PREMATURO
28	CANCER DE PROSTATA EN 15 AÑOS Y MAS	58	DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO
29	VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	59	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO
30	ESTRABISMO EN NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS	60	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS



61	ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
62	ENFERMEDAD DE PARKINSON
63	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
64	PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL
65	DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS
66	SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA
67	ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE RECURRENTE
68	HEPATITIS CRONICA POR VIRUS HEPATITIS B
69	HEPATITIS C
70	CANCER COLORRECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
71	CANCER DE OVARIO EPITELIAL
72	CANCER DE VEJIGA
73	OSTEOSARCOMA
74	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRONICAS DE LA VALVULA AORTICA
75	TRASTORNO BIPOLAR
76	HIPOTIROIDISMO
77	TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA Y SEVERA EN MENOR DE 2 AÑOS
78	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
79	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRONICAS DE LAS VALVULAS MITRAL Y TRICÚSPIDE
80	TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

### **GARANTIAS QUE OTORGA ESTE PLAN DE SALUD:**

**Garantía explícita de acceso:** es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.

**Garantía explícita de calidad:** otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.

**Garantía explícita de oportunidad:** existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

**Garantía explícita de protección financiera:** es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Los Centros de Atención Primaria son la puerta de entrada al sistema GES, ya que son estos establecimientos los principales derivadores de estas patologías a otros centros de la Red Asistencial para confirmación, exámenes y tratamiento.

**Enfermedades cubiertas por GES en Atención Primaria de Salud:**

Cáncer Cervicouterino PAP

Diabetes Mellitus II

Infección Respiratoria <5 años

Neumonía >65 años

Hipertensión Arterial >15 años

Salud Oral Integral Niños 6 años

Colecistectomía Preventiva 35 a 49 años

Vicio de Refracción, Presbicia Pura

Depresión >15 años

Órtesis >65

Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Asma Bronquial < de 15 años

Tratamiento Artrosis de Cadera Leve y Moderada

Urgencia Odontológica

Salud Oral Adulto 60 años

Consumo Perjudicial Alcohol y Drogas <20 años

Asma Bronquial > de 15 años

Prevención Secundaria IRCT

Salud Oral de la Embarazada

Hipotiroidismo

Erradicación Helicobacter Pylori

Cuidados Paliativos y Alivio al Dolor



Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH

Epilepsia No Refractaria de 1 a < 15 años

Epilepsia No Refractaria > 15 años

Enfermedad de Parkinson

Displasia Luxante de Caderas

## 7. COMPROMISOS DE GESTIÓN IAAPS Y METAS

Los compromisos que el equipo de salud debe cumplir, están definidos por el MINSAL e incluidos en las orientaciones programáticas de cada año.

El logro de los objetivos que pretende el cumplimiento de estos compromisos tiene relación con los objetivos sanitarios planteados para la década 2011-2020 por el Ministerio de Salud

### **Objetivos sanitarios para la década.**

Señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2020, expresados en METAS SANITARIAS. Definidos como la referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que se deben realizar en cualquier nivel del sistema de salud chileno.

Los objetivos sanitarios para la década son:

- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
  
- Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
  
- Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludables.
  
- Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

- Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
  
- Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
- Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
  
- Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

### **METAS SANITARIAS**

En el artículo cuarto de la ley 19.813, se define la aplicación de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para cada año, en las distintas comunas del país con el fin de promover el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la atención.

Del cumplimiento de las metas sanitarias que se hayan fijado para un año, depende la obtención de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para el personal que labora en los establecimientos de nivel primario. El cumplimiento de estas metas no considera aporte financiero directo para las instituciones administradoras.

Es así como, las metas sanitarias definidas año tras año, son acciones incluidas en el plan de salud que define el per cápita, que consideran solo a la población inscrita en los establecimientos de nivel primario y deben reflejar la participación laboral de los diferentes estamentos que componen los equipos de salud.

El resultado del cumplimiento obliga al pago de los estímulos antes mencionados a los trabajadores siempre y cuando las metas sean cumplidas en un porcentaje superior al 90%

<b>METAS SANITARIAS 2016</b>			<b>PACTADO</b>	<b>LOGRADO</b>
<b>META 1:</b> Recuperación del desarrollo psicomotor	del	Niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>META 2:</b> Cobertura de Papanicolaou	de	Reducción de brecha de mujeres de 25 a 64 años sin Papanicolaou vigente	<b>98%</b>	<b>90%</b>
<b>META 3A:</b> Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	Alta	Adolescentes de 12 años con alta odontológica total	<b>100%</b>	<b>101.36%</b>
<b>META 3B:</b> Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas	Alta	embarazadas con alta odontológica total	<b>61%</b>	<b>71.2%</b>
<b>META 3C:</b> Cobertura de Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	Alta	niños de 6 años con alta odontológica total	<b>96%</b>	<b>97.39%</b>
<b>META 4:</b> Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más	de	Diabéticos de 15 y más años con Hb A1c <7% según último control vigente	<b>21.9%</b>	<b>23.04%</b>
<b>META 5:</b> Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más	de	Hipertensos de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente	<b>58.61%</b>	<b>56.61%</b>
<b>META 6:</b> Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses	Lactancia Materna Exclusiva en	Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses	<b>68%</b>	<b>100%</b>
<b>META 7:</b> Consejos de Desarrollo de Salud Funcionando	Nº	Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado	<b>100%</b>	<b>100%</b>

<b>META 8:</b> Evaluación Anual de Personas diabéticas bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente	<b>90.01%</b>	<b>78.73%</b>
--	---------------	---------------

<b>TOTAL</b>		<b>96.73%</b>
--------------	--	---------------

<b>INDICE DE LA ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA 2016</b>	<b>PACTADO</b>	<b>LOGRADO</b>
---	----------------	----------------

<b>META 1:</b> Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años	<b>20.95%</b>	<b>100.52%</b>
---	---	---------------	----------------

<b>META 2:</b> Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años	<b>31.55%</b>	<b>101.99%</b>
---	--	---------------	----------------

<b>META 3:</b> Cobertura de EFAM de 65 años y más	Nº de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva	<b>50%</b>	<b>101.43%</b>
---	--	------------	----------------

<b>META 4:</b> Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas	<b>91.2%</b>	<b>100.32%</b>
--	--	--------------	----------------

<b>META 5:</b> Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años	<b>18.5%</b>	<b>141.5%</b>
---	---	--------------	---------------

<b>META 6:</b> Gestión de Reclamos en Atención Primaria	Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos	<b>100%</b>	<b>103.09%</b>
---	---	-------------	----------------

<b>META 7:</b> Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	Nº de personas con Diabetes Mellitus bajo control de 15 y más años	<b>55.01%</b>	<b>117.75%</b>
<b>META 8:</b> Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años	<b>83.78%</b>	<b>104.82%</b>
<b>META 9:</b> Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	Nº de Niños(as) de 12 a 23 meses con Evaluación de Desarrollo Psicomotor	<b>92%</b>	<b>96.77%</b>
<b>META 10:</b> Tasa de visita domiciliaria Integral	Nº visitas domiciliarias integrales realizadas	<b>0.20</b>	<b>109.84%</b>
<b>META 11:</b> Cobertura de atención de ASMA en población general y EPOC en personas de 40 años y mas	Nº de personas con diagnóstico de Asma bajo control y Nº de personas de 40 y más años con diagnóstico de EPOC	<b>18%</b>	<b>134.05%</b>
<b>META 12:</b> Cobertura de atención integral de Trastornos mentales en personas de 5 años y mas	Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo control	<b>17%</b>	<b>110.45%</b>
<b>META 13:</b> Cobertura de Control de Salud integral Adolescente de 10 a 14 años	Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	<b>13%</b>	<b>100%</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>99.74%</b>

Las metas sanitarias están en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud a 2011– 2020, que están enfocadas en mejorar la salud de la población y mejorar el

acceso y la oportunidad a los pacientes y en ese contexto nuestra comuna con su cesfam y las postas damos cumplimiento a nuestro quehacer con un 96.73% de cumplimiento en la metas sanitarias que están establecidas en la ley 19.813.

En relación al índice de actividad de la atención primaria el cumplimiento fue de 99.74% en resumen de las 13 metas que componen este indicador resultando una respuesta de lo requerido por el servicio y el ministerio de salud en base a las estrategias nacionales y también esto significa que no tenemos asociado descuento en el percapita mensual de nuestro centro.

## 8. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La Política Comunal de Salud se sustenta en el marco de la Reforma de Salud, que en su propuesta legislativa indica “La Reforma define el Nuevo Modelo Integral de Salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna , que se dirige más que a la enfermedad a las personas , consideradas en su integridad física y mental , como seres sociales pertenecientes a diferentes tipo de familias, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

### **Dar cumplimiento a régimen de Garantías en Salud**

Adecuar la estructura organizacional de los Centros de Salud de manera de lograr la operatividad del sistema y asegurar el éxito de los lineamientos del modelo de salud instaurado por el Ministerio de Salud.

**Elaborar manuales y protocolos** que faciliten el quehacer de los funcionarios y disminuya la variabilidad de la acción y por ende resguarde la seguridad del usuario y a su vez, logren elevar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción usuaria y mejorar la capacidad resolutoria de los centros de salud

**Obtener certificación como CESFAM** (Recertificar el centro de salud).

**Obtener la autorización sanitaria**, salvando las brechas actuales y luego la Acreditación de prestadores de salud en sistema abierto. Superintendencia de Salud.

**Trabajar en Red**, siendo una organización activa de la Red Asistencial de Salud y facilitadora de procesos que beneficien a los usuarios.

**Alcanzar un aumento porcentual de las acciones de promoción y prevención**, sin producir deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda.

Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman su rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud; propiciando y priorizando instancias de organización y de participación con una comunidad conocedora de sus deberes y derechos (**Fortalecimiento de las OIRS** Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, política de análisis de opiniones ciudadanas, Consejos de Desarrollos, encuestas satisfacción usuaria).

## **9. CANASTA DE PRESTACIONES PLAN DE SALUD FAMILIAR**

El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por el Ministerio de Salud en referencia a una Canasta de Prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF) El cálculo se efectúa en base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando el perfil demográfico y epidemiológico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimiento asociados al personal médico y no médico que trabaja en los distintos establecimientos de la APS. El Plan de Salud familiar considera los distintos Programas de Salud, tales como Programa de Salud del Niño, del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer, Odontológico, y la mayor parte de las Garantías Explícitas otorgadas en el nivel de APS. Para el año 2016 la Cartera de prestaciones incluyó 128 prestaciones

### **A. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER**

**PREVENCION**

1. CONTROL PRECONCEPCIONAL.
2. INGRESO A CONTROL PRENATAL.
3. CONTROL PRENATAL.
4. CONTROL POST PARTO Y POST ABORTO.
5. CONTROL DEL BINOMIO MADRE-HIJO.
6. CONTROL GINECOLOGICO.
7. CONTROL DE CLIMATERIO.
8. INGRESO CONTROL CLIMATERIO.
9. CONTROL DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD.
10. CONSEJERIA EN VIH PRE TEST Y POST TEST
11. CONSEJERIA EN VIH PRE TEST Y POST TEST EMBARAZADAS
12. CONSEJERIA FAMILIAR
13. INTERVENCION FAMILIAR PSICOSOCIAL
14. CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA
15. CONSEJERIA EN PREVENCION DE VIH E ITS
16. CONSEJERIA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO
17. VISITA DOMICILIARIA A GESTANTES EN PROCESO DE CONFIRMACION DIAGNOSTICA DE VIH
18. ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

**CURACION**

19. CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTETRICA.
20. CONSULTA MORBILIDAD GINECOLOGICA (ITS, VHI Y OTRAS).
21. CONSULTA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.
22. CONSULTA SOCIAL EMBARAZADA.
23. CONSULTA NUTRICIONAL EMBARAZADA.
24. EVALUACION NUTRICIONAL DE PUERPERA AL 8VO MES POST PARTO.

**PROMOCION**

25. TALLERES PARA GESTANTES Y ACOMPAÑANTES.
26. TALLERES DE PREPARACION PARA EL PARTO Y LA CRIANZA.



27. CONSEJERIA BREVE ANTITABACO A EMBARAZADAS CON ALTA ODONTOLOGICA

#### **B. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD INFANTIL**

28. CONSULTA MORBILIDAD.

29. CONTROL NIÑO SANO. APLICACIÓN DE PAUTAS: NEUROSENSORIAL, EDIMBURGO, MASSIE-CAMPBELL, FACTORES DE RIESGO DE MORIR POR NEUMONIA, FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, RADIOGRAFÍA DE PELVIS.

30. CONTROL MALNUTRICIÓN, CONSULTA LACTANCIA MATERNA.

31. EVALUACIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTOR,

32. TALLERES DE ESTIMULACIÓN,

33. TALLERES NADIE ES PERFECTO,

34. CONSULTA DE DÉFICIT DESARROLLO PSICOMOTOR.

35. CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

36. CONTROL POR MÉDICO Y KINESIÓLOGO EN SALA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDA (IRA)

37. CONSULTA DE SALUD MENTAL.

38. VACUNACIÓN: PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)

39. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

40. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN PACIENTE DE RIESGO. (PSICOSOCIAL, BIOMÉDICO)

#### **C. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE**

41. CONTROL DE SALUD. VACUNACIÓN 8° BÁSICO

42. CONSULTA DE MORBILIDAD.

43. CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

41. CONTROL PRENATAL

44. CONTROL BINOMIO MADRE-HIJO

45. CONTROL PUERPERIO POST ABORTO Y POST PARTO 44. CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD
46. CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
47. CONSEJERIA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 47. CONTROL GINECOLÓGICO PREVENTIVO
48. CONSULTA DE MORBILIDAD GINECOLÓGICA 49. CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA
49. EDUCACIÓN GRUPAL. 51. CONSULTA Y CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL
50. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL DE PACIENTE EN RIESGO BIOPSIOSOCIAL.

**PROMOCION**

51. EVENTOS MASIVOS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE
52. CONSEJERIAS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLEO
53. REUNIONES CON LA COMUNIDAD O INTERSECTOR.
54. CAMPAÑAS MASIVAS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

**PREVENCION,**

55. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO
56. CONTROL POR PROBLEMAS DE SALUD CON ENFOQUE PREVENTIVO, (Primario, secundario, terciario, cuaternario)
57. FONDO DE OJO ANUAL PARA PREVENIR RETINOPATÍA DIABÉTICA.
58. CONSEJERIA ANTITABAQUICA
59. VACUNACION ANTIINFLUENCIA Y ANTINEUMOCOCICA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

**TRATAMIENTO:**

60. CONSULTA MORBILIDAD.

61. CONTROL CARDIOVASCULAR: PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIA.
62. EVALUACIÓN DE PACIENTE POR EQUIPO DE SALUD.
63. EXÁMENES DE LABORATORIO
64. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ACUERDO A CADA PATOLOGÍA.
65. CONTROL SALUD MENTAL: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO POR MÉDICO, PSICÓLOGO, ASISTENCIA SOCIAL, DE PATOLOGÍA FRECUENTE EN SALUD MENTAL.
66. DETECCIÓN DE VIH EN PERSONAS EN CONTROL Y DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO.
67. VIGILANCIA DE TUBERCULOSIS, CON EXAMEN DE BACIOSCOPÍAS MÁS EVALUACIÓN POR EQUIPO DE SALUD.
68. CONTROLES MÉDICOS Y KINÉSICOS POR PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS EN SALA ERA.
69. CONSULTA NUTRICIONAL.
70. ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.
71. ATENCIÓN PODOLÓGICA A PACIENTES DIABÉTICOS.
72. CONTROL Y MANEJO DE OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS: HIPOTIROIDISMO, EPILEPSIA.
73. CURACIÓN AVANZADA PIE DIABÉTICO

**PROMOCIÓN.-**

74. REUNIONES CON LA COMUNIDAD PARA DIFUNDIR PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA.
75. CONSEJERÍA EN ASOCIATIVIDAD
76. EDUCACION GRUPAL
77. CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ADULTOS MAYORES

**PREVENCIÓN.-**

77. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR (EMPAM).
78. INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPEÚTICA EN LOS ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO.

79. INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPEÚTICA EN LOS ADULTOS MAYORES Y SUS FAMILIAS QUE PRESENTEN CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS.
80. APLICACION FICHA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA A ADULTOS MAYORES EN CONTROL PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR.
81. INTERVENCION SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES.
82. PESQUISA DE TUBERCULOSIS EN ADULTOS MAYORES SINTOMÁTICOS A TRAVÉS DE BACILOSCOPIÁS.
83. VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA A LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS.
84. VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA A LOS ADULTOS MAYORES.
85. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM).

#### **TRATAMIENTO.-**

86. CONSULTA DE MORBILIDAD.
87. CONTROL CARDIOVASCULAR.
88. CONSULTA MEDICA Y KINESICA POR PATOLOGIAS CRONICA Y RESPIRATORIA EN SALA ERA
89. CONTROL DE SALUD OTRAS PATOLOGIAS HIPOTIROIDISMO EPILEPSIA
90. EXÁMENES DE LABORATORIO
91. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ACUERDO A CADA PATOLOGÍA.
92. CONSULTA DE SALUD MENTAL.
93. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL CON FINES DIAGNÓSTICOS Y CURATIVOS.
94. ATENCIÓN PODOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS.
95. CURACIÓN AVANZADA PIE DIABÉTICO.

**D. PRESTACIONES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS**

- 97. EDUCACIÓN GRUPAL
- 98. CONSEJERÍA FAMILIA
- 99. CONSULTA SOCIAL 100. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL
- 101. EVENTOS MASIVOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
- 102. CAPACITACIÓN A LÍDERES COMUNITARIOS
- 103. EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO
- 104. RADIOGRAFÍA DE PELVIS PARA DIAGNOSTICO DE DISPLASIA DE CADENAS EN LACTANTES
- 105. RADIOGRAFIA DE TÓRAX PARA DIAGNOSTICO DE NEUMONIA Y TUBERCOLOSIS
- 106. OTRAS RADIOGRAFIAS

**E. CANASTA PROGRAMA ODONTOLÓGICO**

- 107. CONTROL NIÑO SANO ODONTOLÓGICO 2 AÑOS
- 108. ATENCION INTEGRAL DE NIÑOS DE 4 AÑOS 109. ATENCIÓN INTEGRAL GES 6 AÑOS
- 110. ATENCIÓN INTEGRAL GES EMBARAZADAS 111. ATENCIÓN INTEGRAL NIÑOS DE 12 AÑOS 112. ATENCION INTEGRAL MENORES DE 20 AÑOS
- 113. EXAMEN DE SALUD 114. EXAMEN Y DIAGNÓSTICO ANOMALÍAS DENTO-MAXILARES (OPI)
- 115. EDUCACIÓN INDIVIDUAL CUIDADOS EN SALUD ORAL
- 116. EDUCACIÓN GRUPAL CUIDADOS EN SALUD ORAL
- 117. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS
- 118. EXODONCIAS
- 119. DESTARTRAJE Y/O PROFILAXIS 120. APLICACIÓN DE SELLANTES
- 121. OBTURACIONES
- 122. PULPOTOMÍAS
- 123. APLICACIÓN FLÚOR BARNIZ

124. ENDODONCIAS

125. RADIOGRAFÍA DENTAL

126. VISITA DOMICILIARIA POR ODONTOLOGO A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

127. ATENCION DENTAL A PACIENTES DIABETICOS BAJO CONTROL

128. FLUORACION A NIÑOS DE JARDINES INFANTILES Y ESCUELAS MUNICIPALES

## ► CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

### 10. SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL

#### Diagnóstico población infantil

El cuidado de la población infantil está situado en el marco de la política nacional de protección integral de la infancia con el Sistema Chile Crece contigo. El objetivo es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño/a y sus familias desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potencialidades.

En el Programa de Salud Infantil se realizan actividades como: talleres de estimulación, aplicación de pautas de pesquisa de depresión post parto, los cuales permiten dar continuidad al trabajo realizado con las madres durante el periodo de gestación, además de todas aquellas actividades que se realizan cada año a nuestra población infantil, programa IRA, programa odontológico, promoción, etc., de esta manera entregar un trabajo integral a nuestras familias desde el embarazo y posteriormente durante todo el periodo de infancia.

La población infantil del CESFAM de Chépica es de 820 niños de 0 a 5a 11m 29d. En el siguiente recuadro se muestra la distribución de la Población Infantil según edad, en el CESFAM y Postas de Salud Rural.

**POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL COMUNA DE CHEPICA**

Edades	Cesfam Chépica	Posta Auquinco	Posta Orilla de Auquinco	Posta Candelaria	Total
0 – 2 meses	16				16
3 – 5 meses	16				16
6 – 11 meses	66				66
12 – 17 meses	71				71
18 - 23 meses	65		2		67
24 – 47 meses	293	3	23		319
48 – 71 meses	232	10	23		265
<b>Total</b>	<b>759</b>	<b>13</b>	<b>48</b>		<b>820</b>

Con la contratación de un nuevo Enfermero, se implementará la nueva Norma Administrativa Programa Nacional de la Infancia, que aumenta los controles de salud a la población infantil de 9 años de edad, por Médico y Enfermero.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	EDAD	COBERTURA	CONCENTRACION	RENDIMIENTO	RECURSOS HUMANOS
SALUD INFANTIL	CONTROL DE SALUD INFANTIL	Diada antes de los 10 días	100% atención según demanda espontánea	1	60 minutos por diada	Hora Matrona o Médico
		1 mes	100% atención según demanda espontánea	1	2 por hora	Hora Médico

	2 meses	100% atención según demanda espontánea	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	3 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Médico
	4 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
CONSULTA NUTRICIONAL	5 meses	100% de la Población Infantil Bajo Control	1	2 por hora	Hora Nutricionista
CONTROL DE SALUD INFANTIL	6, 8, 12 y 18 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	2 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	3 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	45 min - 1 hora	Hora Enfermero o Médico
CONSULTA NUTRICIONAL	3 años 6 meses	100% de la Población Infantil Bajo Control	1	2 por hora	Hora Nutricionista
CONTROL DE SALUD INFANTIL	4 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	5 a 9 años	Según Programación Local	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
CONTROL DE SALUD BUCAL	2 y 6 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Odontólogo (a)

La atención integral a la población infantil, corresponde a un conjunto de acciones destinadas a vigilar en conjunto con la familia el proceso de normal crecimiento y



desarrollo de niños y niñas, pesquisar riesgos potenciales en su salud, recuperar el daño y apoyar procesos de rehabilitación dependiendo de las necesidades de salud. Estas prestaciones deben considerar el enfoque de curso de vida desde la gestación hasta la adolescencia.

El Control de Salud considera Estándares de Programas Transversales Complementarios como lo son el Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC y el Programa Nacional de Inmunizaciones PNI, de acuerdo a Normas Ministeriales vigentes.

Los Controles de salud Infantil consideran la aplicación de varias pautas como lo son Edimburgo, Pautas Breves de Desarrollo Psicomotor, Evaluación del Desarrollo Psicomotor, Score de Ira, etc., y se adecuarán de acuerdo a los recursos humanos existentes.

Durante el año 2016, se realizaron las actividades de control de salud infantil a niños y niñas de hasta los 6 años, lo que durante el año 2017 se aumentará hasta los 9 años de edad con los recursos humanos existentes.

El Programa Infantil contempla una meta sanitaria que es la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 18 meses de edad.

Esta meta se ha cumplido durante el año 2016, quedando pendiente el cumplimiento final a diciembre de 2016 y de acuerdo al último bajo control del año.

En el año 2016 se vacunó a la población infantil de acuerdo al Calendario de vacunación vigente de Minsal, quedando incorporada al Programa la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano VPH y se realizará en el mes de Octubre 2016, la Vacunación Escolar con vacunas contra: Sarampión, Paperas y Rubéola SRP y Difteria, Tétanos y Coqueluche dTpa a 1° Básicos; Difteria, Tétanos y Coqueluche dTpa a 8° Básicos; Virus del Papiloma Humano VPH a niñas de 4° y 5° Básico más 2as dosis a niñas de 7° y 8° Básicos.

**PROTOCOLO DE EVALUACION NEUROSENSORIAL (1 a 2 meses)**

La aplicación del Protocolo neurosensorial tiene como objetivo pesquisar trastornos neurosensoriales en el niño. Se aplica en el Control de Salud infantil entre el 1er mes y antes de los dos meses de edad, por Profesional Médico. Durante el presente año esta pauta se ha aplicado a los niños que han asistido a su control en forma regular.

**ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO**

La aplicación de la Escala de Edimburgo tiene como objetivo la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre durante el Control de Salud del niño o la niña a los 2 y 6 meses de edad.

Edad	Sin síntomas	Con síntomas
2 meses post parto	<b>70</b>	<b>1</b>
6 meses post parto	<b>78</b>	<b>2</b>
Total	<b>148</b>	<b>3</b>

De las madres evaluadas a los dos y seis meses de edad de su hijo/a, se detectaron algunas con algún tipo de síntoma de depresión y fueron derivadas a Control de Salud mental con Psicóloga, para una evaluación completa y así determinar el tipo de sintomatología y tratamiento.

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR:**

En relación a la evaluación del desarrollo Psicomotor, realizado a los menores de 8 meses, 18 meses y 3 años 6 meses, siendo meta de gestión la aplicación a los 18 meses de edad, a julio del 2016 los niños evaluados y sus resultados son los siguientes:

Edad	Normal	Riesgo	Retraso	Derivación Sala Estimulación
8 meses	64	0	0	
18 meses	79	4	0	4
3 años 6 meses	5		0	

A los menores evaluados que se les detecto algún tipo de rezago en su desarrollo se les realizó la derivación a sala de estimulación, estando pendiente la reevaluación antes de los 3 meses de su derivación. A los que persistieran con rezago se les hará la derivación correspondiente al nivel secundario. El área detectada con mayor número de casos es el área del lenguaje.

**Programa Nacional de Inmunizaciones PNI**

Durante el presente año, además de las vacunas dirigidas a la población infantil, se realizó la campaña contra la Influenza dirigida a Adultos mayores de 65 años, Crónicos entre 6 meses y 64 años de edad, Embarazadas, Niños de 6 meses a 5 años, Trabajadores de Avícolas y Criaderos de Cerdos y Personal de Salud.

Las coberturas a nivel nacional fueron bajas sobre todo en la Población de Adultos mayores.

Nuestra comuna alcanzó cifras acordes al nivel nacional, con una población sobreestimada.

Se incorporó este año la Vacuna Neumocócica 13 (Prevenar) para todos los adultos mayores de 65 años, pacientes crónicos y casos especiales.

## **23. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE**

### **1. PROPÓSITO**

Este programa tiene como propósito en el nivel primario de atención, responder a las necesidades de salud de la población objetivo y en este contexto resalta las acciones promocionales y preventivas, sustentadas en intervenciones efectivas a la población de adolescentes.

### **2. ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES:**

Se refieren a cada una de las actividades que se realizan en el nivel primario de atención y forman parte de las actividades programáticas anuales para la atención primaria, de este modo se ha propuesto un flujograma que permite un acceso más expedito a la atención de adolescentes y jóvenes en el sistema público de salud.

- Consulta morbilidad
- Salud Sexual y Reproductiva
- Consulta Salud Mental
- Control de Salud Integral
- otro motivo
- Consulta nutricional

### **3. METAS E INDICADORES 2016 DEL PROGRAMA**

- Realizar 104 controles de salud integral de adolescentes de 15 a 19 años (Convenio)
- Cobertura de control de salud integral adolescente de 10 a 14 años:94 13% (IAAPS 2016)

#### **4. PROYECCIONES O METAS PARA EL AÑO 2017**

Las metas cada año son determinadas desde el nivel central.

### **24. PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER**

#### **1. PROPÓSITO:**

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

#### **2. ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES:**

- CONTROL PRECONCEPCIONAL
- CONTROL PRENATAL
- CONTROL DE PUERPERIO POST PARTO POST ABORTO
- CONTROL DIADA
- CONTROL CICLO VITAL
- CONSULTA LACTANCIA MATERNA
- CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- CONTROL DE REGULACION DE FECUNDIDAD
- CONTROL GINECOLOGICO
- CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTETRICA
- CONSULTA DE MORBILIDAD GINECOLOGICA
- CONSULTA ITS
- OTRAS CONSULTAS

- CONTROL CLIMATERIO
- VDI
- CONSEJERIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- CONSEJERIA RF
- CONSEJERIA VIH/ITS
- TALLERES EDUCATIVOS PRENATALES

#### DIAGNOSTICO DE LA SITUACION COMUNAL PROGRAMA DE LA MUJER

Dada la realidad local, los problemas percibidos con el mayor puntaje y que definen mi plan de acción, sistematizados por ciclo vital son los siguientes:

##### **Salud de la mujer**

- Cáncer cervico uterino y mamas. Cobertura de PAP y mamografías.
- Malnutrición por exceso.
- Embarazo adolescente.

#### **POBLACION BAJO CONTROL.**

En la APS de la comuna se encuentran poblaciones cautivas, que se encuentran bajo control y que presentan el mayor consumo de prestaciones de salud. Esto permite al equipo de salud dar continuidad a las estrategias de salud, para el logro de los objetivos planteados enmarcados en un modelo de atención familiar y comunitaria.

##### **Gestantes bajo control**

Las embarazadas bajo control presentan una tendencia estable con respecto a años anteriores.

Población gestante bajo control por años (Total de ingresos anuales)

AÑO

GESTANTES BAJO CONTROL

2010	159
2011	155
2012	134
2013	148
2014	129
2015	124
2016	117

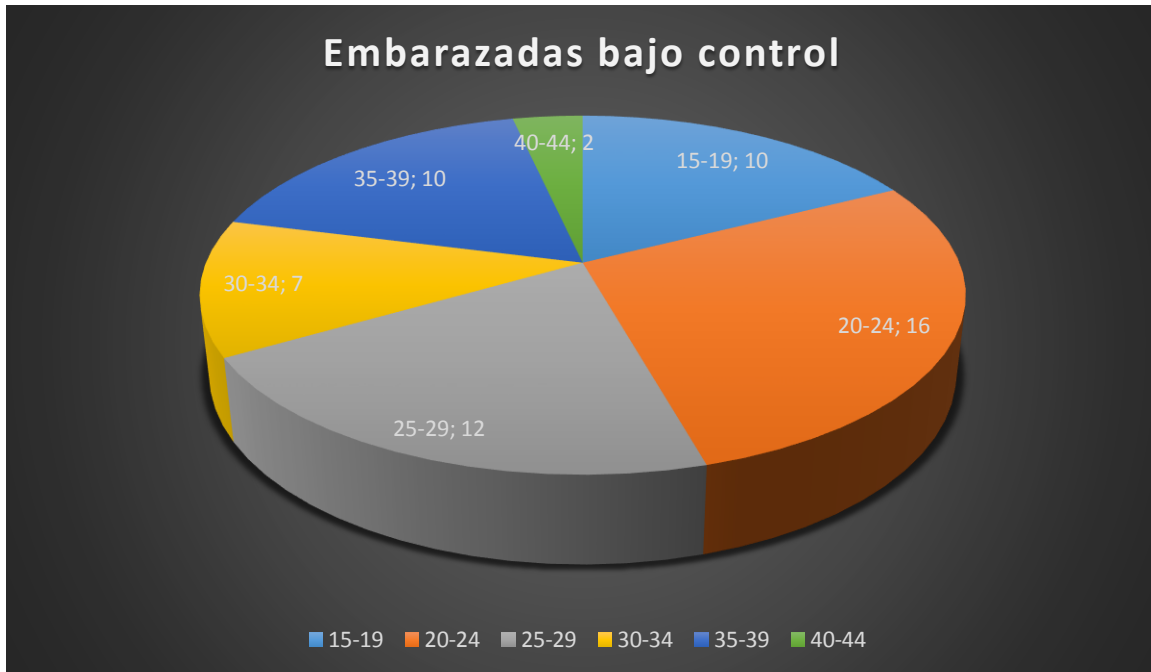


Fuente: Libro de ingresos Cesfam Chépica.

#### POBLACION EMBARAZADAS POR EDAD

Grupo etario	Nº
15-19	10
20-24	16
25-29	12
30-34	7
35-39	10
40-44	2
Total	57

Fuente: REM P Octubre 2015

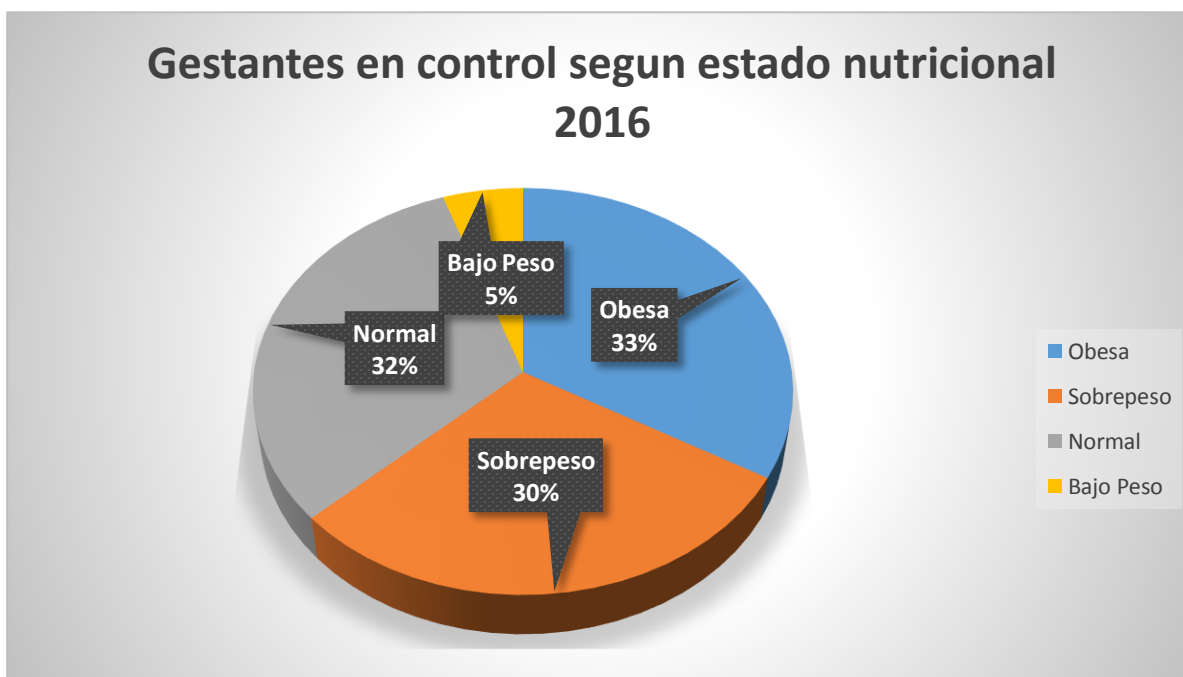


## POBLACIÓN DE GESTANTES BAJO CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

En lo que se refiere el estado nutricional, prevalece la malnutrición por exceso en las embarazadas bajo control, con un 63% del total de embarazadas, mientras que las gestantes con estado nutricional normal sólo alcanza 32% y 5% las gestantes con bajo peso. Importante dato, dado que constituye un factor de riesgo para la aparición de trastornos metabólicos, Hipertensión Arterial, Diabetes, condicionando un embarazo de alto riesgo obstétrico.



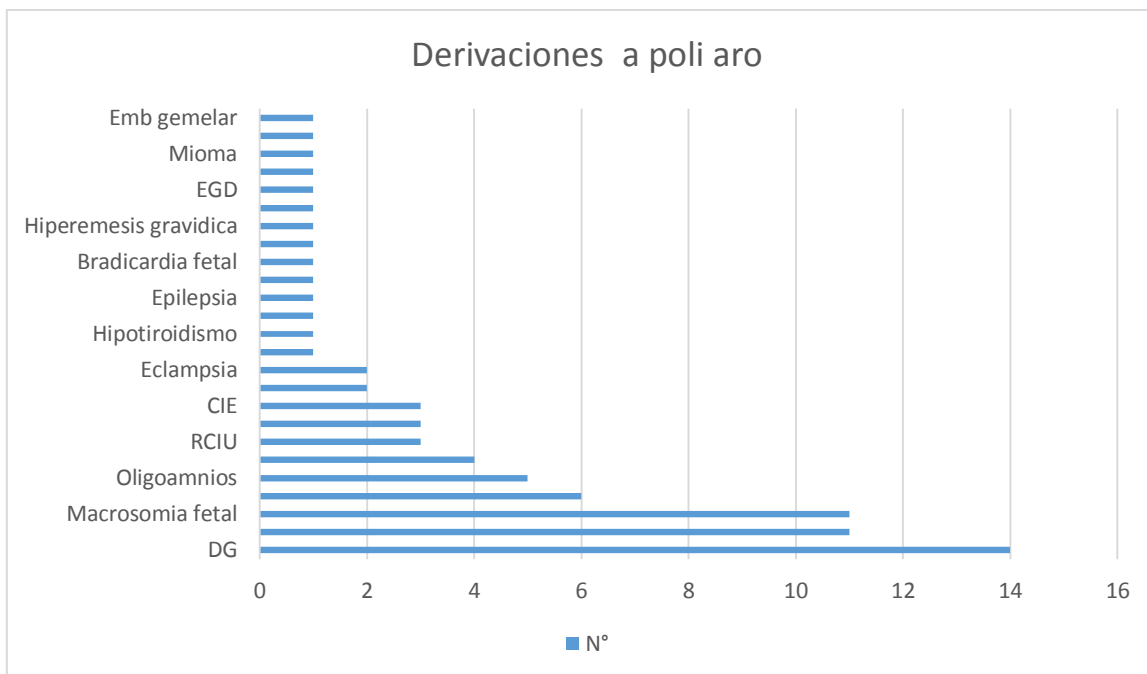
Estado nutricional	N°
Obesa	19
Sobrepeso	17
Normal	18
Bajo peso	3
Total	57



#### GESTANTES DERIVADAS A POLI ARO 2016

Causa de derivación	N°
Diabetes Gestacional	14
Polihidroamnios	11
Observación macrosomía fetal	11
CSA	6
Oligoamnios	5
Emb prolongándose	4
RCIU	3
Síntoma Parto pre término	3

CIE	3
Desprendimiento ovular parcial	2
Antecedentes de Eclampsia	2
HTA esencial	1
Hipotiroidismo	1
SHE	1
Epilepsia	1
Anemia severa	1
Bradicardia fetal	1
Retinopatía materna	1
Hiperemesis gravídica	1
EGD	1
ITS	1
Miomatosis uterina gigante	1
Enfermedad genética	1
Embarazo gemelar	1



### 3. METAS E INDICADORES 2016 DEL PROGRAMA

- Proporción de embarazadas que ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas. (IAAPS): 91,2%
- Aumentar el N° de mujeres con Papanicolaou vigente (Meta: 1962 mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente a diciembre 2016)

### 4. PROYECCIONES O METAS PARA EL AÑO 2017

Las metas cada año son determinadas desde el nivel central.

## 15. PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO

### 1. PROPÓSITO

*Chile Crece Contigo* es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión **acompañar, proteger y apoyar** integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: **“a cada quien según sus necesidades”**.

Forma parte del [Sistema Intersectorial de Protección Social \(ley 20.379\)](#) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la **trayectoria de desarrollo** de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad).

En el entendido que el desarrollo infantil es **multidimensional** y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos **biológicos, físicos, psíquicos y sociales** del niño/a, es que *Chile Crece Contigo* consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad (**primera infancia**).

De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: **salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad**, entre otros. Esto es lo que se llama integralidad de la protección social.

### 2. ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES:

- Fortalecimiento del desarrollo prenatal
- Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral

- Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral

### 3. METAS E INDICADORES 2016 DEL PROGRAMA

INDICADORES DE INVERSIÓN PADBP 2016							
ATENCIÓN PRIMARIA							
I	Compo	Subcom	Indicad	Numerador	/	Meta	Medio
d	nente	ponente	or	Denominador		Ponder	de
						ación	verificac
							ión
A	I.	B.	Promedi	Número	de		
1	Fortaleci	Atención	o de	de			
	miento	integral a	Visitas	Visitas			
	del	familias	domicili	domiciliaria			
	Desarrol	en	aria	integrales (VDI)			
	lo	situación	integrale	realizadas a			
	Prenatal	de	s (VDI)	familias con			
		vulnerabili	realizad	gestantes en		4	5%
		dad	as a	situación de			SRDM
		psicosoci	familias	riesgo			CHCC*
		al	con	psicosocial			
			gestante	según EPSA			
			s en	aplicada en el			
			situació	primer control			
			n de	prenatal con al			
			riesgo	menos 3 riesgos			

			psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	Número de gestantes con situación de riesgo psicosocial según EPSA al ingreso a control prenatal con al menos 3 riesgos			SRDM CHCC*
A 2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza	Número de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	4%	REM A27  REM A05

			en la atención primaria				
A 3	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a los días dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida	Número de díadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	70%	12%	REM A01
				Número de recién nacidos ingresados a control salud			REM A05
A 4	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidador es(as)	Número de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años cuyas ingresan a talleres Nadie es Perfecto	Abr: 1%	12%	REM A27
				Población bajo control de	Ago.: 2,9%		REM P02

			ingresan a talleres Nadie es Perfecto	niños(as) menores de 5 años	Dic.: 5,5%		
A 5	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciado	Número de talleres Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Abr: 0,7%	10%	SRDM CHCC*
					Ago.: 1,7%		
			s por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Número de facilitadores Nadie es Perfecto vigentes a la fecha de corte	Dic.: 3,4%		
<b>I</b>	<b>Compo</b>	<b>Subcom</b>	<b>Indicad</b>	<b>Numerador /</b>	<b>Meta</b>	<b>Ponder</b>	<b>Medio</b>
<b>d</b>	<b>nente</b>	<b>ponente</b>	<b>or</b>	<b>Denominador</b>		<b>ación</b>	<b>de</b>
							<b>verificac</b>
							<b>ión</b>
A 6	IV. Fortalecimiento del	B. Intervenciones educativas	Porcentaje de niños(as) )	Número niños(as) menores de 1 año cuyas	22%	15%	REM A27



	desarrollo integral del niño y la niña	s de apoyo a la crianza	menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje				
			es(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	Número de niños(as) bajo control menores de 1 año				REM P02
A 7	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo o de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera	Número de niños(as) con resultado de	90%	15%		REM A05
			tor en la primera	Número de niños(as) con resultado de				REM A03

		déficit en su desarrollo integral	evaluación, ingresados a sala de estimulación	déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación			
A 8	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	1,5	12%	REM A26
			Número de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación			REM A03

			en la primera evaluación			
--	--	--	--------------------------------	--	--	--

\* Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo

INDICADORES DE CONTEXTO PADBP					
ATENCIÓN PRIMARIA					
Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	
B1	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	A. Fortalecimiento de cuidados prenatales	Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	Número de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	
				Número de controles prenatales realizados	
B2	IV. Fortalecimiento del desarrollo	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y	Porcentaje de controles de salud entregados	Número de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	

	integral del niño y la niña	niña para el desarrollo integral	a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre	Número de controles de salud entregados a niños(as) y niñas menores de 4 años
B3	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación derivados a modalidad de estimulación
			Porcentaje de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación derivados a modalidad de estimulación (no considera ludoteca)	Número de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación
B4	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit	Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM	Número de niños(as) de 7 a 11 meses con resultado 'Normal' (sin rezago y excluyendo "de retraso") en la reevaluación y que en la primera aplicación tuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo"
			Porcentaje de niños(as) recuperados	Número de niños(as) de 7 a 11 meses diagnosticados con alteraciones

	en su desarrollo integral	(excluyendo categoría "retraso") del DSM de 7 a 11 meses
--	------------------------------	---

Con respecto a los indicadores cabe destacar la realización de talleres promocionales del lenguaje y desarrollo motor, así como los talleres Nadie es Perfecto que se realizan en el CESFAM

#### 4. PROYECCIONES O METAS PARA EL AÑO 2017

Son cada año determinadas desde el nivel central.

### 14. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

El Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a pesquisar patologías crónicas, mantener y/o mejorar el nivel de salud de la población de 20 a 64 años y 65 años y más, prevenir las enfermedades y otorgar atención de salud oportuna y de calidad cuando ésta se requiera.

Este grupo etáreo, comprende el número de usuarios más grande de la población inscrita en el CESFAM y son los que acuden solicitando las prestaciones principalmente por morbilidad general, control de patologías crónicas, salud mental y prestaciones de carácter preventivo, siendo estas últimas prestaciones no prioritarias y de menor importancia para este grupo de la población, la cual consulta solo cuando su estado de salud y bienestar se ven afectados; esto se demuestra cada año en la realización del examen de medicina preventiva del adulto (EMPA), donde los exámenes realizados son principalmente de usuarios pesquisados y derivados de los distintos servicios y consultas del CESFAM, de trabajadores de empresas de la Comuna y de actividades en terreno. Solo un número muy menor

de usuarios solicita de manera espontánea la realización de este examen. Por esta razón todos los años se programan y realizan actividades tanto de prevención como de promoción, ya sea para promover hábitos de vida saludable, como para la prevención de enfermedades prevenibles, entre estas las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias del adulto, etc.

### **EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO (EMPA)**

El EMPA es un examen muy importante ya que considera la identificación y manejo de los principales factores de riesgo de enfermedades de alta prevalencia, tales como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y obesidad, los que se asocian a enfermedades cardiovasculares; cáncer, cirrosis hepática y diabetes mellitus, entre otras.

### **PROGRAMA CARDIOVASCULAR**

El Programa de Enfermedades Cardiovasculares, tiene como finalidad principal resolver las enfermedades de alta complejidad definidas como aquellas que demandan recurso humano y tecnología de alta especialización y con un alto costo económico tanto para la institución como para el paciente.

El total de pacientes en control en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM al mes de julio del 2016, corresponde a 1913 Hipertensión Arterial, 705 Diabetes Mellitus y 306 Dislipidemia.

### **Pacientes PSCV Bajo Control y Compensados a Julio de 2016**

Patología	Hombre Programado	Hombre Compensados	Mujer Programado	Mujer Compensados	Total Compensados
Hipertensión	1374	553		882	1435
Diabetes Mellitus	312	110		137	247

**Evaluación Pié Diabético 2016** Programado: 609 Realizado a Julio 2016: 386

El Programa de Salud Cardiovascular PSCV se ha fortalecido con la incorporación de un Médico y una TENS, además de más horas Enfermero y Nutricionista, conformando un equipo que dedicará mayor tiempo en la pesquisa, rescate de pacientes inasistentes a controles y la compensación de los pacientes crónicos ingresados al Programa.

Está en proceso y estudio la implementación de un poli de choque, para el manejo y tratamiento rápido de pacientes descompensados.

### **CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

Chile vive un proceso de envejecimiento poblacional. Esto ha significado un cambio epidemiológico importante. Del predominio de las enfermedades infecto contagiosas hemos pasado a las no transmisibles. Este hecho nos enfrenta a un desafío: las enfermedades infectocontagiosas se expresan desde su inicio, en cambio las enfermedades no transmisibles tienen un comienzo larvado sin sintomatología clara. Esto es aún más relevante en las personas mayores, cuya sintomatología es diferente. Prevenir, donde hay sintomatología larvada, es difícil, más aún en una cultura que no tiene incorporada la prevención. Mucho se ha avanzado en la incorporación de parte de los adultos mayores de la necesidad de establecer controles regulares, es así como hoy día un 65 % de los adultos mayores inscritos en la APS tienen su control de salud al día. La incorporación del examen

de medicina preventiva en las garantías GES, ha dado aún más énfasis a esta acción anticipatoria. Acción que intenta evitar o postergar la dependencia. Dependencia tan temida por las personas mayores y sus familias.

### **EXAMEN MEDICO PREVENTIVO DEL ADULTO MAYOR (EMPAM)**

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la funcionalidad. El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), hace de este indicador su nudo central. A través de la medición de la funcionalidad, se detectan los factores de riesgo.

El EMPAM es un instrumento Predictor de Pérdida de Funcionalidad.

En el CESFAM de Chépica se aplica a todo Adulto Mayor de 65 años y más, que llega caminando al Centro de Salud. Se aplica una vez al año.

No se aplica a adultos mayores postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, secueledos de AVE, amputados, y otras condiciones que signifiquen dependencia evidente.

En nuestro CESFAM hasta el 22 de agosto de 2016, se han evaluado 649 adultos mayores, de estas 329 mujeres y 320 hombres.

De todos los pacientes Adultos Mayores evaluados, es mayor el número de pacientes que presentan Riesgo de Dependencia, este riesgo se ve influenciado principalmente por las patologías osteoarticulares, en las cuales influye en gran medida el sedentarismo y la obesidad. Otro factor que baja el puntaje de evaluación es el nivel educacional donde un número importante tiene un nivel educacional



básico incompleto y analfabeto. El siguiente grupo son los que siendo autovalentes presentan algún tipo de riesgo en su dependencia, ya sea por patologías crónicas descompensadas, depresión, etc.

Los estudios demográficos mundiales muestran que cada vez aumenta más el número de población de adultos mayores, por lo cual es muy importante trabajar en edades tempranas en lo que respecta a promoción y prevención, y en las edades más avanzadas en mantener las condiciones que favorezcan un buen mantenimiento de la salud física y mental de este grupo cada vez más numeroso.

### **PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEVERA Y MODERADA**

Este Programa es ejecutado por una Enfermera contratada en forma exclusiva para ello, en jornada parcial y dedica su atención en llevar de la mejor forma posible el Programa, realizando visitas domiciliarias a todos los pacientes postrados inscritos en el programa, realizando la capacitación de los cuidadores de los pacientes postrados y supervisando la entrega de los estipendios correspondientes.

Entre las fortalezas de éste programa destaca el interés que han demostrado los familiares de paciente en situación de dependencia y el compromiso de Enfermería y del CESFAM en la atención de los pacientes.

La mayor dificultad para la realización en forma más normal y continua de las visitas domiciliarias por parte de la Enfermera a los pacientes postrados es la falta de vehículo, lo cual se pretende mejorar en el transcurso de los próximos meses, ya que desde septiembre de 2016 se podrá contar con otro vehículo recién adquirido por el CESFAM.

Actualmente el número de usuarios del programa es de 38 pacientes postrados (julio de 2016).

Anualmente ingresan aproximadamente 12 pacientes.

Los egresos son por fallecimientos y por ingresos a ELEAM.

Para ingresar al Programa a estos pacientes se les realiza una primera visita por enfermera, realizando una primera evaluación de los requisitos para ingreso al programa (KATZ severo o moderado). Los usuarios clasificados por el KATZ como dependientes severos son ingresados para recibir un estipendio de parte del gobierno de \$26.000 mensuales, cumpliendo las condiciones previsionales y/o sociales de acuerdo a la normativa vigente.

En cuanto a los cuidados un 5,2% de nuestros usuarios durante el año han requerido atención en cuanto a curaciones de úlceras por presión, debido a la constante supervisión de enfermería, destacando el trabajo de ellos en la orientación constante a las familias.

Estos pacientes también reciben visitas domiciliarias y atención de Asistente Social para apoyo con Ortesis y evaluación por Médicos, de acuerdo a requerimientos.

### **CURACION AVANZADA DE HERIDAS**

#### **ANTECEDENTES GENERALES:**

- Definición del Problema:

Las úlceras venosas son una de las enfermedades de mayor prevalencia en adultos mayores, principalmente hipertensos y diabéticos, son heridas complejas que en vez de cicatrizar se convierten en lesiones permanentes en las extremidades inferiores, y que sólo con el uso de apósitos de última generación, sistemas de elastocompresión y tratamiento farmacológico, pueden sanarse en breve plazo mejorando la calidad de Vida. Las estadísticas señalan que 40 mil personas son

diagnosticas con úlceras venosas cada año, de las cuales 60% son mujeres y 40% hombres; ello producto de problemas de circulación sanguínea que imposibilita el retorno de la sangre desde las piernas hacia el corazón, con la consiguiente formación de coágulos y trombosis que constituyen una preocupación para los profesionales de la salud pública y privada de nuestro país. La aplicación de ineficientes sistemas de curación tradicional y la falta de capacitación entre los profesionales que atienden en los consultorios y hospitales, condicionan la perdurabilidad de este tipo de lesiones a lo largo del tiempo.

U.V. no son una enfermedad en sí mismas sino el resultado de una patología base de carácter crónico y recidivante (70%). Usualmente, los hombres presentan menor sintomatología y por ende acuden al centro de salud cuando la lesión ya está muy avanzada. Un adecuado tratamiento incluye curación recurrentes y de avanzada, con apósitos enriquecidos con minerales y medicamentos que impiden la proliferación de bacterias ayudando a la cicatrización, además del uso de vendaje y medias elásticas que impiden la inflamación de la zona afectada.

UV constituyen 60-80% del total de las úlceras de los miembros inferiores (10-30% arterial, 10-20% mixtas)

- Aproximadamente 40.000 UV activas en Chile.
- Incidencia anual: 0.05%
- Alto impacto económico
- Alto impacto social

La hiperglicemia crónica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos.

El diagnóstico de diabetes tipo 2 en los niños y adolescentes es un hecho cada vez más frecuente, lo que seguramente aumentará aún más la carga de las complicaciones crónicas de la diabetes a nivel global. La prevalencia de diabetes en nuestro país se estima entre 4,2% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud y la ADICH, respectivamente.

A diferencia de lo que se describe a nivel internacional, que la mitad de aquellos con la enfermedad desconoce su condición, en Chile sobre el 85% de las personas que tiene diabetes conoce su condición; el problema radica en la baja adherencia a los tratamientos indicados por los equipos de salud, no tomando conciencia de las graves complicaciones que tiene esta enfermedad.

El Pie Diabético es una alteración clínica de base etiopatogénicaneuropática e inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

La prevalencia del pie diabético se estima en un 8 a 13% considerando variables como la evolución de la diabetes, la edad, el sexo masculino, y el hábito tabáquico.

Su trascendencia está relacionada por el elevado número de amputaciones que conlleva.

Entre un 40 a 50% de los enfermos diabéticos desarrollará a lo largo de su enfermedad una úlcera en el pie y de estos un 20% requerirá una amputación.

En la fisiopatología del pie diabético, la neuropatía (sensitiva, motora y autonómica), la enfermedad arterial oclusiva (angiopatía) y la infección serían los factores determinantes.

Diversos trabajos prospectivos que se basan en métodos de diagnóstico electrofisiológicos, muestran una incidencia de 70 a 80% de neuropatía. El compromiso macrovascular es de un 45% y en un 29,4% se asocian ambos factores (pie neuroisquémico).

Es una patología que ha sufrido un gran incremento. En América Latina y el Caribe hay 19 millones de diabéticos a la fecha, se calcula que para el año 2025 habrá 40 millones.

En la población mundial hay 143 millones de diabéticos, y para el año 2025 la suma ascenderá a 300 millones.

En Chile, en el año 2025 el 20% de la población será mayor de 60 años, y de esta el 15% será diabética y el 35 % tendrá resistencia a la insulina.

En USA 5,2% de la población es diabética, un 25 % de los diabéticos tendrá problemas de extremidades inferiores, y habrá más de 60.000 amputaciones al año, de estos solo el 30% son rehabilitados completamente..

Los diabéticos tienen un riesgo 15 veces mayor de amputación que los no diabéticos, y de los amputados un 50 % también lo serán de la otra extremidad antes de los 5 años. Durante este periodo un 60% se mueren de otras causas, fundamentalmente cardiovasculares, complicaciones de la diabetes o relacionadas con la amputación. Todo esto significa un gran problema social y un gran costo para el país.

#### Objetivo General

Otorgar atención especializada a los usuarios, con úlceras vasculares ya sea de origen venoso como arterial, usuarios con úlceras de pié diabético, y heridas de difícil manejo a través de curaciones con manejo avanzado de heridas, utilizando apósitos de última generación para disminuir el tiempo de tratamiento y evitar complicaciones.

#### Beneficiarios

Usuarios inscritos y validados en Cesfam de la comuna de Chépica, con úlceras venosas, arteriales, úlceras por pié diabético hasta grado 2,

#### Estrategias del Plan:

- Identificación y captación de pacientes que asistan a control de crónicos, consultas de morbilidad, consultas de SUR.
- Ingreso y tratamiento a seguir en Curación Avanzada de Heridas.

Recursos Asociados:

Equipo curación avanzada de heridas

- 1 enfermero
- 1 TENS

Vehículo de Terreno

Insumos Especializados

## ► PROGRAMAS TRANVERSALES

### 18. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL SALUD MENTAL

La atención de salud mental en la Atención Primaria se ha ido desarrollando de manera progresiva en el sistema público. Desde un primer tiempo en el cual sólo se atendía a aquellas personas que presentaban beber problema, se ha ido incorporando la atención de otros problemas y trastornos de salud mental, en consideración a su alta prevalencia en la población.

El “Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, consta de seis componentes, cada uno con objetivos específicos, productos esperados e indicadores para su evaluación y monitoreo.

El Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, ha permitido incorporar de manera progresiva, recursos y competencias en los equipos de salud para enfrentar el desafío de instalar en la APS la atención de salud mental de nuestra población; así como también, aumentar su capacidad resolutive a través de equipos comunitarios.

Se espera que la Atención Primaria de Salud efectúe actividades de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad, en una relación de continuidad de cuidados con los equipos comunitarios de especialidad, dando cuenta de la riqueza de la interacción entre estos niveles de resolutive y el beneficio que esto representa para las personas en término de acceso, oportunidad y calidad de la atención.

Objetivo General:

Contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios de la Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales, favoreciendo la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, logrando un aumento paulatino de la resolutive y disminuyendo tiempos de espera para la especialidad.

Objetivos Específicos:

- a) Promoción de factores protectores de la salud mental y prevención de factores de riesgo y trastornos mentales por ciclo vital, a través de:
  - i. Talleres e intervenciones de promoción y prevención en el ámbito comunitario.
  - ii. Promoción y colaboración con grupos de autoayuda.

iii. Intervenciones preventivas para el consumo de riesgo de alcohol y drogas.

b) Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral, accesible, oportuna y eficaz, a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales, en concordancia con las normativas, régimen de garantías explícitas, guías clínicas y orientaciones vigentes de acuerdo al nivel de Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales.

## COMPONENTES

Componente N°:1 **Depresión.**

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas de 15 años y más que sufren trastornos depresivos, concordantes con las normativas vigentes y de acuerdo al régimen de garantías explícitas que deben cumplirse en este nivel de atención.

Estrategias

- a. Detección y Evaluación Diagnóstica
- b. Tratamiento integral: Intervenciones Psicosociales Individuales y de Grupo y/o prescripción de fármacos
- c. Derivación o referencia asistida
- d. Alta y seguimiento
- e. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
- f. Capacitación del equipo de salud

Componente N° 2: **Violencia Intrafamiliar**

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.

Estrategias

1. Detección y Evaluación Diagnóstica
2. Consejería a personas que viven VIF



3. Tratamiento: intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo 4. Visita Domiciliaria Integral
5. Alta y seguimiento
6. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
7. Sensibilización y prevención de violencia intrafamiliar en la comunidad
8. Capacitación del equipo de salud

Componente N° 3: **Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas**  
Prevenir, detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entregar información y consejería para el auto cuidado y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este sea necesario, a población consultante de 10 y más años de edad.

### **Estrategias**

- a. Detección y Evaluación Diagnóstica.
- b. Intervención Preventiva,
- c. Intervención Terapéutica,
- d. Derivación o Referencia Asistida,
- e. Alta y Seguimiento
- f. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda.

### Componente N° 4: **Salud Mental Infante Adolescente**

Realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo a necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, de forma cercana al domicilio del niño y su familia, que fomente y mantenga vínculo familia - niño/a, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad. Este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental de la población infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hipercinéticos y de la atención, emocionales, conductuales.

### Estrategias

- a. Detección, Evaluación Diagnóstica,
- b. Consejería y educación a los padres
- c. Tratamiento: Intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo, prescripción de fármacos
- d. Visita Domiciliaria Integral.
- e. Educación en promoción y prevención de salud mental a padres y profesores

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se pretende que en APS se integren las atenciones de salud mental en las prácticas de **todos los integrantes del equipo de salud**, cuando atiendan a una persona a lo largo del curso de vida; principalmente, en el área de la promoción, prevención y detección precoz de trastornos mentales. En el caso de que algún miembro del equipo sospeche que la persona pueda estar teniendo un trastorno mental, corresponde la atención por médico, psicólogo/a, asistente social y cualquier otro integrante del Equipo de Salud que se requiera para brindar una atención integral del usuario/a y su familia.

### **Estrategias**

- a) *Evaluación Diagnóstica Integral*: Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado por a lo menos médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 o más sesiones, puede conllevar Visita Domiciliaria Integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental. Por tanto, es necesario que esté incorporada en la programación del establecimiento.
- b) *Tratamiento Integral*: Al ingresar al programa, se efectúa, por al menos, médico, psicólogo/a y asistente social, un plan de tratamiento integral.

Éste incluye: motivo de consulta co-construido entre el/la/los consultante/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

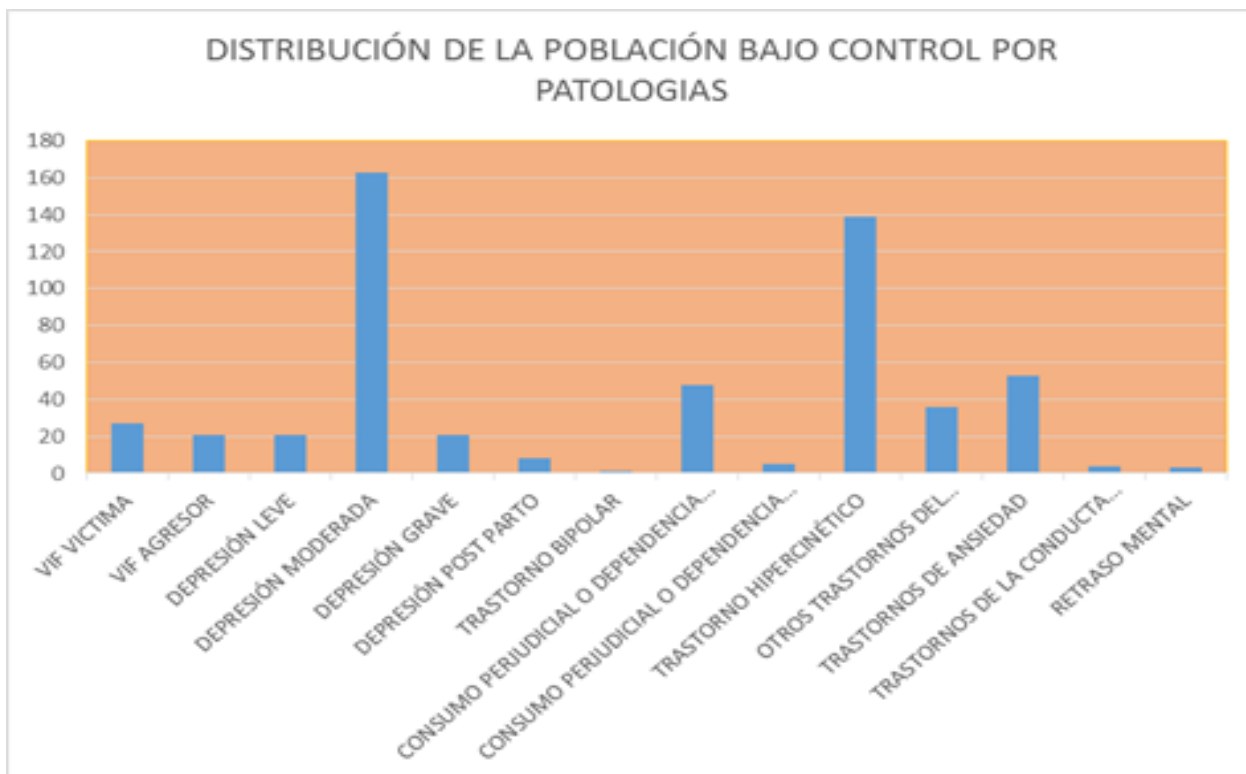
Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son:

- i. Intervenciones psicosociales Individuales (Incluye psicoterapia cuando se requiere).
  - ii. Intervenciones psicosociales de Grupo.
  - iii. Intervenciones familiares.
  - iv. Intervención psicosocial en el contexto comunitario (barrio, colegio, trabajo, etc.).
  - v. Visitas domiciliarias integrales (VDI): Solo las VDI han estado incorporadas a algunos componentes del programa integral de salud mental en APS.
  - vi. Prescripción de fármacos.
  - vii. Trabajo con redes institucionales comunales (Previene-SENDA, OMIL, DIDECO, Oficina de la mujer, OPD, JUNAEB, etc.)
  - viii. Uso de herramientas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros<sup>31</sup>.
- c) Derivación o referencia asistida.** Entendida como continuidad de cuidados, donde se efectúan articulaciones entre establecimientos de distintos niveles de la red que la persona vivencia como una serie de eventos del cuidado de su salud coherente y conectado entre sí en el tiempo.
- d) Alta terapéutica integral.** Implica que el proceso de atención de la persona llega a un alta de todos los integrantes del equipo de salud que la estaban atendiendo. Legalmente, le corresponde al médico efectuarla.
- e) Seguimiento** en los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.
- f) Consultoría de Salud Mental.** El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los

procesos clínicos, el nivel especializado se articula con este para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. .

**INDICADORES 2016****POBLACIÓN BAJO CONTROL****POBLACIÓN BAJO CONTROL A JUNIO 2016**

<b>VIF VICTIMA</b>	<b>27</b>
<b>VIF AGRESOR</b>	<b>21</b>
<b>DEPRESIÓN LEVE</b>	<b>21</b>
<b>DEPRESIÓN MODERADA</b>	<b>163</b>
<b>DEPRESIÓN GRAVE</b>	<b>21</b>
<b>DEPRESIÓN POST PARTO</b>	<b>8</b>
<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	<b>1</b>
<b>CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL</b>	<b>48</b>
<b>CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL</b>	<b>5</b>
<b>TRASTORNO HIPERCINÉTICO</b>	<b>139</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA</b>	<b>36</b>
<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>	<b>53</b>
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>4</b>
<b>RETRASO MENTAL</b>	<b>3</b>



### META 2016 IAAPS N° 12

**Cobertura de Atención Integral de Trastornos mentales en personas de 5 y más años.**

**17%**

**Numerador 427 personas bajo Control**

**Denominador 2514 (calculado de una prevalencia de 22%)**

**Meta alcanzada**

**Numerador 550 personas bajo control**

**21.8%**

**Denominador 2514 (calculado de una prevalencia de 22%)**

Se estima que el porcentaje solicitado para el año 2017 se aproxima al año 2016, todas las metas son negociadas en Febrero o Marzo de cada año.

**ATENCIONES**

Agosto a Diciembre 2015

Enero a Julio 2016

Psicoterapia individual	758
Consultas Salud Mental	202
Psicodiagnóstico	2
Nº de Intentadores Suicidas ( Urgencias)	12
	40% de ellos son menores de 20 años

**Actividades Comunitarias Preventivas Programadas en el año 2016.**

- Taller Preventivo en Alcohol y Drogas “Siempre Eliges tú”  
Colegio Luis Arturo Zúñiga
- Taller Preventivo Convivencia Escolar  
Colegio Luis Arturo Zúñiga
- Capacitación y acompañamiento Grupo de Autocuidado “Las Carmelitas”  
Las Hijuelas.
- Campaña local de sensibilización frente a la Violencia contra la Mujer

La idea es que en el **2017** se puedan incrementar los talleres promocionales y preventivos en el área de Salud Mental, y realizar una evaluación diagnóstica de los adolescentes de la Comuna quienes han presentado un alto índice de indicadores patológicos en el área de la salud mental, realizando un trabajo coordinado con el Equipo del Liceo Fermín Real Castillo.

Se pretende potenciar la red de servicios de salud mental y psiquiatría en la que las distintas unidades y que todo el equipo de salud ofrezcamos una amplia gama de prestaciones, coordinemos entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las respectivas áreas de competencia, el flujo de pacientes entre ellas, y la realización de actividades conjuntas, incluyendo tanto la promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades.

La red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, entendiendo que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario, al igual que las personas que padecen cualquier otro tipo de enfermedad.

Si bien el trabajo promocional y preventivo en conjunto con las actividades Comunitarias deben corresponder a un 30% de las actividades programadas, es importante considerar que el Equipo de Salud mental de Nuestro CESFAM, no cuenta con los recursos Humanos óptimo para el desarrollo de las actividades, la mayoría de los profesionales son únicos y desarrollan multifunciones, y además estamos frente a una población asistencialista muy demandante.

## **16. SALUD RESPIRATORIA**

### **Programas IRA-ERA**

#### **Propósito:**

Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

**Descripción de los Programas:**

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

**Objetivo General:**

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

**Objetivos Específicos:**

Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud para 2020

Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

**Estrategias Complementarias para Programas IRA-ERA en la Atención Primaria:**

- **Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)**



**Propósito:**

Mejorar la resolutivez de la Atención Primaria frente al diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en menores de 5 años, de 65 y más años y en personas de otras edades con dicha sospecha diagnóstica.

- **Programa oxígeno domiciliario.**

**Propósito:**

Aumentar la sobrevivencia de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o que requieren la administración de oxígeno en forma transitoria o permanente, facilitando su reinserción familiar, escolar y laboral, mejorando su calidad de vida relacionada a salud junto con liberar camas hospitalarias.

**Coordinación e integración de los Programas Respiratorios en la Red.****1. Coordinación de los Programas IRA y ERA por ciclo vital.**

Los programas respiratorios, como parte de las acciones en Salud Primaria enmarcados en la entrega de una atención oportuna, integral y continua; deben gestionar estrategias que permitan mantener las mejores condiciones de salud de la población. Bajo este precepto debe existir una coordinación interna para dar cumplimiento a las acciones sanitarias entre los distintos programas de salud, en cada una de las etapas del ciclo vital, para lo cual es necesario que se coordinen con el resto del equipo profesional del centro de salud para el cumplimiento de las actividades de los programas de salud, para lo cual se sugieren las siguientes estrategias.

**Salud de la mujer y el recién nacido****Objetivos:**

Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas en el recién nacido.

**Estrategias:**

a. Promoción: Taller a embarazadas en: contaminación intradomiciliaria y ambientes libres de humo de tabaco, medidas de prevención de infecciones respiratorias, detección precoz de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial.

b. Prevención: Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía.

Programación y ejecución de visita domiciliaria integral (VDI) a madres de recién nacidos con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales de programas del centro de salud.

Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza según normas.

**2. Salud Infantil****Objetivos:**

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante la infancia.

**Estrategias:**

a. Promoción: Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).

- Talleres a padres y/o cuidadores en prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial. (Programa Nacional de la Infancia)

- Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles y colegios de la comuna. Temática: medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna a atención primaria y utilización de la red asistencial.
- Campañas comunicacionales en Cefam y salas de esperas (videos, cartillas)

**b. Prevención:** Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y Antineumocócica según normas.

- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Visitas domiciliarias integrales a familias de niños con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Auditorías a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Visita Domiciliaria integral realizada por profesional a familias con niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI), coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía hasta los 6 meses de edad.
- Encuestas de pesquisa de crónicos en salas de espera con derivaciones

**c. Diagnóstico y Tratamiento:** Recepción en Sala IRA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento y seguimiento de síndrome bronquial obstructivo recurrente, asma bronquial y otras crónicas respiratorias.

- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa IRA, con instrumento estandarizado (PedQL).

d. Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes.
- Fomento de Flujograma de derivación

### **Salud de los Adolescentes y Jóvenes**

#### **Objetivos:**

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital adolescente.

#### **Estrategias:**

a. Promoción: Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física).

- Fomento y realización consejería breve antitabaco en todas las consultas y controles de salud del adolescente y joven. Talleres a docentes en colegios de la comuna. Temática: reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna.

**b.** Prevención: Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.

- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Auditoría a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Exámen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Visita domiciliaria integral realizada por profesional a familias con adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).

**c.** Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

## Salud de las personas adultas

### Objetivos:

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto.

Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo cardiovascular por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

### Estrategias

**a. Promoción:** Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de salud.

- Participación activa en actividades de promoción de salud comunal (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, etc.).
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a juntas de vecinos, agrupaciones de adultos, etc.

**b. Prevención:** Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.

- Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Fomento del cese del consumo de tabaco en adultos en coordinación con programa cardiovascular e instancias comunitarias (Ej.: clubes de adultos, talleres deportivos, etc.).
- Visita domiciliaria integral a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.

- Auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.
- c. Diagnóstico y Tratamiento:** Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
  - Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
  - Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
  - Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
  - Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
  - Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).
- d. Rehabilitación:** Implementación de programa de Rehabilitación Pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.
- e. Coordinación:** Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
  - Fomentar derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
  - Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
  - Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
  - Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
  - Rescate de pacientes inasistentes

- Fomento de flujograma de derivación

### **Salud de las personas adultas mayores (familia y cuidadores)**

#### **Objetivos:**

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto mayor.

Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo coronario originado por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

#### **Estrategias:**

**a. Promoción:** Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de las personas de 65 años y más.

- Participación en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo tabaco, vacunación, ambientes libres contaminación) en clubes de adulto mayor y otros.
- Participación en actividades de promoción del centro de salud (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, ferias de promoción, etc.)
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, agrupaciones de adultos mayores, etc.

**b. Prevención:** Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.



- Fomento y administración de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 y más años y Antiinfluenza a mayores de 65 años de edad, según normas.
- Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).
- Auditorías de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por Neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

**c. Diagnóstico y Tratamiento:** Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos de pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.

Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

**d. Rehabilitación Implementación de programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.**

**e. Coordinación:** Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Apoyar acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

### **Coordinación Nivel Secundario con APS en los Programas Respiratorios.**

**Programa IRA-ERA:** La referencia y contrareferencia de los pacientes crónicos respiratorios se coordinará según las Normas establecidas por cada servicio de salud, entre APS y nivel secundario. Estos protocolos realizados por especialistas de la red deberán ser propuestos, discutidos, aprobados y difundidos en instancias participativas de la Red local de Salud (CIRA, UGRL (Unidad de Gestión de Red Local), otras) revisados y actualizados cada 3 años. Se debe protocolizar y verificar la derivación de pacientes post-alta hospitalaria para continuidad de tratamiento en APS, a través de flujos locales de derivación. Los flujos de derivación deberán ser de conocimiento de los profesionales que se desempeñan en los programas IRA-ERA. Debe de existir una coordinación para la realización de capacitación por parte de los equipos de salud del nivel secundario, hospital referente, a los profesionales del programa IRA-ERA de APS, organizado por los Servicios de Salud y SEREMI.

**Programa de Prematuros:** En esta población debe quedar asegurado su control en el nivel secundario y primario, y aquellos que tienen comorbilidad crónica

respiratoria deben ingresar al programa IRA, y ser controlado de acuerdo a las definiciones determinadas en protocolo de referencia y contrareferencia para recibir las prestaciones que requiera en el lugar definido. Si el niño prematuro displásico broncopulmonar es parte de la estrategia de protección VRS con Palivizumab, el profesional del programa IRA debe confirmar su registro en la ficha clínica de este. Debe generarse una coordinación entre Nivel secundario y APS que asegure la derivación de los pacientes al centro de salud con la documentación correspondiente para recibir las prestaciones que proporciona la atención primaria de salud.

**Programas Ventilatorios:** los Programas de Asistencia Ventilatoria en niños y adolescentes (AVI-AVNI) jóvenes, adultos y adultos mayores (AVNIA, AVIA) son el pilar de atención clínico-social de carácter avanzado que permite por una parte mejorar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes, dignificar su condición médico-social-familiar y liberar cupos en el sistema de atención hospitalaria. Deben ser ingresados al programa por médico especialista Broncopulmonar, según criterios clínicos y sociales de inclusión y exclusión (Anexo N°2). Estos pacientes deben incluirse en los programas de salud de la atención primaria con el fin de proporcionar las prestaciones de salud necesarias (Vacunación, alimentación, consultas y controles), junto a esto deben de ser evaluados periódicamente en domicilio existiendo una coordinación con su equipo tratante (profesionales que visitan al paciente y broncopulmonar de la red (Encargado de policlínico de seguimiento), según protocolos de referencia y contra-referencia establecidos a nivel local. Se espera que el equipo del programa IRA-ERA realice dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento de este paciente bajo control y apoye con atenciones kinésicas en períodos de exacerbaciones junto a los profesionales que visitan al paciente en domicilio.

**Programa Oxígeno Domiciliario:** Este programa se ejecuta a través del nivel secundario de salud y de los programas IRA-ERA en la Atención Primaria. La

indicación de oxigenoterapia es de responsabilidad del médico broncopulmonar o médico internista o pediatra, en las regiones o zonas del país que no cuenten con estos especialistas, deberá ser un médico capacitado en el manejo de las enfermedades respiratorias.

Desde el nivel secundario se realiza la contrareferencia al centro de salud respectivo donde se encuentre inscrito el paciente, para la evaluación del domicilio, además adjunta las indicaciones del tratamiento. A su vez, un profesional del centro de salud realiza la visita domiciliaria y completa formulario n°2 (Anexo N°3) dentro de los primeros 7 días hábiles desde la recepción del paciente en el centro de salud, enviando a nivel secundario el formulario. Deben ser incorporados a registro de población bajo control todos los usuarios de oxígeno domiciliario pertenecientes a programas respiratorios.

El equipo del programa IRA-ERA debe realizar al menos dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento (Anexo N°4), velando por el cumplimiento de los controles con especialista, las indicaciones de tratamiento (flujo indicado) y reforzando educación a paciente y familia.

### **Coordinación Servicios de Atención de Urgencia con APS.**

**SAPU/SUR/SAR:** En el ámbito respiratorio, se requiere una coordinación constante entre estos servicios y los programas respiratorios de los centros de salud de la comuna, especialmente en la derivación de pacientes GES (IRA baja menor 5 años, asma bronquial, EPOC, neumonía en mayores de 65 años) para continuidad de tratamiento y seguimiento. Debe establecerse registro de las atenciones y derivaciones de pacientes desde SAPU/SUR/SAR al centro de salud, fundamental para mantener la continuidad de la atención, pesquisa precoz de enfermedades respiratorias crónicas y disminución de la poli-consulta en estos servicios.

**Unidad de Emergencia Hospitalaria:** Se requiere fomentar y actuar de acuerdo a normas y protocolos de referencia y contrareferencia establecidos en la red para continuar tratamientos y cuidados en APS u Hospital. Es esencial que cada

UEH cuenta con registro de las Salas IRA/ ERA de su red para derivación de usuarios con cuadros respiratorios agudos y exacerbaciones, con el fin de dar continuidad de tratamiento, seguimiento y derivación de sospechas de patología respiratoria crónica fundamental para disminuir la poli consulta en este servicio.

**Rendimiento:** Es el número de actividades de un tipo que se deben ejecutar por hora. Esta orientación sugiere para las distintas actividades que se realizan en los programas respiratorios el siguiente rendimiento:

Actividad	Duración	Rendimiento por hora
Ingreso Crónico a Programa	30 minutos	2
Control de Crónico	20 minutos	3
Ingreso y Consulta de paciente agudo	20 minutos	3
Intervención en crisis u hospitalización abreviada	60 minutos	1
Test de Ejercicio	40 minutos	1.5
Visita Domiciliaria	60 minutos	1
Test de Marcha	30 minutos	2
Sesión de Rehabilitación Pulmonar	90 minutos	0.7

---

---

Espirometría	45 minutos	1.3
Educación individual	20 minutos	3
Educación Grupal (Max. 10)	60 minutos	1

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Rehabilitación y educación de pacientes con patologías musculoesqueleticas derivados por médicos del CESFAM de Chépica como de médicos de la red pública de salud, algunas de las patologías a tratar serán artrosis de rodilla y cadera, hernias del núcleo pulposo, lumbagos mecánicos, síndrome de hombro doloroso, síndrome de túnel carpiano operado, etc.
- Visita domiciliaria a paciente postrado derivado por profesional encargado del programa.
- Evaluación de pacientes derivado de SENADIS para evaluación de ayudas técnicas, formulario que será llenado exclusivamente por kinesiólogo o medico fisiatra.
- Evaluación de pacientes para ayudas técnicas para cumplimiento de Garantías Explicitas en Salud

## 20. PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD

### Descripción del programa:

La Estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables contemplan la elaboración y ejecución de planificaciones estratégicas de promoción de la salud en las comunas a tres años. En este Plan, se deben definir objetivos específicos actividades, recursos sectoriales e intersectoriales, tiempo y responsables de cada actividad.

El modelo trienal favorece la eficiencia de los recursos, contribuye a la continuidad de los recursos e intervenciones a nivel local, por lo tanto otorga mayor sostenibilidad a los procesos, reconoce las capacidades de planificación en el territorio con intervenciones estructurales que consideren la creación de entornos que promuevan la salud abordando las determinantes sociales que se manifiestan en los territorios, ayuda a lograr articulación y sintonía con los instrumentos de planificación local, permite realizar evaluaciones de resultado y proceso en la comuna. Permite contar con planes enfocados.

La evidencia científica recomienda que, los bienes y servicios que se planifican y prestan a nivel local ofrezcan mejores oportunidades para comprometerse con las comunidades sobre las cuestiones que afectan a su salud, y la forma de abordarlos.

Los objetivos específicos de la estrategia son:

- 1) Desarrollar en cada comuna un plan estratégico trienal participativo e intersectorial de promoción de la salud, integrado a instrumentos de planificación comunal para el logro de las metas de comuna saludable, en base a un diagnóstico integral de situación de salud y calidad de vida de la población.
- 2) Aplicar un modelo consensuado de acción intersectorial, integrada centrado en resultados, con todos los sectores para mejorar los resultados en salud de las comunidades con enfoque de determinantes sociales y curso de vida.

- 3) Implementar intervenciones para el desarrollo de entornos saludables que contribuyan al desarrollo sustentable y mejoren la calidad de vida de la población.
- 4) Fortalecer capacidades en el sector salud e intersector, y los grupos organizados de la comunidad, respecto de determinantes sociales de la salud, derechos y equidad en salud con énfasis en planificación estratégica participativa.
- 5) Impulsar que el municipio diseñe y ejecute políticas para el abordaje de los determinantes que impactan en la mejora de la salud, calidad de vida y bienestar de la población.
- 6) Fortalecer el modelo de salud integral, familiar y comunitaria, ejecutando estrategias promocionales y preventivas, para mejorar resultados en salud.
- 7) Incrementar la conciencia de salud, desarrollando una estrategia comunicacional con la participación de la comunidad, en la cual se expresen mensajes de salud positivos.
- 8) Desarrollar proceso de supervisión, monitoreo y evaluación, utilizando los instrumentos específicos para ello, con el fin de mejorar la efectividad de la estrategia.

<b>Actividades 2016</b>
<b>(Intervención/bienes o servicios)</b>
Taller de huertos familiares
Implementar puntos de feria
Regulación local para controlar la venta de alimentos "altos en" en los entorno de los establecimientos educacionales
Semana de la lactancia materna
Capacitación en ley 20606, apoyo de infraestructura de kioscos de colegios incluidos en EEPS
Estadística anual de nutrición, de pacientes que no consideren que hacer régimen es más costoso
Planificación de alimentación comunal



Celebración Hitos en relación a la salud
Talleres de salud mental
Estandarización de colaciones
Recuperación de espacios públicos
Espacio recreativo para niños menores de 6 años
Implementación para formar un club deportivo de tenis
Apoyo al sector deporte en actividades programas
Medir horas efectivas
Abogacía y sensibilización para aumentar Horas efectivas de Actividad física
Abogacía a Jardines infantiles
Adquisición de set implementos deportivos
Recreos activos
Existencia de normativa y regulación sobre venta de alimentos (dentro y fuera de EE)

### Objetivos 2016

1.1 Aumentar autocultivo de alimentos
1.2 Aumentar el acceso y disponibilidad a alimentos saludables
1.3 Disminuir la influencia de factores culturales en mala alimentación
1.4 Disminución de puntos de venta de alimentos no saludables en la comuna (frente a EE, plazas , otros)
2.1 Aumento de espacio de actividad física y recreación inclusivos
2.2 Aumentar hora de actividad física efectivas en EE de la comuna

**Planificación de programa comunal de promoción**

<b>Objetivo general del plan comunal de promoción de la salud</b>	Mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna de Chépica, a través de políticas públicas locales que abarquen componentes como alimentación saludable, actividad física y ambientes libre de humo de tabaco, afectividad y sexualidad.
<b>Objetivos específicos</b>	Ejecutar y supervisar el PCPS, haciendo participe a la comunidad y al intersector de la comuna de Chépica.
<b>Intervenciones temáticas en promoción de la salud y entornos.</b>	Se trabajara en tres entornos: comunal, educacional y labora, abarcando los componentes alimentación saludable, ambientes libre del humo de tabaco y actividad física.

**PNAC****(Programa nacional de alimentación complementaria)****Aspectos generales**

Este programa está a cargo de la nutricionista del CESFAM quien lleva registros estadísticos y auditorios de las personas que reciben y no el alimento diario y mensualmente, para ello debe programar la población objetivo e insumos mensuales haciendo pedidos para distribuir. Dentro del programa se incluyen a mujeres gestantes, RN, niños y Adulto mayores.

**Definición**

Es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes y madres que amamantan, así como a la población menor a 25 años con diagnóstico de error innato del metabolismo.

La entrega de productos a los beneficiarios se realiza principalmente a través de establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud (APS) y en aquellos establecimientos extrasistema que cuenten con convenio vigente con el Ministerio de Salud.

**Propósito**

El PNAC cumple con el propósito de mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como de mejorar el estado nutricional de gestantes, madres que amamantan, niños y niñas menores a 6 años y menores a 25 años con diagnóstico de errores innatos del metabolismo.

**Objetivos**

Promover la lactancia materna.

Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.

Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.

Contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles desde las primeras etapas de la vida.

Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.

Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños/as y gestantes.

Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria de salud.

Beneficiarios

Población infantil desde el nacimiento hasta 5 años 11 meses 29 días, independientemente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria, que cumplan con los requisitos establecidos.

Gestantes y madres que amamantan hasta el sexto mes posparto, independientemente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria, que cumplan con los requisitos establecidos en el punto 1.6 de este capítulo.

Para el caso específico de los beneficiarios del subprograma de Errores Innatos del Metabolismo, verificar en el punto 2.4 de este capítulo cuáles son los requisitos para ser considerado como beneficiario.

Requisitos para el retiro de alimentos

Presentar registro de los controles de salud al día según esquema ministerial vigente para el grupo programático al que pertenece el beneficiario.

Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario o el adulto responsable de éste, en caso que sea menor de edad, ha rechazado una o más vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).

Menores hasta 5 años 11 meses 29 días y gestantes extrasistema deberán presentar su Formulario para la entrega de productos del PNAC a Extrasistema (Anexo 1 y Anexo 2), correctamente emitido, completo y firmado por el profesional de salud respectivo. En el caso de que estos beneficiarios presenten malnutrición por déficit, el nutricionista del establecimiento de APS deberá reevaluar el estado nutricional del usuario previo al retiro de alimentos, para confirmar diagnóstico.

Situaciones de excepción

En el caso que un menor a 6 años haya estado hospitalizado, podrá retirar los productos del PNAC que le correspondan según esquema vigente, una vez dado de

alta, presentando la documentación de hospitalización (epicrisis u otro con firma y timbre respectivo).

Para la población en tránsito, la distribución de los productos contemplados en el programa será de acuerdo a lo que dicte el Ministerio de Salud en dicha materia.

Se podrá hacer entrega retroactiva de alimentos sólo cuando el motivo del atraso sea desabastecimiento o falla en la entrega de productos por responsabilidad del Sistema de Salud. Si el periodo de desabastecimiento es prolongado (más allá de 4 semanas) se deberá sustituir por los alimentos más adecuados al grupo etario y fisiológico y de mayor stock, como medida extraordinaria para evitar una mayor dilación en la entrega.

Se autoriza el reemplazo de Purita Cereal y Purita Mamá por Leche Purita Fortificada a menores, gestantes y madres que amamantan, con enfermedad celíaca confirmada por especialista según Guía Clínica MINSAL o que, teniendo diagnóstico de diabetes mellitus, tengan prescripción del equipo de salud de prohibición de consumo de sacarosa.

Podrán existir otras excepciones las que deberán ser resueltas por el Encargado de Programas Alimentarios del Establecimiento de APS, adjuntando antecedentes clínicos, nutricionales y de laboratorio que justifiquen la excepción, los que deberán quedar debidamente respaldados y ser informados al Referente de Programas Alimentarios de la SEREMI de Salud respectiva.

NORMA TÉCNICA DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD

## **2.- Subprogramas**

**PNAC Básico**

**PNAC Refuerzo**

**PNAC Prematuros**

**PNAC Errores Innatos del Metabolismo**

Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Subprograma Básico (**PNAC básico**)

Corresponde al subprograma que beneficia a los niños, gestantes y madres que amamantan, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. En la Tabla se presenta el esquema de distribución de productos de este subprograma.

Alimentos (kg entregados por mes)	Gestante (Normal, sobrepeso u obesa)	Madre con hijo 0 - 5 meses 29 días			Niño/a 6-11 meses 29 días	Niño/a 12-17 meses 29 días	Niño/a 18-23 meses 29 días	Niño/a 24-71 meses 29 días
		Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante o fórmula predominante	Fórmula exclusiva				
Purita Mamá	1	2	1	0	0	0	0	0
Leche Purita Fortificada	0	0	1	2	2	2	0	0
Purita Cereal	0	0	0	0	0	0	2	1*

Programa Nacional de Alimentación Complementaria,

Subprograma Refuerzo (**PNAC Refuerzo**)

Corresponde al subprograma que beneficia a:

- 1) Menores hasta 5 años 11 meses 29 días, con riesgo de desnutrir o desnutridos según norma ministerial vigente y
- 2) Gestantes bajo peso y madres que amamantan que terminaron su gestación bajo peso (Ord. B34/Nº 3607 del 27 de Junio 2008).

El ingreso a este subprograma sólo puede ser realizado por el nutricionista, por lo que esta consulta debe ser realizada en cuanto el paciente es derivado desde su control habitual (enfermera o matrona) y no debe ser postergado para otro momento. Esto con el objetivo de que el beneficio del refuerzo pueda ser recibido de inmediato.

Esquema de distribución PNAC Refuerzo, madre-hijo/a 0 a 5 meses 29 días con LME (kg/mes)

Productos	LME	LMP		FP			FE		
	0-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-4 meses 29 días	5-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-5 meses 29 días	5-5 meses 29 días
Purita Mamã	3	2	2	2	2	2	1	0	0
Leche Purita Fortificada	0	1	2	2	3	3	2	3	3
Mi Sopita	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Esquema de distribución del PNAC Refuerzo, gestantes y menores de 6 a 71 meses (kg/mes)

Productos	Gestante Bajo Peso	Menores entre 6-11 meses	Menores entre 12-17 meses	Menores entre 18-71 meses
Purita Mamã	3	--	--	--
Leche Purita Fortificada	--	3	2	--
Purita Cereal	--	--	--	2
Mi Sopita	--	2	2	2

### Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Subprograma Prematuros Extremos (PNAC Prematuros Extremos)

El PNAC Prematuros Extremos forma parte de un conjunto de actividades de apoyo sanitario y alimentario nutricional de carácter preventivo y curativo, a través del cual se distribuyen fórmulas lácteas acorde a las necesidades especiales de niños con peso de nacimiento menor o igual a 1.500g; o menos de 32 semanas de gestación, hasta que cumplen un año de edad corregida de acuerdo a normativa ministerial vigente.

**Requisitos complementarios para el retiro de alimentos PNAC Prematuros Extremos:**

Además de los requisitos del PNAC contenidos en el punto 1.6, el subprograma Prematuros Extremos considera como requisito obligatorio:

Presentar el Formulario de Retiro PNAC Prematuro (Anexo 3) emitido por el Policlínico de Seguimiento de Prematuros de la red del sistema público de salud.

**Situaciones de excepción** Mientras el niño/a prematuro esté hospitalizado, la madre tendrá derecho a retirar Purita Mamá, de acuerdo a los esquemas de distribución del PNAC Básico y Refuerzo, contenidos en este documento, independiente de la situación de lactancia. Se podrá retirar la fórmula láctea para el prematuro una vez que este sea dado de alta, presentando la documentación de hospitalización.

### **Esquema de distribución**

Los establecimientos de Atención Primaria están facultados para entregar exclusivamente lo descrito en los esquemas de distribución detallados a continuación (Tabla 5 y Tabla 6). Entre los 12 y 23 meses de edad corregida se entregará Leche Purita Fortificada en cantidades de acuerdo al Subprograma al que pertenece. Posterior a los 2 años de edad corregida se continúa con el esquema de distribución de cada Subprograma (Básico o Refuerzo).

Si el beneficiario presenta desnutrición o riesgo de desnutrir, en el marco del PNAC Refuerzo podrá retirar, en forma complementaria a la fórmula láctea, el producto Mi Sopita desde los 5 meses de edad gestacional corregida y hasta recuperar el estado nutricional normal, de acuerdo a esquema de distribución de PNAC Refuerzo.



Cabe destacar que, siendo la madre que amamanta un beneficiario en sí mismo, mantiene el derecho a retirar Purita Mamá de acuerdo a los programas PNAC Básico y Refuerzo al que pertenezca.

Esquema de distribución PNAC Prematuros Extremos de 0 a 11 meses 29 días de edad gestacional corregida

Edad gestacional corregida	PN* 1000g - 1500g o < 32 semanas	PN* <1000g o entre 1000g - 1500g con DPB**
Alta hospital - 5 meses 29 días	Fórmula prematuros	Fórmula prematuros
6 meses - 11 meses 29 días	Fórmula de continuación	Fórmula prematuros

\* PN: Peso de Nacimiento

\*\* DPB: Displasia Broncopulmonar

Esquema de distribución mensual del PNAC Prematuros Extremos, según condición de lactancia y edad gestacional corregida

Condición de Lactancia	Alta - 39 semanas +6 días	40 semanas - 5 meses 29 días	6 - 11 meses 29 días con DPB** o PN* <1000g	6 meses a 11 meses 29 días sin DPB** y PN* 1000g - 1500g
Lactancia Materna Exclusiva	--	--	--	--
Lactancia Materna Predominante	1,5 kg F. Prematuros	2 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación
Fórmula Predominante	3 kg F. Prematuros	4 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación
Fórmula Exclusiva	3 kg F. Prematuros	4 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación

\* PN: Peso de Nacimiento

\*\* DPB: Displasia Broncopulmonar

Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Subprograma Errores Innatos del Metabolismo (PNAC Errores Innatos del Metabolismo)

El PNAC Errores Innatos del Metabolismo proporciona soporte nutricional de carácter preventivo y curativo, a través de la entrega de fórmulas especiales, a todos los niños, adolescentes y adultos hasta los 24 años 11 meses y 29 días de edad,

además de las gestantes y las madres que amamantan, independientemente de la situación previsional de estos y que tengan alguno de los siguientes diagnósticos:

- Fenilcetonuria (PKU)
- Enfermedad orina olor a jarabe de arce
- Acidemia propiónica
- Acidemia metilmalónica
- Acidemia isovalérica
- Citrulinemia tipo 1

Además, a partir del segundo semestre de 2016 se incorporan las siguientes patologías:

- Aciduria glutárica tipo 1
- Defectos de la betaoxidación
- Homocistinuria
- Tirosinemia tipo 1

### **Propósito**

Proteger la salud de niños, adolescentes, adultos jóvenes y gestantes con alguno de los errores innatos del metabolismo detallados en el punto precedente.

### **Beneficiarios**

Población infantil, adolescente y adulta hasta los 24 años 11 meses y 29 días de edad, con diagnóstico de algún error innato del metabolismo de los detallados en el punto.

Mujeres, independiente de su edad, con diagnóstico de algún error innato del metabolismo de los detallado, en etapa preconcepcional (idealmente 2 meses antes del inicio de la gestación), durante toda la gestación y mientras amamantan hasta los 11 meses 29 días de edad cronológica de su hijo/a.

**Requisitos para el retiro de alimentos**

Tener diagnóstico de algún error innato del metabolismo de los detallados, certificado por especialista.

Cumplir con los controles con especialista y otras acciones de salud establecidas para su patología.

La fórmula correspondiente a cada patología será entregada, idealmente, en un establecimiento de la red del sistema público de salud, previa presentación del carné donde consten los controles de salud por especialista (CEDINTA u otro), además del formulario correspondiente.

El Centro de Diagnóstico del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (CEDINTA) es un centro que controla pacientes con errores innatos del metabolismo. Para todos los efectos, cualquier establecimiento o unidad que participe en la distribución de los productos que componen el PNAC Errores Innatos del Metabolismo, se debe regir por las disposiciones establecidas en esta norma técnica, el Reglamento Sanitario de los Alimentos y cualquiera otra relativas a este tema, que emane de la autoridad.

**Perfil de los productos**

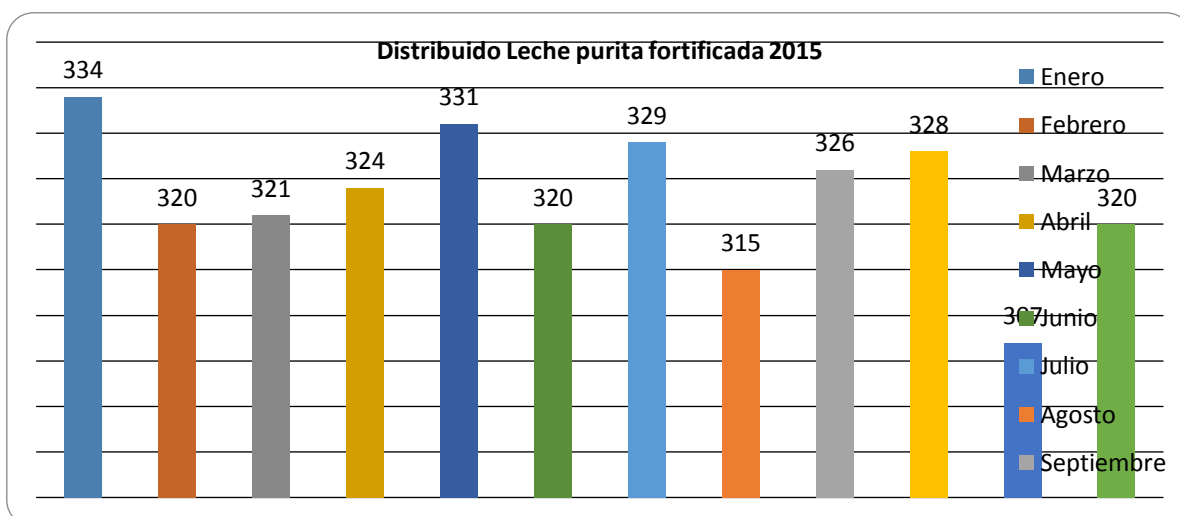
El PNAC Errores Innatos del Metabolismo, entrega a sus beneficiarios productos libres de los aminoácidos comprometidos en la vía metabólica alterada, fortificado con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales

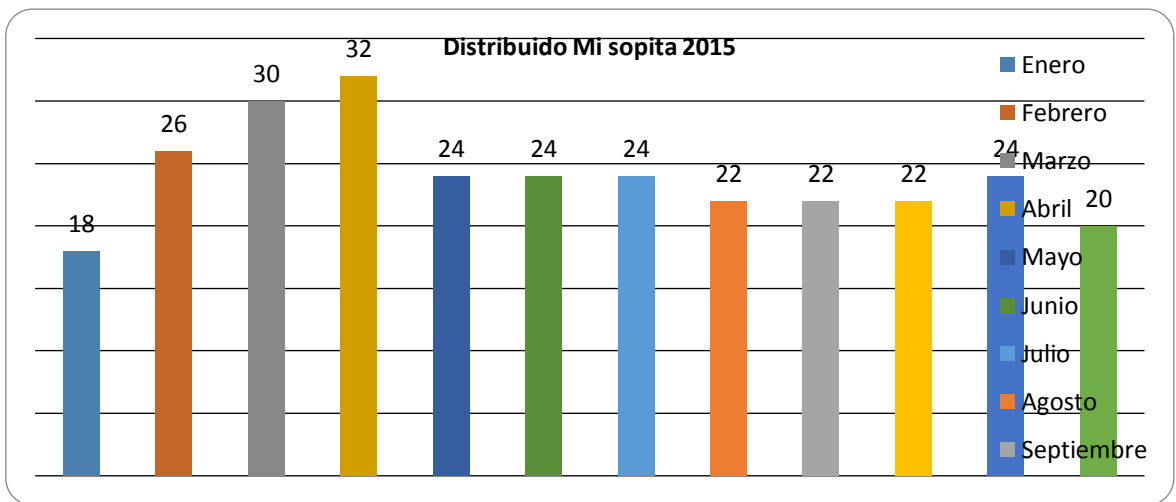
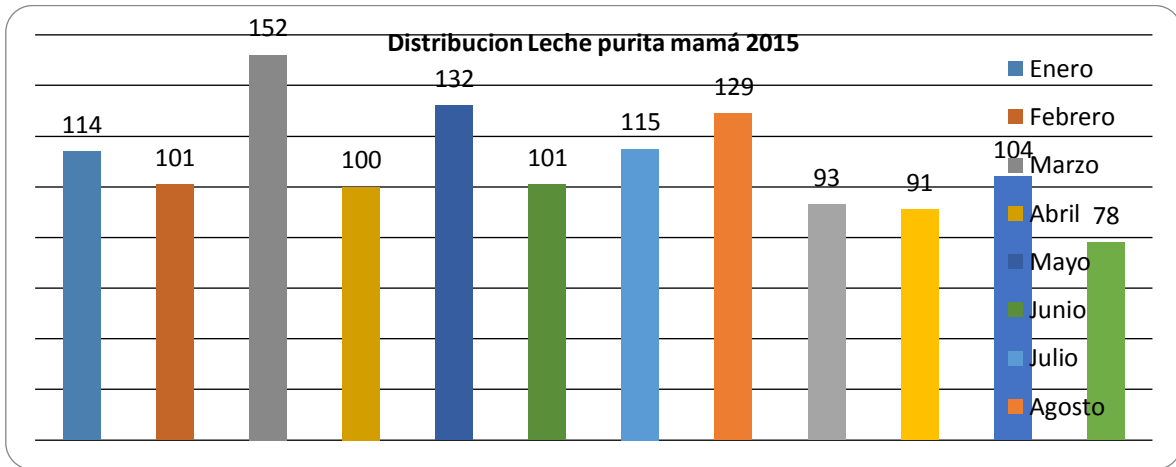
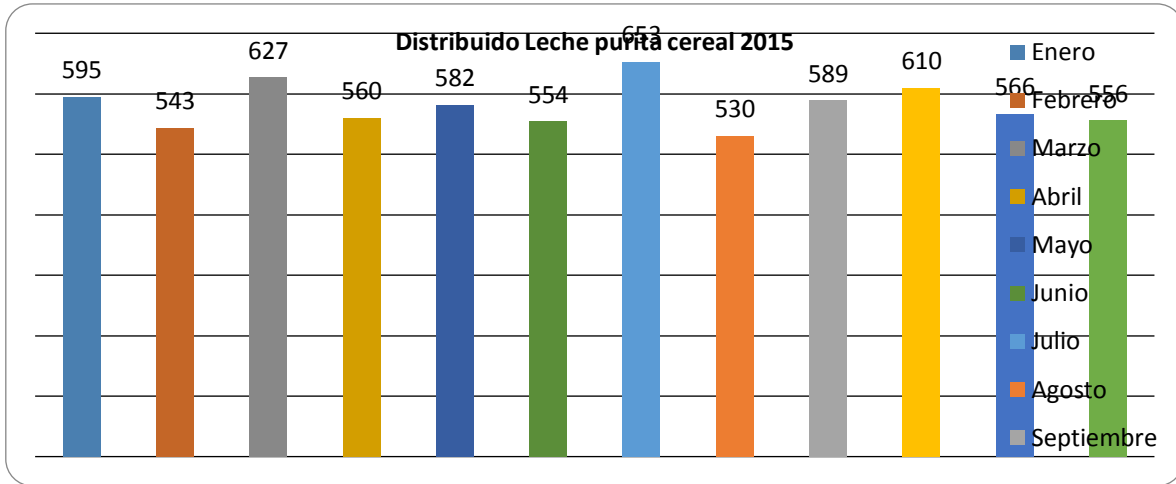
Los beneficiarios de este programa quedan excluidos de los otros programas alimentarios (PNAC Básico y Refuerzo).

Cabe destacar que, siendo la madre que amamanta un beneficiario en sí mismo, mantiene el derecho a retirar Purita Mamá de acuerdo a los programas PNAC Básico y Refuerzo al que pertenezca.

PLANILLA DE COSTO ANUAL PNAC		
Producto	kilos anual	Valor anual
Crema años dorados	7417	8.728.632
Bebida lactea	7417	18.888.552
Leche Purita Fortificada	3875	13.601.250
Leche Purita Cereal	6965	20.637.295
Mi Sopita	288	1.069.056
Leche Purita Mama	1310	4.660.980
<b>COSTO TOTAL ANUAL</b>		<b>67.585.765</b>

### Detalle de Distribución de todos los productos del PNAC 2015





## **Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM)**

### **Definición**

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. A su vez, es un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y síquica. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de protección de la salud, más allá del ámbito estrictamente nutricional.

### **Propósito**

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

### **Objetivos**

- Entregar un complemento alimentario especialmente diseñado para el adulto mayor acorde a sus necesidades.
- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Contribuir con la detección y control de los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del Programa de Salud del Adulto Mayor en establecimientos de APS.

- Promover en los establecimiento de APS una modalidad de trabajo integral con relación al adulto mayor, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

### **Beneficiarios**

Beneficiarios de FONASA (Ley N°18.469) o que, siendo beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, PRAIS, pertenezcan a ISAPRE; de acuerdo a los siguientes grupos:

- De 70 años y más.
- Entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- Entre 60 y 69 años, que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.

Entre 65 y 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario (Ley N°19.949, artículo 1) o Seguridades y Oportunidades -Ingreso Ético Familiar (Ley N°20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).

- Entre 65 y 69 años que, de acuerdo al Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), estén clasificados como Autovalentes con Riesgo, Riesgo de Dependencia o Dependientes.

Una vez ingresados al PACAM, no existe condición de egreso del mismo, independientemente del criterio de ingreso.

**Requisitos para el retiro de alimentos**

- Estar inscrito en un establecimiento de APS.
- Tener control de salud al día (según lo establecido en Programa de Salud del Adulto Mayor vigente, del Ministerio de Salud).
- Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario ha rechazado alguna o todas sus vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).

**Situaciones de Excepciones**

- Se autoriza que los beneficiarios de Subsistema Chile Solidario o Seguridades y Oportunidades -Ingreso Ético Familiar, pertenecientes a Isapre o a los sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas y de Orden, accedan a los beneficios considerados en el PACAM.

Para la población en tránsito, la distribución de los productos contemplados en el programa será de acuerdo a lo que dicte el Ministerio de Salud en dicha materia.

- Se hará entrega retroactiva de alimentos sólo cuando el motivo de atraso en la entrega sea por desabastecimiento o falla en la entrega de productos por responsabilidad del Sistema de Salud.
- Podrán existir otras excepciones las que deberán ser resueltas por Encargado de Programas Alimentarios del Establecimiento de APS, adjuntando antecedentes clínicos, nutricionales y de laboratorio que justifiquen la excepción, las que deberán quedar debidamente respaldadas y ser aprobadas por el Referente de Programas Alimentarios de la SEREMI de Salud respectiva.

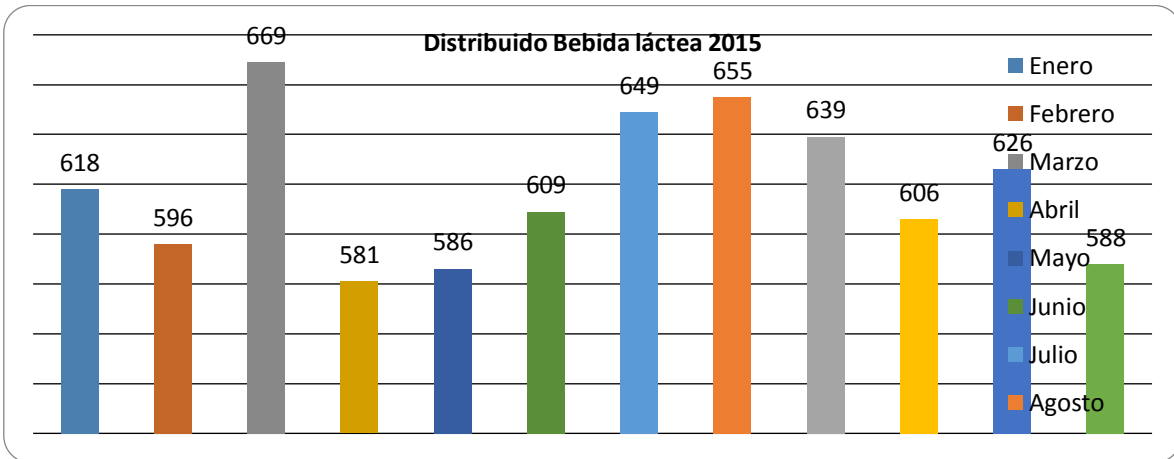
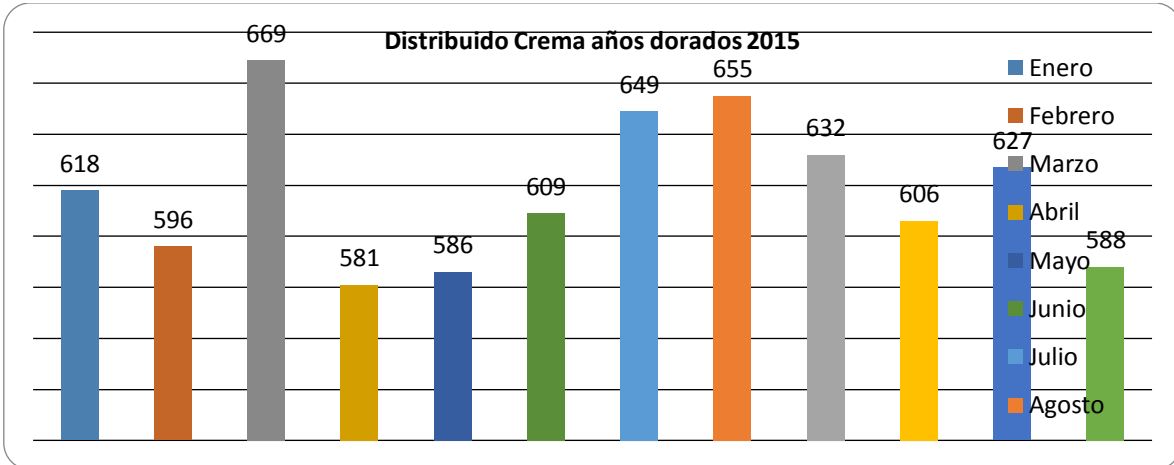
**Esquema de distribución**

Los productos del PACAM se distribuyen en forma mensual, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos.



**Esquema de distribución mensual PACAM (kg/mes)**

Producto	Cantidad mensual (kg)
Crema Años Dorados	1
Bebida Láctea Años Dorados	1



**Indicador para el cálculo de tiempo protegido para el nutricionista encargado de PNAC Y PACAM.**

POBLACIÓN INSCRITA EN EL ESTABLECIMIENTO	TIEMPO DIARIO ASIGNADO A LA SUPERVISIÓN
≤ 20.000	1 hora
20.000 a 35.000	1 ½ hora
≥ 35.000	2 horas

### Índice de actividad en A.P.S

**Meta n° 6:** cobertura de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida.

Meta nacional 2015: incrementar en al menos dos puntos porcentuales el porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.

### Acuerdo 2016 Cesfam de Chépica:

Compromiso 2016	Numerador 2016	Denominador 2016
74%	89	120

### Clínica de lactancia Cesfam Chépica

La clínica de lactancia es una atención otorgada en Establecimientos del Nivel Primario al binomio madre-niño(a) con el objetivo de mantener, inducir o recuperar la lactancia materna. Esta consulta de lactancia puede ser espontánea o derivada por algún miembro del equipo de salud desde control de puerperio, control de salud del RN o lactante, morbilidad de la madre y/o del niño.

**Indicadores de estado nutricional**

Indicador	Comuna	Región	País
Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está en riesgo de desnutrición o desnutrido.	0.8	3.0	2.7
Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está con sobrepeso.	28.7	22.7	23.2
Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está en condición de obesidad	11.9	9.7	9.8
Porcentaje de adultos mayores en control, que está con bajo peso.	11.8	9.7	9.7
Porcentaje de adultos mayores en control, que está con sobrepeso.	26.2	29.9	29.3
Porcentaje de adultos mayores en control, que está con condición de obesidad.	18.2	22.6	22.5

*Origen:* reporte comunal.

## 18. PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que es factible de abordar a través de distintas estrategias que son complementarias y que permiten ampliar oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria

- Programa de Especialistas en terreno
- Telemedicina

El Programa de Resolutividad corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí sola dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias al aumento de oferta para prestaciones de salud. El desarrollo de este Programa ha impactado positivamente tanto en el equipo de salud local como en los usuarios, favoreciendo la relación de médicos de atención primaria con los médicos especialistas y disminuyendo en muchos casos tiempos de espera. Lo anterior ha generado un incremento de la demanda oculta lo que claramente justifica la mantención e idealmente futura expansión de los componentes de este Programa. Es importante para el Trabajo en Red, considerar que los profesionales que participen del Programa pertenezcan en lo posible a la Red local y que se integren con los equipos de salud locales en un trabajo conjunto, sistemático y permanente, entendiendo que el usuario no pertenece a uno de los componentes de la Red, sino que por el contrario, es parte de la misma y debe desplazarse dentro de ella fluidamente y con procesos que aseguren la continuidad de atención, única forma de asegurar un trabajo eficiente, con optimización de recursos y con un estándar de calidad que logre impacto sanitario y satisfacción en el usuario.

**OBJETIVO:**

Mejorar la capacidad resolutiva del Cesfam Chépica, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral

**COMPONENTES:**

**Oftalmología:** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (Chalazión, Pterigión) y Atención Integral del paciente con

Diabetes. Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

**Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia (personas hasta 64 años), Síndrome Vertiginoso y Otitis Aguda (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite

**Gastroenterología:** Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y Más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico. (Guía clínica cáncer gástrico, MINSAL)

**Dermatología:** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a tratar farmacológicamente a pacientes con patología dermatológica, evaluada a través de la estrategia de Teledermatología, (no existe límite de edad establecido), logrando que el médico de Atención Primaria entregue fármacos efectivos, seguros y resolutivos, de acuerdo a las orientaciones entregadas por el Dermatólogo, generando un impacto real en el usuario.

En el Programa de Resolutividad año 2016 fueron aprobados la suma de **\$17.337.501 (Diecisiete Millones Trescientos Treinta y Siete Mil Quinientos Un Pesos)**, los que se distribuyen de la siguiente forma:

COMPONENTE	VALOR	CANTIDAD
LENTES OPTICOS	\$ 2.120.000	515
CONSULTAS OFTALMOLOGICAS	\$ 9.519.588	570
FONDO DE OJO	\$ 1.750.000	350
OTORRINO	\$ 1.925.454	20
GASTROENTEROLOGIA	\$ 833.208	13



Estas prestaciones vienen a beneficiar a 1.468 usuarios que ven solucionado su problema de salud en cuanto al tiempo que llevan esperando por una atención de estas especialidades y que además se realizan dentro del Cesfam evitando el desplazamiento de los pacientes fuera de la comuna.

En oftalmología se realiza además de la consulta oftalmológica el fondo de ojo que es un examen anual que se realiza a los pacientes diabéticos con el fin de prevenir una de las secuelas de esta enfermedad, la retinopatía diabética que puede llevar a la ceguera si no se detecta a tiempo.

Una vez que son atendidos por el oftalmólogo también está incluida la entrega de lentes que puede ser uno o dos pares según corresponda

En gastroenterología se realizan endoscopias y el test de ureasa que se utiliza para detectar ulcera gástrica y duodenal además del cáncer gástrico que es una de las patologías que ha ido en aumento en los últimos años.

En la parte de otorrino se realiza la consulta del especialista, audiometría y entrega de audífonos.



## 20. PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que son factibles de abordar a través de distintas estrategias complementarias tales como: Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos, capacitación gestionada o trabajo conjunto entre médicos especialistas y médicos de Atención Primaria, operativos en salud, telemedicina, programas específicos, compra de servicios entre otras. El Programa de “Imágenes

Diagnósticas en Atención Primaria” corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí solo dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población. Dado que en el diseño de un proceso clínico asistencia!, existen una serie de variables que influyen en la correcta implementación de éste. Toda confirmación diagnóstica de una determinada patología requerirá complementarse con exámenes y procedimientos que forman parte de los procesos de soporte. Eventualmente uno de los problemas que ha constituido nodo crítico para la continuidad de atención del usuario y de la resolución oportuna de su problema de salud, tiene relación con la disponibilidad de procedimientos de Imagenología en atención primaria. Por lo anterior el Programa de “Imágenes diagnosticas en Atención Primaria”, se orienta a fortalecer los procesos de soporte para mejorar la oportunidad del proceso diagnóstico en:

- **Cáncer de Mama:** En Chile el cáncer de mama ocupa desde el año 2009 el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las mujeres. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar, luego de cáncer de cuello uterino.

Este componente incorpora examen de Mamografía y Ecotomografía mamaria orientados a mujeres entre 50 a 69 años, presumiblemente sanas como método de screening de cáncer de mama y como apoyo en la confirmación diagnóstica en aquellos casos de Probable Patología Mamaria (PPM). Los exámenes están orientados a las mujeres de 50 a 59 años, especialmente en mujeres sin mamografía en los últimos 3 años según garantizado en el Examen de Medicina Preventiva, y en otras edades con factores de riesgo (hasta el 30% del total de las Mamoqrafías)

- **Displasia luxante de caderas (DLC),** que corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Es una de las enfermedades ortopédicas más comunes afectando a un 0.1 a 3 % de la población. Su incidencia varía, según presencia o ausencia de factores de



riesgo, entre 1,5 a 20,7 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque en la mayoría de los casos no se identifican factores de riesgo, la presencia de uno o más de ellos, aumenta significativamente la probabilidad de presentarla, pudiendo llegar hasta un 12% en recién nacidos de sexo femenino con antecedente de presentación podálica

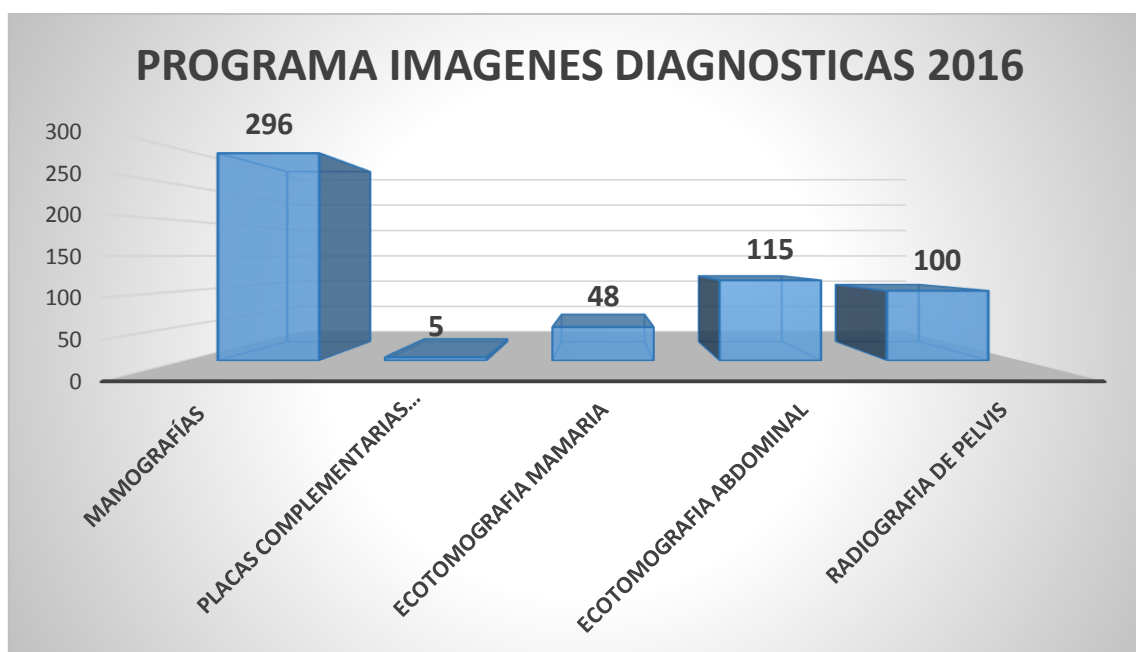
Este componente incorpora Radiografía de cadera en niños y niñas de 3 meses, (solicitada en control de los 2 meses), orientada a apoyar la confirmación diagnóstica de patología de displasia de desarrollo de caderas

- **Patología biliar y cáncer de vesícula**, Chile posee las tasas de incidencia y mortalidad más altas por cáncer de vesícula en el mundo. En Chile es;
  - 1) Cáncer digestivo de diagnóstico tardío.
  - 2) Mal pronóstico en etapas avanzadas, elevada mortalidad.
  - 3) Cáncer resistente a radio y quimioterapia.
  - 4) Peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares.
  - 5) Ausencia de marcadores diagnósticos en etapas iniciales.

Este componente incorpora examen de Ecotomografía abdominal, orientado a la pesquisa de patología biliar y cáncer de vesícula en pacientes de 35 y más años. La prescripción y la calidad técnica de esta prestación están definidas en el Protocolo de Cáncer de vesícula. De acuerdo a los requerimientos locales se podrá realizar la prestación a otros grupos etéreos que posean factores de riesgo asociados. Así mismo esta prestación puede apoyar la detección de otras patologías.

Para el Programa de “Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria en 2016 se destinaron \$7.795.000 para el desarrollo de las actividades y prestaciones programadas para nuestros pacientes, dentro de las cuales se incluyen las siguientes:

EXAMEN	CANTIDAD	VALOR
Mamografías	296	<b>4.590.000</b>
Placas Complementarias BIRADS 0	5	<b>25.000</b>
Ecotomografía Mamaria	48	<b>680.000</b>
Ecotomografía Abdominal	115	<b>1.900.000</b>
Radiografía de Pelvis	100	<b>600.000</b>



## 21. LABORATORIO CLINICO

### **Aspectos Generales:**

El Laboratorio Clínico del Consultorio Chépica, funciona en un espacio de aproximadamente 40mt<sup>2</sup> en el cual se distribuyen las áreas de Bioanálisis Clínico, Química de Orina, Hematología, Inmunología y un área especial para Microbiología;

que en el caso de este laboratorio se ocupa para baciloscopias, y exámenes parasitológicos.

**Recursos Humanos:**

Laboratorio Clínico del Consultorio Chépica cuenta actualmente con tres funcionarios:

Dos (2) Tecnólogos médicos jornada completa (44 horas semanales)

Un (1) Auxiliar Paramédico jornada completa (44 horas semanales)

El laboratorio cuenta con una sala de toma de muestras que funciona en condiciones normales desde las 8.30 horas hasta las 10.30 horas., sin embargo su funcionalidad es prácticamente todo el día, puesto que sin estar normado, funciona como **laboratorio de urgencia** lo que es de relevancia al decidir el traslado de un paciente atendido por urgencia o la oportuna aplicación de medicamentos en pacientes de gravedad.

**Equipamiento:**

Actualmente el Laboratorio cuenta con modernos equipos:

QUIMICA CLINICA :

**CT 600I** : Analizador de Química Clínica

**HUMANEX A1C** : Analizador de Hemoglobina Glicosilada

**EASY LITE PLUS** : Analizador de electrolitos plasmáticos en suero, sangre y orina.

HEMATOLOGIA :

**SYSMEX XS-1000** : Analizador para 16 parámetros hematológicos y un rendimiento de 16 muestras por hora

**HUMACLOT JUNIOR**: Coagulómetro de un canal

**VITAL** : Lector de VHS capacidad 5 tubos

OPTICA :

**MICROSCOPIO OLYMPUS CX31:** que nos permite desarrollar todos los informes de microscopía en orina, parasitología, baciloscopías y bacteriología

OTROS EQUIPOS:

Centrifuga Digital MPW 251 capacidad 48 tubos

Estufa de Cultivo, 4 Computadores e impresora

Impresora Térmica para código de barras

SOFTWARE:

**SYSLAB** : Software de laboratorio que gestiona la agenda, los resultados y las derivaciones de la muestras de pacientes haciendo más eficiente y oportuna la entrega de información tanto hacia nuestros pacientes como para nuestro equipo de trabajo.

**Horas de Exámenes y Entrega de Resultados:**

El Laboratorio cuenta con un registro diario de horas para exámenes agendados en función del requerimiento del paciente, ya sea para efectuarse los controles según patología, para preoperatorios o pacientes con interconsulta a otro establecimiento del servicio, por nombrar algunos.

La llegada de éstos equipos ha significado para los pacientes mas rapidez en la entrega de resultados, tiempos de espera que no van mas allá de las 24 horas, exámenes de urgencia en 30 minutos y una mayor cobertura en las prestaciones que se traduce en que prácticamente el total de test requeridos serán realizados en

el consultorio, evitando de esta forma las derivaciones al hospital de Santa Cruz y demoras innecesarias.

### **Laboratorio dentro del Servicio de Salud:**

El Laboratorio de Chépica está en la lista de Laboratorios Rurales de la región y eso nos obliga a realizar un listado establecido de exámenes que llamamos **Canasta Básica de Exámenes.**

Bajo esta perspectiva el Laboratorio de Chépica está posicionado por sobre la exigencia del Servicio de Salud como Laboratorio Rural, aproximándose más a un Laboratorio Urbano, pudiendo responder así ante una exigente demanda con más prestaciones para los usuarios sin costo adicional y en absoluto beneficio de una rápida y eficiente atención.

Hasta el mes de Agosto de 2016 el laboratorio ha realizado 19.500 exámenes y proyectado a Diciembre se realizarán alrededor de 26.000 exámenes lo que da un indicador de 1.77 exámenes por paciente que consulta por morbilidad, que está por encima de los indicadores exigibles por la Dirección de Servicio de Salud que van de 0.7 a 1.1.

<b>Sección</b>	<b>Exámenes</b>	<b>Cons Rural</b>	<b>Cons Urbano</b>	<b>Cons Chépica</b>
<b>Microbiología</b>	Cultivo Corriente	Exámen Directo	Cultivo Corriente	Cultivo Corriente
	Cultivo de Koch	Gonococo, toma muestra		

	Exámen Directo en fresco	RPR	Exámen Directo	Exámen Directo
	Gonococo		Gonococo, toma muestra	Gonococo, toma muestra
	RPR, VDRL		RPR	RPR
	Tinción de Gram	toma muestra y derivación	Tinción de Gram	Tinción de Gram
	Urocultivo	Baciloscopía	Urocultivo	Urocultivo
	VIH		toma muestra y derivación	toma muestra y derivación
	Baciloscopía		Baciloscopía	Baciloscopía
<b>Parasitología</b>	Coproparasitologico	Coproparasitologico	Coproparasitologico	Coproparasitologico
	Test de Graham	Test de Graham	Test de Graham	Test de Graham
	Acarotest			Acarotest
	Gusanos Macroscópicos		Gusanos Macroscópicos	Gusanos Macroscópicos
	Trichomonas Vaginalis			Trichomonas Vaginalis
<b>Química</b>	Creatinina		Creatinina	Creatinina
	Cuerpos ce tónicos			Cuerpos ce tónicos
	HCG Test de embarazo	HCG Test de embarazo	HCG Test de embarazo	HCG Test de embarazo
	Glucosa	Glucosa	Glucosa	Glucosa
	Urea		Urea	Urea
	Orina Completa	Orina Completa	Orina Completa	Orina Completa
	<b>Orina</b>	Orina sedimento	Orina sedimento	Orina sedimento

	Proteinuria, 24 horas		Proteinuria, 24 hrs.	Proteinuria, 24 hrs.
	Proteinuria cualitativa	Proteinuria cualitativa	Proteinuria cualitativa	Proteinuria cualitativa
<b>Deposiciones</b>	Hemorragia oculta		Hemorragia oculta	Hemorragia oculta
	Leucocitos fecales		Leucocitos fecales	Leucocitos fecales
	Ph		Ph	Ph
<b>Hematología</b>	Grupo y Rh		Grupo y Rh	Grupo y Rh
	Hematocrito	Hematocrito	Hematocrito	Hematocrito
	Hemoglobina	Hemoglobina	Hemoglobina	Hemoglobina
	Hemograma	Hemograma	Hemograma	Hemograma
	Rcto Leucocitos		Rcto Leucocitos	Rcto Leucocitos

**Control de Calidad:**

El Laboratorio está suscrito al programa de control de calidad externo dependiente del Instituto de Salud Pública PEEC, el cual mediante evaluaciones trimestrales y otras semestrales certifica la calidad de todas las áreas del laboratorio emitiendo un informe que llega a la dirección de cada establecimiento.

Además se lleva un registro diario de control de calidad de todos los equipos y reactivos que se ocupan, lo que asegura la calidad y certeza de los resultados entregados.

## 21. PLAN DE CAPACITACION

Actividades de Capacitacion	Objetivos Educativos	Nº DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						Nº de Horas Pedagógicas	
		CATEGORIA							
		A	B	C	D	E	F		TOTAL
1. Fortalecer el modelo de atención en salud junto con los valores y principios que lo sustentan	Determinantes en salud: Determinantes sociales en salud, Estilos de Vida Saludable, Epidemiología, Metodología de Investigación en Salud, Salud y trabajo Comunitario	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Salud Mental: Intervención en Crisis, Test de Rorschach, Profundización en Psicología Clínica, Psicología Clínica, Psicología en atención Odontológico Pediátrico, Trastornos Alimenticios, Manejo Integral del Adolescente	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Pasantías Nacionales e Internacionales, Pasantías Hospitalarias	10	13	28	4	11	9	75	44 y mas
	Programa Odontológico: Ortodoncia Interceptiva, Manejo Odontológico de pacientes con alteraciones sistémicas, Odontología y Farmacología,	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Modelo de salud familiar y comunitario: Consejerías, Prevención y Promoción en Salud, Consejerías , Visita Domiciliaria, Diplomado en Salud Familiar, Becas de Formación en Salud Familiar, Magister de Salud Familiar, Fortalecer la comunicación y vínculo entre el intra, extra sector y comunidad.	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
2. Consolidar el modelo de gestión en red	Diplomado en Salud Familiar para profesionales categorías A y B	10	13	28	4	11	9	75	120y más



local, regional y supraregional, (Macro y Microredes)	Programa de la Mujer: Salud Sexual y Reproductiva, Anticoncepción, Climaterio, Patología Mamaria, Patologías Obstétricas y Ginecológicas, Ecografía Primer y Segundo Trimestre,	10	13	28	4	11	9	75	8 y más	
	Atención domiciliaria a Usuarios Dismoviles y o Adultos Mayores: Programa de atención domiciliaria a paciente dismoviles, Manejo Integral del Paciente Geriatrico, Atención a pacientes con Necesidades Especiales		2	6					8	8 y más
	Programa Chile Crece Contigo, Promoción y fomento Lactancia Materna, Desarrollo Psicomotor, Nadie es perfecto.		6						6	8 y más
	Herramientas de negociación con el intra y extra sector, a los equipos de salud familiar en el eje comunitario, Curso básico de Sistema de funcionamiento sanitario chileno, Referencia y Contrareferencia GES, Actualización Cardiovascular	10	13	6					29	8 y más
3.- Fortalecer el Sistema de garantías Explícitas en Salud	GES: Urgencias en Odontología, Promoción hacia la comunidad sobre uso y acceso a garantías explícitas en salud , Herramientas técnicas sobre uso de protocolos GES, Actualización en ITS, VIH y SIDA, Actualización IRA - ERA, Tabaquismo, Alcohol y Drogas	10	13	28	4				55	8 y más
	RCP	10	13	28	4	11	9		75	8 y más
	Manejo de Heridas y Quemaduras, Heridas y manejo de parches, Manejo avanzado de Heridas y úlceras, actulaización en Podología			6					6	8 y más

	Programas de Actualización: Actualización en Laboratorio, Actualización en atención de Urgencias, Actualización en Guías Clínicas, Actualización en Farmacia,, Esterilización, Desinfección y Bioseguridad	5	13	10				28	8 y más
	PNI		2	4				6	8 y más
	Diplomado en Urgencia APS Municipal	5	1					6	120 y más
4. Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario	Trabajo en Equipo, Manejo de Stress Laboral, Autocuidado, Risoterapia, Comunicación Efectiva	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Calidad de Servicio, Manejo del trato al usuario, Mediación y Manejo de Conflicto Usuario Externo e Interno, , Actualización para Administrativos y Secretarias	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Trato Usuario categorías C, D ,E Y F			28	4	11	9	52	8 y más
	Formación de calidad: Curso básico de calidad, Diplomado de Calidad, Calidad en Laboratorio Clínico,	10	13					23	44 y más
	Diplomado de Calidad para profesionales categorías A y B	10	13					23	120 y más
	Acreditación de Centros de Salud Familiar y herramientas para llevar a cabo el proceso, Herramientas para la standarización de procesos y protocolos APS, Derechos y Deberes de los usuarios Ley 20.584 y sus reglamentos,	10	13					23	8 y más
5. Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria	Manejo Seguro de Autoclave, Protección Radiológica			10	2			12	8 y más
	Desarrollo de Plan de Clima Laboral dentro de los equipos de salud y sus instituciones, Fortalecer competencias en los equipos de Recursos Humanos, Liderazgo organizacional,	10	13	28	4	11	9	75	8 y más

	Prevención de Riesgos: Bioseguridad, Ergonomía en oficinas, posturas ergonomicas adecuadas, pausas saludables, autocuidado , Metodos de trabajo seguro, Derecho a saber de acuerdo al decreto supremo 40 sobre prevención de riesgos profesionales y procedimiento en ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
6. Incorporar tecnologías de información y comunicaciones( TICS)	Gestión de la comunicación e información, Curso Básico, Intermedio y Avanzado en Excell	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Plataforma gestión administrativa Fonendo	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera	Gestión financiera, presupuestaria y contable en focada a equipos de salud APS, Actualización en remuneraciones y gestión Gubernamental, Gestor público, Gestor de Finanzas		4					4	8 y más
	Gestión administrativa enfocada a equipos de salud APS, Desarrollo de competencias y habilidades para la gestión financiera, administrativa y física de los equipos de APS, Actualización en procedimientos administrativos		4					4	8 y más
	Actualización para choferes: Mecánica automotriz nivel medio y avanzado, Curso actualización choferes ACHOSA, Actualización en conducción y procedimientos para choferes APS, Manejo y transporte Toma de Muestra						6	6	8 y más

	Actualización en técnicas y procedimientos APS, Manejo Control de Bodega, Actualización en Mercado público y Chile Compra, Manejo de residuos, Actualización Ley 20.285 de transparencia			5				5	8 y más
8. Mejorar la gestión y desarrollo de las personas	Curso Marco Jurídico en Atención Primaria en Salud		2					2	8 y más
	Modelo de salud familiar para funcionarios Técnicos de Nivel Superior, Técnicos Paramédicos, administrativos , auxiliares y choferes.			28	4	11	9	52	8 y más
9. Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc	Prevención y protección contra incendios( uso de extintores), Emergencias y Catástrofes orientados a brigadas de emergencias de cada CESFAM	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	Primeros Auxilios, Capacitación para Comités Paritarios ( orientación en prevención de riesgos)	10	13	28	4	11	9	75	8 y más
	SIAD APS uvirtual	10	13	28	4	11	9	75	8 y más

## 22. PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La Participación de la ciudadanía, en el modelo de salud familiar es una estrategia que permite un trabajo conjunto y consensuado entre la comunidad organizada y el equipo de salud para lograr mejorar la salud y el pleno bienestar de la población. La participación ciudadana está avalada por varios cuerpos legales: Norma general de participación ciudadana en la gestión pública, aprobada en enero de 2015, Ley 20500 sobre Participación Ciudadana Ley 20285 sobre acceso a la información y la norma general de participación en salud resolución N° 31 2015.

La participación de la comunidad en salud se realiza a través de la participación de dirigentes sociales que representan organizaciones territoriales y o funcionales con personalidad jurídica vigente, en una organización social denominada Consejo de Desarrollo local de Salud .En nuestra comuna existe este Consejo y está compuesto por: Presidente: Jaime Palomo Paredes representante de Junta de Vecinos de sector rural La Mina. Secretario; Luis Muñoz Duarte Presidente Junta de Vecinos de El Almendral. Directores; Ana Plaza Marín, presidenta Junta de Vecinos de La Calera. Isabel Oteiza Adasme Junta de Vecinos Villa Centro.

Dicha organización cuenta con personalidad jurídica desde el año 2015.Los dirigentes del Consejo a su solicitud cuenta con identificación lo que les permite identificarse tanto dentro como fuera del CESFAM.

Las funciones específicas del Consejo son:

- Aportar a la elaboración del Plan Institucional del CESFAM, contribuir al diagnóstico de situación de salud, planificación y evaluación de las acciones desarrolladas por el establecimiento.
- Promover iniciativas y propuestas de solución de la comunidad, respecto a problemas asociados a la salud local.
- Informar a la comunidad sobre la gestión del establecimiento
- Recoger información sobre grado de satisfacción de los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento y calidad de atención en salud
- Contribuir a ejercer un control social del sistema público de salud.

Principales problemas que se han presentado en el trabajo comunitario..

Al no existir la posibilidad de contar con 22 horas exclusivas de profesional Asistente Social para dedicarlas a esta labor que es lo que propone el Ministerio de Salud, en el modelo de atención familiar , mayores se hace difícil realizar acciones tendientes a estimular la participación de la comunidad. y aumentar así la cantidad de dirigentes sociales que participan activamente en el Consejo local de desarrollo ,lo que se manifiesta en baja asistencia a reuniones y por ende las acciones y

actividades propuestas terminan ejecutándolas las mismas personas .En general a nivel local la participación es escasa, y ello se debe a que la población resuelve los problemas en forma individual y cada vez menos como comunidad o grupo organizado..

Asistente Social actualmente a cargo de Participación, es profesional única y debe cumplir diversas funciones .En lo real no existen tiempos protegidos para la realización de las actividades relacionadas .N o se cuenta con otro profesional del equipo con horas asignadas a esta actividad.

No existen recursos económicos asociados a esta actividad lo que hace aún más difícil la participación de dirigentes sociales a las reuniones y también a las capacitaciones que se realizan para ellos fuera de la comuna. Ya que deben costear ellos mismos sus pasajes

Evaluación de las actividades programadas en conjunto con el Consejo de desarrollo Local de Salud.

Realizadas	Pendientes
Reuniones mensuales	Difusiones radiales para incentivar a la participación
Reuniones por comisiones de trabajo	Evaluación encuestas de trato al usuario
Trípticos informativos	Incorporación de otros dirigentes sociales que representen a los jóvenes y varones.
Asignación de diario Mural al Consejo local	
Incorporación de nuevos dirigentes vecinales al consejo	
Incorporación de representante de discapacitados de la comuna	

---

---

Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria	
Protocolo de solicitudes ciudadanas	
Invitaciones a dirigentes sociales a integrarse al Consejo.	

#### Proyecciones año 2017

- Mantener activo el Consejo de Desarrollo Local, incorporando nuevos socios a fin de que sea un grupo heterogéneo y representativo.
- Incentivar al Consejo a participar activamente en las actividades de Promoción del establecimiento.
- Continuar con acciones para lograr satisfacción usuaria.
- Búsqueda de recursos municipales u otro para el funcionamiento del Consejo que permita la participación de dirigentes sociales de sectores rurales.
- Incorporación de otro profesional al trabajo en participación ciudadana.
- Fortalecer nexo con organización social representante de Juntas de Vecinos.

Nombre Establecimiento : CESFAM CHEPICA																				
Nombre del Plan : PLAN DE PARTICIPACION CESFAM CHEPICA año 2016																				
OBJETIVO GENERAL		Incentivar el trabajo ,entre la comunidad organizada representada en CDLS y el equipo de salud local,fomentando la corresponsabilidad en la salud,promoviendo que los agentes sociales participen e intervengan cada vez más en las acciones tendientes a mejorar la salud de la población local																		
LINEA DE ACCION	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	CALENDARIZACION												METODOLOGIA DESCRIPCION	PRODUCTO ESPERADO RESULTADO	MEDIOS VERIFICADORES	RESPONSABLES	PARTICIPANTES	
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL	Generar instancias de comunicación y divulgación del CDLS.	Asistir a reuniones mensuales de la union comunal de juntas de vecinos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Asistencia a reuniones de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos	Que a lo menos uno de los integrantes de la directiva del CDLS asista regularmente a reuniones de la union comunal	Lista de asistencia y/o fotografías.	Directiva CDLS	CDLS	
		Realizar boletín informativo mensual.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	confección de boletín entre Enc de Participación y representante del Consejo.	Un boletín mensual de 800 boletines al mes.	Boletín diseñados	CDLS y enc. de P.	Miembros del CDLS y enc. de P.	
		Distribución de Boletín a organizaciones sociales			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	entrega de información a la comunidad	Distribución de boletín a la comunidad.	fotografías.	Ei CDLS y enc. De P.	Operadora ORS, CDLS Y enc. de P.	
		Programa Radial						X			X				Participación radial del municipio local	Asistencia a lo menos 2 programas radiales	certificado de asistencia a los programas	Presidente del consejo y enc. De p.	Presidente del consejo y enc. De p.	
	Incorporar nuevos agentes sociales al CDLS	Enviar Invitación a grupos sociales, grupos de adultos mayores y Otras Organizaciones						X							Diseñar y entregar personalmente invitaciones a agentes sociales para incorporarse al CDLS.	Incorporar a lo menos 3 organizaciones sociales al CDLS	Libro de socios CDLS.	ENC. participación.	integrantes del consejo y funcionarios.	
	Empoderar el CDLS	Realización de tabla de reunión en conjunto de CDLS y participación ciudadana.						X	X	X	X				Planificar la reunion con antelación para tener claridad de los temas a tratar.	Dirigir una reunión mensuales	Tabla de reuniones y libro de asistencia	Directiva CDLS	Directiva CDLS	
		Asignación de un diario mural en el CESFAM exclusivo para el CDLS						X	X	X	X	X	X	X	Se asigna un panel exclusivo para ser utilizado por el CDLS a fin de que informen a traves de este medio	Mantener diario mural del CDLS con informacion actualizada	Fotografía del diario mural	Representante del CDLS	Representante del CDLS	
		Dirigir las reuniones del CDLS, Directiva dirige las reuniones del CDLS. Directiva participa en actividades comunitarias y operativos de salud.														Que el presidente del consejo dirija las reuniones. Ordinarias.	Que el presidente del consejo se empodere de su rol	Fotografías y actas	Presidente del CDLS	Presidente del CDLS
		Representar a la Organización							X		X				Que el consejo a traves de susrepresentantes marquen presencia en reuniones con la comunidad,con autoridades locales y o regionales,para lo cual se les entrego una credencial.	Hacer presencia en operativos y/o actividades comunitarias de salud.	Fotografías.	Presidente del CDLS	CDLS	
		Hacer reglamento para el CDLS							X		X				revisar modelo de reglamento y adaptarlo a la realidad local.	Incorporar reglamentos al CDLS Chepica	Reglamento	CDLS y enc. De P.	Todos los miembros CDLS y enc. De P.	
		Directiva del CDLS integra comité de evaluación solicitudes ciudadanas.								X	X					Participación activa en todos los procesos de evaluación trato al usuario	Al menos 1 integrante participa en el comité.	Fotografía, actas de reuniones y listas de asistencias.	1 miembro del CDLS	Enc. De P y el CDLS
		Que el CDLS participe en la evaluación permanente de trato al usuario	Revisión encuesta modelo						X	X						realizar evaluación trato usuario a	generar propuestas de mejora	informe resultado fotografías	Consejo Local de salud.	Consejo Local
		Elección de los puntos a evaluar						X												
		Decidir quienes la aplicarán						X	X	X							Encuesta	Enc Part Ciudadana,Jefe Adm de Cestfam.	Director establecimiento	
	Aplicación de encuesta (200 encuestas)						X	X	X											
	Evaluación de resultados									X										
	Difusión de resultados a la comunidad										X									
	Busqueda de soluciones										X									
PROMOCION DE LA SALUD	Realización de actividades de promoción de la salud con apoyo o con la participación del CDLS.	Validación de la encuesta con el CDLS Aplicación encuestas diagnostica a lo menos en 3 sectores por dirigentes sociales.				X	X	X	X					Diagnostico por sectores. Relacion actividades en respuesta a necesidades sentidas de cada localidad.	Validación de la encuesta con el CDLS	Instrumento Informe de Resultados.				
		Evaluación de resultados con equipo de salud Busqueda de soluciones en conjunto entre el CDLS y equipo de salud. Planificar las actividades acorde a resultados.													Realizar actividades de promoción.		Enc. De P, de Promoción, CDLS	Dirigentes sociales que integran el CDLS.		
PROBLEMATICA DE SALUD	Estimular la corresponsabilidad de la salud en la comunidad o los usuarios de CESFAM y PSR.	Levantamiento de necesidades de la comunidad por sectores.												Planificación de diagnostico participativo en conjunto con TENS postas ,representantes de CDLS dirigentes sociales y comunidad interesada.	Diagnostico participativo territorial (Posta salud rural Auquino y Posta salud rural Onlla)	fotos		consejo local		
		Realización de diagnostico participativo en sector Onlla de Auquino y Auquino					X	X		X	X			Realización de encuentros para boar diagnostico participativo con	Fotos	informe de resultados	Enc Part Jefe Adm Cestfam Enc Postas.	Equipo de salud		
																Listas de asistencia		tens Postas de salud rural		



## 31. SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S.U.R.)

### • PROGRAMA DE URGENCIA

Desde un comienzo, para ésta administración lo más importante ha sido el bienestar de nuestros vecinos y vecinas, asumiendo el compromiso de realizar nuestros mejores esfuerzos en brindar a las personas dignidad y una mejor calidad de vida. Cada año se generan más necesidades en materia de salud, y en este sentido, es necesario trabajar de manera continua para solucionar estas dificultades que aquejan a los vecinos de nuestra comuna. De esta forma, y haciendo un gran esfuerzo por parte de la Municipalidad de Chépica, hemos llevado adelante el proyecto aumentar la cantidad de horas médicas y mejorar los servicios prestados a nuestros usuarios en el área de urgencias.

#### • ¿Qué es una atención de urgencia o emergencia vital?

Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable. Ninguna institución de salud puede negarle a un paciente la atención rápida a una urgencia vital ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgarla. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico cirujano de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida.

#### • Traslado del establecimiento de salud correspondiente

Cuando el paciente se estabiliza y de acuerdo a indicación médica. Éste deberá ser trasladado a su red de prestadores que en el caso de Chépica corresponde a Santa Cruz.

**I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:**

Programa de actividades propuesto para realizarse en los consultorios Generales Rurales, CGR, en comunas que no cuentan con Hospitales de Baja complejidad, reforzando los niveles locales con recursos financieros adicionales, acordes a su población, con el fin de optimizar la atención de urgencias con los profesionales más idóneos disponibles, según cada caso, permitiendo potenciar las atenciones que a ellos corresponden.

Este programa considera el tamaño de las poblaciones a atender así como la disponibilidad de profesionales médicos y/o profesionales de colaboración médica y de técnicos paramédicos entrenados en atención de Urgencias, para realizar las atenciones correspondientes.

Debe señalarse que la dispersión, el tamaño, el número de población, así como la tipología geográfica de comunas y localidades rurales donde este programa se desarrolla determinara la tipología o nivel de Servicios de Urgencias rural que se instalen, así como su horario.

**OBJETIVO GENERAL**

Otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia/emergencia médica de carácter impostergable, a la población de las localidades rurales en las que no existe otro establecimiento asistencial que cubra la demanda de urgencia, en horarios inhábiles, a los usuarios que concurren, así como a los usuarios derivados del sector rural de su área de atracción.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Establecer en los consultorios Generales Rurales, en horario no hábil, un dispositivo de atención de urgencia organizado destinado a

- . Realizar atención inmediata médica o profesional de recuperación de la salud, a fin de resolver problemas de morbilidad aguda que se presenten.
- . Otorgar primeros auxilios, aplicar tratamientos, dejar en observación hasta por 6 horas y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata.

. Derivar y trasladar oportuna y coordinadamente, en condiciones de compensación y seguridad, aquellos pacientes que por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos deba ser atendido en otros establecimientos, de mayor complejidad de la red de urgencias correspondientes.

## **II. COMPONENTES :**

1. Atención médica o profesional inmediata, según patología de los consultantes, entregada por Técnico Paramédico, profesional de colaboración Médica o por médico, según requerimiento.
2. Aplicación de tratamientos y/o procedimientos de enfermería.
3. Traslados a los niveles de mayor complejidad, cuando la patología del consultante así lo requiera.

## **III. PRODUCTOS ESPERADOS :**

1. Consultas de urgencia dadas por médicos, profesionales de colaboración médicas y/o técnicos paramédicos a la población demandante.
2. Tratamientos y/o procedimientos clínicos médicos o de enfermería aplicados por médicos, profesionales de pacientes que así lo requieran.
3. Traslados a establecimientos de urgencia de mayor resolutivez, en condiciones de seguridad a pacientes que así lo requieran.

## **IV. MONITOREO, EVALUACION Y MEDIOS DE VERIFICACION :**

El monitoreo de estas actividades es la constatación de la realización de las actividades propuestas. Su mediación, en el caso de los tres componentes se efectúa a través de los registros habituales de prestaciones en los sistemas de salud, esto es a través de registros estadísticos mensuales REM:

- A) Consultas médicas de urgencias realizadas /año, REM A8, SECCIÓN F.
- B) Procedimientos médicos y de enfermería efectuados en REM BM 18.
- C) Traslados a establecimientos de mayor resolutivez /año, REM A08 Sección A.

## **V. FINANCIAMIENTOS :**

**CONDICIONES PARA FINANCIAMIENTO SUR:**

Las comunas que cuenten con un SUR único a nivel comunal, se financiara para otorgar atención a la potabilidad de su población inscrita de la comuna.

En el caso de contar con más de un dispositivo en la comuna, SUR o SAPU, debido a su dispersión geográfica y existencia de distintas localidades, el financiamiento se asignara de acuerdo a la población efectivamente inscrita en cada establecimiento. El Servicio, traspasará a La Municipalidad, desde la fecha de afinada la Resolución aprobatoria de este convenio, la suma de \$ 41.122.136.- (Cuarenta y un millones ciento veintidós mil ciento treinta y seis pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de la estrategia señalada en la cláusula anterior.

#### **ESTABLECIMIENTOS DE DEPENDENCIA MUNICIPAL:**

El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Publico, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capitulo 02, Programa 02, asociada al Subtitulo 24 03 298 “Transferencias corrientes” Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este programa financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en cuotas, en representaciones del Ministerio de Salud.

EL Ministerio de salud, a través de los respectivos servicios de salud, asignara a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

EL gasto que irroque el programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 08.

Los recursos serán transferidos en forma duodecimal o 12 cuotas, a la total tramitación del acto aprobatorio, por los Servicios de Salud respectivos, de acuerdo al tipo de dispositivos existentes.

Este programa no re liquida recursos asociados a incumplimientos de prestaciones, dado que se debe mantener disponible la atención de urgencia, a todo evento, al margen del número de prestaciones realizadas.

Estas transferencias de recursos se rigen por lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

De acuerdo a la definición censal, la población rural total del país según censo del año 2002 representaba un 13,5%. Según proyecciones (en revisión) del CENSO 2012 el número de personas viviendo en ruralidad serían 2.274.480, que representarían un 13,3%.

Esta población demostradamente, a través de tasas AVPP y AVISA, es más vulnerable a los riesgos de salud y sus indicadores de salud muestran mayor deterioro que poblaciones urbanas. Además debe agregarse que tienen menor acceso a dispositivos de atención de salud, muy especialmente acciones de atenciones secundarias y terciaria. Lo anterior redundará en accesos tardíos y a veces ya inútil a prestaciones y/o procedimientos complejos, como son diagnósticos y tratamientos de cáncer, hemodiálisis, exámenes de laboratorio especializado, etc. Por lo indicado la mayor demanda de atenciones se da sobre la APS, quien primero responde, ante las urgencias.

Los establecimientos de salud que atienden a la población rural son: Consultorios Generales Rurales CGR, que junto a las postas de salud PSR y Hospitales de baja complejidad Hospitales comunitarios HC, distribuidos en las comunas rurales del país.

Por su parte los CGR tradicionalmente han realizado atenciones de urgencia a su población fuera de horario hábil, dada por técnicos paramédicos.

El programa SUR, provee recursos distintos a financiar atenciones de médicos u otros profesionales, en horarios inhábiles en los CGR, para atender a las necesidades asistenciales de la población de su área geográfica de influencia.

Lo anterior excluye , en principio , de participar en este programa a aquellas comunas que cuentan con hospitales comunales , dado en que ellas existe atención de urgencia, como componente garantizado en su cartera de servicios , desde los propios Servicios de Salud .

La creación y financiamiento de los “Servicios de Urgencias Rurales” SUR representa la voluntad de las autoridades de salud de introducir criterios de equidad , en las comunas rurales más pobres del país , a través del financiamiento de la atención medica de urgencias , fuera de horario hábil, cuyo objetivo final es contribuir a elevar el nivel de salud de su población aumentando la accesibilidad ,disponibilidad , eficiencia e impacto de las acciones de salud frente a la demanda impostergable de las comunas entregadas a su administración , quienes deben poner en acción y colaborar al funcionamiento de estos dispositivos de atención .

El desarrollo del programa SUR acoge lo prescrito por Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario y se inserta en los lineamientos generales de las Políticas para la Atención primaria. Esta orientación, si bien es general, exige en este caso especial énfasis en la solución de problemas urgentes de salud de grupos cuya accesibilidad a los centros de atención de salud es limitada por razones geográficas, dispersión poblacional y/o de distancia a los centros con mejor resolutivez en salud.

## **VI. FUNDAMENTACIONES :**

La necesidad de optimizar la implementación de un sistema de atención de urgencia en los consultorios Generales Rurales tienen como principios no solo mejorar la situación de vida y salud, mediante la facilitación del acceso a la atención de salud de las poblaciones alejadas de los centros urbanos, sino también elevar la capacidad resolutiva de ese nivel y mejorar oportunidad y calidad de la atención. Ello implica atención profesional inmediata y normas claras de referencia y contra referencia, que aseguren la mayor protección de la salud y la satisfacción del usuario, evitando su derivación innecesaria a otro centro asistencial de mayor

capacidad resolutive y retardando su asistencia , con eventuales mayores riesgos por la tardanza en la atención .

#### **VII. PROPÓSITOS :**

El servicio de Urgencias Rural SUR deberá entenderse como el conjunto de recursos humanos y materiales, organizados en el Consultorio General Rural para dar respuestas a la demanda asistencial de todo cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable, lo que conceptualmente se define como “Emergencias”, además de acoger las demandas de atención por cuadros que, a juicio del usuario no admiten espera, lo que conceptualiza como “Urgencia”.

A lo anterior debe agregarse que, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Garantías de Salud GES, se requiere que la población usuaria tenga la posibilidad de acceder a atenciones de urgencia en el momento que se requiera.

- METAS E INDICADORES 2016 DEL PROGRAMA

#### **INGRESOS DE URGENCIA AÑO 2015-2016**

2015		2016			
<b>Enero</b>	<b>1193</b>		<b>Enero</b>		<b>1534</b>
<b>Febrero</b>	<b>1049</b>		<b>Febrero</b>		<b>1395</b>
<b>Marzo</b>	<b>1429</b>		<b>Marzo</b>		<b>1532</b>
<b>Abril</b>	<b>1311</b>		<b>Abril</b>		<b>1345</b>
<b>Mayo</b>	<b>1440</b>		<b>Mayo</b>		<b>1540</b>
<b>Junio</b>	<b>1100</b>		<b>Junio</b>		<b>1464</b>

<b>Julio</b>	<b>1211</b>		<b>Julio</b>		<b>1360</b>
<b>Agosto</b>	<b>1816</b>		<b>Agosto</b>		<b>1614</b>
<b>Septiembre</b>	<b>1781</b>				
<b>Octubre</b>	<b>1713</b>				
<b>Noviembre</b>	<b>1583</b>				
<b>Diciembre</b>	<b>1612</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>17.238</b>				

**TOTAL = 29.022**

En virtud a cantidad de ingresos registrados durante el año 2015 2016 es que hemos querido aumentar y calendarizar la atención de profesionales, llegando a la suma de tres profesionales y un enfermero en turnos de Lunes a Viernes desde las 20:00 a las 00:00 y los días sábados, domingos y festivos con un horario desde las 8:00am hasta las 20:00pm (**HORARIO SUR**)

#### CALENDARIO PROFESIONALES SEPTIEMBRE 2016

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1 Dr. Coronel	2 Rubén Ojeda	3 Dr. Coronel	4 Dr. Coronel
5 Rubén Ojeda	6 Dr. Orellana	7 Dra. Javiera González	8 Dr. Coronel	9 Rubén Ojeda	10 Rubén Ojeda	11 Rubén Ojeda
12 Rubén Ojeda	13 Dr. Orellana	14 Dra. Javiera González	15 Dr. Coronel	16 Rubén Ojeda	17 Dr. Orellana	18 Dr. Coronel 8:00 a 20:00
19 Dr. Franz Verdugo	20 Dr. Orellana	21 Dra. Javiera González	22 Dr. Coronel	23 Rubén Ojeda	24 Dra. Javiera González	25 Dr. Orellana
26 Rubén Ojeda	27 Dr. Orellana	28 Dra. Javiera González	29 Dr. Coronel	30 Rubén Ojeda		



## REFUERZOS PROFESIONALES FIESTAS PATRIAS 2016

Viernes 16-09	NOCHE (20:00 A 8:00 )	RUBEN OJEDA
Sábado 17-09	NOCHE (20:00 A 8:00 )	Dr. ORELLANA
Domingo 18-09	NOCHE (20:00 A 8:00 )	Dr. CORONEL
Lunes 19-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	RUBEN OJEDA

## TURNOS REFUERZOS TENS FIESTAS PATRIAS 2016

Viernes 16-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Wendy Rojas
Sábado 17-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Magaly Valenzuela
Sábado 17-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Marcela Castro
Domingo 18-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Denisse Guerrero
Domingo 18-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Rodolfo Poblete
Lunes 19-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Lucila Bahamondes
Lunes 19-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Wendy Rojas

## TURNOS REFUERZOS CONDUCTORES FIESTAS PATRIAS 2016

Viernes 16-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Pendiente
Sábado 17-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Sergio Navarro
Sábado 17-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Matías Galdames
Domingo 18-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Carlos Parraguez
Domingo 18-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Nicanor Valenzuela
Lunes 19-09	DIA ( 8:00 A 20:00)	Matías Galdames
Lunes 19-09	NOCHE( 20:00 A 8:00)	Roberto Lopez

**31. SALUD ORAL**

## Servicio Dental CESFAM Chépica

A partir de marzo del 2016, contamos con nuevas instalaciones:

- 3 box dentales
- 1 oficina administrativa
- una amplia sala de espera

Ubicadas en dependencias del internado Municipal.

- 1 box dental

Ubicada en la Escuela Básica Libertador Bernardo O'Higgins.

El Programa Odontológico a nivel Nacional y por lo tanto a nivel Comunal tiene como objetivo principal disminuir el índice de COP (piezas cariadas o perdidas) de la población por lo que tiene un carácter preventivo.

Los programas que realizamos están dirigidos a grupos determinados de la población y se realizan comprometiendo metas a cumplir, estas pueden ser en pacientes de alta donde se realizan incluso prótesis o como atenciones de morbilidad.

Los recursos para implementar estos programas, son recibidos de acuerdo a la población inscrita (percapita) y otros por medio de convenios de atención entre el Municipio y el Servicio de Salud O'Higgins.

Los programas a cumplir con su respectiva meta a

**PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS 2016 EN LA COMUNA DE CHÉPICA**

➤ Altas en niños de 6 años	145
➤ Altas en niños de 12 años	99
➤ Altas en menores de 20 años	324
➤ Altas en Embarazadas (GES)	85

**PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS 2016 EJECUTADOS POR CONVENIO**

➤ Altas en adultos de 60 años (GES)	32
➤ Altas en mujeres mayores de 15 años (Más Sonrisas)	196
➤ Altas en Jóvenes de 4to medio	91
➤ Atención de Morbilidad en Adultos mayores de 20 años	1922
➤ Altas y Controles módulo JUNAEB	590
➤ Fluoración en niños de 2-5 años (Sembrando Sonrisas)	425

Además como esfuerzo Comunal, que no pertenece a ningún programa, y no compromete ninguna meta, se destinan 22 horas de atención para Morbilidad.

➤ Atención de Morbilidad a Agosto 2016	1465
--	------

Las prestaciones que se realizan son de atención primaria de salud, lo que no se resuelve, se solicita hora dentro de la red de atención asistencial, siendo el Hospital de Santa Cruz nuestro centro de derivación.

Nuestro equipo de trabajo lo componen:

- 2 Cirujanos Dentistas 21 horas.
- 2 Técnicos Paramédicos  
Son parte de la dotación
- 1 Cirujano Dentista 22 horas.  
Contrato a plazo fijo

Y ejecutando programas en modalidad de convenio

Contrato a honorario

- 2 Cirujano Dentista 44 horas.
- 1 Cirujano Dentista 22 horas.
- 4 Técnico Paramédicos 44 horas.
- 1 Técnico Paramédico 33 horas.

## 32. DOTACION 2017

0

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO	ACTIVIDAD O PROFESION	CAT	JORNADA LABORAL	TIPO CONTRATO	NIVEL DE LA CARRERA
CHEPICA	LIRA LORCA ROSSANA BEATRIZ	A CIRUJANO DENTISTA	A	21	PLAZO INDEFINIDO	8
CHEPICA	CONTRERAS CALDERON MARIA WENDOLINE	A CIRUJANO DENTISTA	A	21	PLAZO INDEFINIDO	15
CHEPICA	NAVARRETE FIGUEROA MARIANA DEL CARMEN	B ASISTENTE SOCIAL	B	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	OJEDA ZAPATA RUBEN ANTONIO	B ENFERMERA/O	B	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	SOTO URZUA HECTOR PATRICIO	B TECNOLOGO MEDICO	B	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	VENEGAS SUAZO BERNARDA ELIZABETH	B MATRON/A	B	44	PLAZO INDEFINIDO	6
CHEPICA	CARDOCH REYES MARIELY ALEJANDRA	B KINESIOLOGA	B	44	PLAZO INDEFINIDO	10
CHEPICA	GONZALEZ HERRERA DENIS M. PAULINA	B PSICOLOGO/A	B	44	PLAZO INDEFINIDO	12
CHEPICA	ZAPAPA BANNURA JULIO CESAR	B TECNOLOGO MEDICO	B	44	PLAZO INDEFINIDO	12
CHEPICA	MENESES REYES LUIS GUILLERMO	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	DEL VALLE QUEZADA ENRIQUETA DEL CARMEN	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	6
CHEPICA	URZUA ORELLANA YOLANDA DEL CARMEN	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	6
CHEPICA	PADILLA VELASQUEZ ADELA NANCY	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	7
CHEPICA	REVECO GONZALEZ MARIELA DE LAS MERCEDES	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	7
CHEPICA	PARRAGUEZ AREVALO PAOLA ANDREA	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	11
CHEPICA	MENESES IBARRA MARCOS ANTONIO	C T. ADMINISTRATIVO DE SALUD	C	44	PLAZO INDEFINIDO	12
CHEPICA	FERREIRA DIAZ MARCELA VERONICA	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	13
CHEPICA	VALENZUELA PIÑA MAGALY ANDREA	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	13
AUQUINCO	LEIVA VARGAS SOLANGE HANYARA	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	13
CHEPICA	VERDUGO HUERTA CLAUDIA DENIS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO INDEFINIDO	13
CHEPICA	SAAVEDRA CADIZ PATRICIA SOLEDAD	C T. ADMINISTRATIVO DE SALUD	C	44	PLAZO INDEFINIDO	14
CHEPICA	LEIVA ESPINOZA CESAR HERNAN	D AUXILIAR PARAMEDICO	D	44	PLAZO INDEFINIDO	2
ORILLA DE AUQUINCO	DIAZ JOFRE LUIS ANTONIO	D AUXILIAR PARAMEDICO	D	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	GUERRERO RUBIO DENISIE KATRINA	D AUXILIAR DE LABORATORIO	D	44	PLAZO INDEFINIDO	8
CHEPICA	PARRAGUEZ ESCOBAR ALEJANDRA DEMOFILA	C TECNICO PARAMEDICO	D	44	PLAZO INDEFINIDO	9
CHEPICA	FAUNDEZ LEYTON JOSE MIGUEL	D AUXILIAR PARAMEDICO	D	44	PLAZO INDEFINIDO	11
CHEPICA	SILVA GONZALEZ MARIA PURISIMA	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO INDEFINIDO	5

CHEPICA	FIGUEROA FARIAS JAVIER EMILIO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO INDEFINIDO	12
CHEPICA	CANETE ALIAGA EMILIO JOSE	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO INDEFINIDO	12
CHEPICA	CABELLO OTEIZA MANUEL FRANCISCO	F CHOFER	F	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	PARRAGUEZ ESPINA CARLOS FERNANDO	F CHOFER	F	44	PLAZO INDEFINIDO	5
CHEPICA	MUNOZ UBILLA OLGA ISABEL	F AUXILIAR DE SERVICIO	F	44	PLAZO INDEFINIDO	8
CHEPICA	ROMO RODRIGUEZ JUAN JOSE	F CHOFER	F	44	PLAZO INDEFINIDO	9
CHEPICA	GAETE OTEIZA MARIELA REVECA	F AUXILIAR DE SERVICIO	F	44	PLAZO INDEFINIDO	14
CHEPICA	NAVARRO AGUILERA SERGIO	F CHOFER	F	44	PLAZO INDEFINIDO	15
CHEPICA	LOPEZ ESCOBAR ROBERTO ROSENDO	F CHOFER	F	44	PLAZO INDEFINIDO	15
CHEPICA	<b>DIRECTOR COMUNAL DE SALUD</b>	B OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	B	44	VACANTE	
CHEPICA	<b>JEFE FINANZAS, RR.HH. Y S. GENERALES</b>	B CONTADOR AUDITOR	B	44	VACANTE	
CHEPICA	<b>DIRECTOR CESFAM</b>	B OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	B	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	MEDICO	A MEDICO	A	44	VACANTE	
CHEPICA	MEDICO	A MEDICO	A	44	VACANTE	
CHEPICA	MEDICO	A MEDICO	A	44	VACANTE	
CHEPICA	NUTRICIONISTA	B NUTRICIONISTA	B	44	VACANTE	
CHEPICA	KINESIOLOGO/A	B KINESIOLOGO/A	B	22	VACANTE	
CHEPICA	MATRON/A	B MATRON/A	B	22	VACANTE	
CHEPICA	ENFERMERO	B ENFERMERO	B	44	VACANTE	
CHEPICA	CHOFER	F CHOFER	F	44	VACANTE	
CHEPICA	ADMINISTRATIVO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	F	44	VACANTE	
CHEPICA	AUXILIAR DE SERVICIO	F AUXILIAR DE SERVICIO	F	33	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C AUXILIAR PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	TENS	C AUXILIAR PARAMEDICO	C	44	VACANTE	
CHEPICA	ADMINISTRATIVO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	VACANTE	
CHEPICA	ADMINISTRATIVO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	VACANTE	
CHEPICA	ADMINISTRATIVO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	VACANTE	
CHEPICA	ADMINISTRATIVO	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	33	VACANTE	
<b>Total Horas Planta</b>				<b>2528</b>		

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO	ACTIVIDAD O PROFESION	CAT	JORNADA LABORAL	TIPO CONTRATO	NIVEL DE LA CARRERA
CHEPICA	CUERO JAMA EDISON VIDAL	A MEDICO	A	44	PLAZO FIJO	11
CHEPICA	CORONEL ZUNIGA FAUSTO JESUS	A MEDICO	A	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	MEJIAS TORO YARELLY	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	DUARTE LOBOS ANA LUISA	C ADMINISTRATIVO DE SALUD	C	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	BRUCE DUPRAT ROSE	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO FIJO	15

CHEPICA	OLMEDO PADILLA JOSE LUIS	A CIRUJANO DENTISTA	A	22	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	GALLARDO SERGIO	B ENFERMERO	B	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	MENESES LEON ALICIA DALIA	E ADMINISTRATIVO DE SALUD	E	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	PARRAGUEZ OLMEDO JOSE EUGENIO	B NUTRICIONISTA	B	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	DEL PINO MORALES JUAN LUIS	F AUXILIAR DE SERVICIO	F	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	ORELLANA LORCA JUAN PABLO	A MEDICO	A	44	PLAZO FIJO	15
CHEPICA	POBLETE MOLINA RODOLFO EDGARDO	C TECNICO PARAMEDICO	C	44	PLAZO FIJO	15
<b>Total Horas Contrata</b>				<b>506</b>		
<b>Total Horas Dotación</b>				<b>3034</b>		

## REEMPLAZOS 2016

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO	ACTIVIDAD O PROFESION	CAT	JORNADA LABORAL	TIPO CONTRATO	NIVEL DE LA CARRERA
CHEPICA	GONZALEZ GONZALEZ BARBARA	C TECNICO EN ENFERMERIA	C	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE CARMEN DONOSO	15
CHEPICA	BAHAMONDES LORCA LUCILA	C TECNICO EN ENFERMERIA	C	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE	15
CHEPICA	PINO VALENZUELA ALEJANDRA	C TECNICO EN ENFERMERIA	C	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE RETIRO VOLUNTARIO	15
CHEPICA	ROJAS MARCHANT WENDY	C TECNICO EN ENFERMERIA	C	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE RETIRO VOLUNTARIO	15
CHEPICA	CASTRO GALAZ MARCELA	C TECNICO EN ENFERMERIA	C	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE	15
CHEPICA	FARIAS LOPEZ MABEL	B INGENIERO COMERCIAL, J. ADMINISTRATIVO	B	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE	15
CHEPICA	CASTRO FARIAS LUIS	B CONTADOR AUDITOR, JEFE FINANZAS Y RR.HH.	B	44	PLAZO FIJO, REEMPLAZO CARGO VACANTE	11
CHEPICA	BRAVO NUÑEZ PAULA	B TENCOLOGO MEDICO	B	44	PLAZO FIJO REEMPLAZO LIC.MEDICA PATRICIO SOTO	15
CHEPICA	VALENZUELA FUENTES NICANOR	F CONDUCTOR	F	44	PLAZO FIJO REEMPLAZO LIC.MEDICA JUAN ROMO	15

### 33. INVERSIONES

Dentro de las inversiones del año 2016 destacan las siguientes:

- **CENTRAL TELEFONICA** : Una herramienta moderna que destaca por su gran capacidad líneas para recibir las necesidades de nuestros usuarios y que además en el ámbito interno todos los funcionarios están con sus citofonos habilitados mejorando así la comunicación interna de los funcionarios, además el servicio de urgencia cuenta con dos líneas telefónicas independientes del Cesfam.
- **AUMENTO POTENCIA ELECTRICA** :  
Ante la llegada de nuevos profesionales y la creciente demanda de nuestros usuarios hemos habilitado más 26 dependencias de atención y mejorado otras con la consiguiente demanda eléctrica que esto significa, por tanto estamos desarrollando un proyecto de aumento de la potencia eléctrica que soporte todo el consumo del Cesfam y el servicio de urgencia.
- **AUTOMOVIL**: En el modelo de salud familiar y comunitaria uno de los ejes principales es la atención en terreno de nuestros usuarios, en virtud de eso se presentó la propuesta de comprar un nuevo vehículo para curaciones y atenciones en domicilio, con la garantía que no será necesario siempre contar con un conductor para realizar estas actividades pudiendo ser usado por los propios funcionarios que estén habilitados para manejar
- **MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS**  
Dentro de las instalaciones más relevantes en este ítem destaca la habilitación del Servicio de Atención Dental que se trasladó a dependencias del internado municipal. Allí funcionan tres box de atención con dentista y su técnico, la secretaria y una sala de espera, más otras dependencias que funcionan como bodega de insumos, todo ello se implementó con fondos propios.

NUEVO				
TIPO	REPARACION	2016/2015	CANTIDAD	TOTAL
CENTRAL TELEFONICA	NUEVO	2016	1	2.900.000
AUMENTO POTENCIA ELECTRICA	NUEVO	2016	1	3.600.000
AUTOMOVIL	NUEVO	2016	1	4.378.000
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS	RAPARACION----- NUEVO	2016	1	16.863.000
TOTAL				26.341.000

## 34. DESAFIOS

### OBTENER CERTIFICACIÓN COMO CESFAM

#### *Modelo de Atención Integral de Salud*

Se comprende como “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además



es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el Intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, certificará por el lapso de dos años, a los centros de salud en forma gradual, a partir del año 2016 fecha en que nos incorporamos a este proceso, definido en 5 fases:

**1. Fase de Preparación:** El establecimiento de salud candidato a certificar deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, la que será remitida al Servicio de Salud respectivo (un mes) seguido de 2 meses de acompañamiento por el Servicio de Salud a la comuna para apoyar el proceso de evaluación final. Se sugiere que el tiempo destinado a esta fase sea no más 3 meses.

**2. Fase de Evaluación:** El Servicio de Salud establecerá una comisión para el proceso de evaluación constituida por integrantes de Departamentos de la Subdirección Médica, Atención Primaria, Calidad, Participación Social, Control y Gestión, Gestión de Redes, Gestión Hospitalaria, entre otros. Se definirá el cronograma de evaluación directa en terreno en cada Cesfam postulante, por parte del Servicio de Salud respectivo, siendo deseable invitar al proceso algún miembro de otras entidades evaluadoras como la SEREMI.

**3. Plan de Mejora:** El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de salud, definirán un proyecto de mejora en la implementación del Modelo, para ser trabajado

considerando un cronograma de trabajo en un plazo de dos años, con el acompañamiento del SS.

4. **Una vez realizada la evaluación**, el Servicio de Salud deberá emitir la resolución exenta respectiva a la certificación y enviarla al Ministerio de Salud.

5. **Evaluación del Plan de Mejora**: según el cronograma estipulado, las evaluaciones deberán, al menos, ser anuales, ya que ésta permitirá avanzar y asegurar recursos para continuar el plan de mejora.

Nos encontramos en la etapa 3 elaborando el plan de mejoras, detectando las brechas para poder implementar durante el año 2017 los cambios necesarios para ir avanzando en el modelo de salud.

## **OBTENER LA AUTORIZACIÓN SANITARIA**

La Autorización Sanitaria es el acto por el medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (Secretario Regional Ministerial de Salud) permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, verificando que ellos cumplen con los requisitos de estructura y organización, expresados en el reglamento D.F.L. N° 1 de 1989 que determina materias que requieren Autorización Sanitaria Expresa:

- ✓ Es requisito obligatorio para que un establecimiento pueda funcionar.
- ✓ Por tanto se otorga previo a que un establecimiento inicie sus actividades.
- ✓ Para ello el Establecimiento presenta la solicitud de AS a la SEREMI respectiva.

Para ello debemos trabajar en los siguientes aspectos:

1. Recursos Humanos
2. Planta física

3. Equipamiento
4. Manuales de organización y funcionamiento

Los establecimientos construidos antes del año 2006 tienen autorización sanitaria por ley y deben pasar por el proceso de DEMOSTRACION SANITARIA, que una actualización de la autorización sanitaria requisito necesario para ingresar al proceso de la acreditación de calidad.

#### PROCEDIMIENTO PARA LA DEMOSTRACION

Los establecimientos de salud del sector público de atención cerrada y/o abierta que hayan iniciado su funcionamiento antes del 8 de febrero del año 2006 y que deseen someterse al procedimiento de acreditación de prestadores institucionales, presentarán ante la Secretaría Regional Ministerial respectiva una solicitud a fin de que ésta tenga por demostrado el cumplimiento de los requisitos de autorización señalados en los artículos 7º y 10º del Decreto N° 161, de 1982

#### **CAMINO A LA ACREDITACION DE CALIDAD**

La acreditación se define como un método reconocido de evaluación externa, por el que se verifica que un centro sanitario asume un conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través de un certificado de garantía. Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes: Respeto a la Dignidad del Paciente, Gestión de la Calidad, Gestión Clínica, Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención, Competencias del Recurso Humano, Registros Seguridad del Equipamiento, Seguridad de las Instalaciones, Servicios de Apoyo.

En este contexto la fecha tope estimada por el ministerio de Salud para tal proceso será el 2019, por lo que en estos años que nos quedan debemos avanzar en la elaboración y el diseño de las estrategias para alcanzar un óptimo desempeño en la presentación de nuestro proyecto de ser un centro acreditado en calidad.

## **OPERATIVOS EN TERRENO DE SECTORES RURALES**

Para el año 2017 queremos incorporar 3 operativos en terreno donde queremos incorporar a todos nuestros profesionales técnicos y administrativos para llevar la mayoría de nuestras atenciones y darle cobertura a esa población que por lejanía y acceso no puede acudir a nuestros centros de salud. A la vez en estos operativos agregamos servicios municipales como vivienda, Dideco, Omil, Opd, Fonasa, etc. Los sectores beneficiados serán evaluados en conjunto con el consejo de desarrollo y el departamento social del municipio para que así obtengan atenciones los sectores que mas necesitan.

Estas actividades en terreno permiten observar con mayor profundidad las necesidades de las personas en el área de salud, lo que a su vez, ceden información valiosa para realizar futuras intervenciones en el sector y mantener un seguimiento constante de los usuarios beneficiados”

Es de vital importancia y parte de nuestro compromiso, que los habitantes de los sectores rurales obtengan atención integral por parte de los profesionales, a través de los operativos que entregan soluciones concretas a sus problemáticas”

## 35. PRESUPUESTO 2017

## PRESUPUESTO SALUD 2017

Cuenta presupuestaria						Denominación	Ppto. Proyectado 2017
<b>115</b>	<b>05</b>					<b>C x C Transferencias Corrientes</b>	<b>1.341.227</b>
115	05	03				De Otras Entidades Públicas	1.341.227
115	05	03	006			Del Servicio de Salud <sup>1</sup>	1.171.990
115	05	03	006	001		Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49 <sup>1</sup>	879.870
115	05	03	006	002		Aportes Afectados <sup>1</sup>	292.120
115	05	03	006	002	001	Desempeño Colectivo Fijo y Variable	75.894
115	05	03	006	002	002	ley 19.813 conductores	5.468
115	05	03	006	002	004	asignacion desempeño dificil	52.000
115	05	03	006	002	005	laboratorio basico	4.050
115	05	03	006	002	008	devoluciones y reintegros	189
115	05	03	006	002	009	INT.DIF.SBMN	11.043
115	05	03	006	002	010	Bono Ley 20.233	29.849
115	05	03	006	002	011	Programa Ira	4.725
115	05	03	006	002	012	Programa Capacitacion aps	1.912
115	05	03	006	002	013	Programa Resolutividad	18.205
115	05	03	006	002	015	Programa Odontologico	0
115	05	03	006	002	016	Programa Chile Crece Contigo	0
115	05	03	006	002	018	Apoyo Gestion Mantencion	0
115	05	03	006	002	019	Programa Mejoria Equidad	16.380
115	05	03	006	002	021	Programa Sur	43.178
115	05	03	006	002	022	Programa Promocion	0
115	05	03	006	002	028	convenio ret.voluntario	
115	05	03	006	002	030	Programa Modelo Salud Familiar Integral	2.847
115	05	03	006	002	035	Programa Odontologico Integral	0
115	05	03	006	002	036	Programa Ges Odontologico	10.400
115	05	03	006	002	037	Programa Imagenes Diagnosticas	8.185
115	05	03	006	002	038	Programa Fondo Farmacia	7.007
115	05	03	006	002	040	Programa Espacios Amigables	788
115	05	03	099			De Otras Entidades Públicas	17.352

115	05	03	101		De la Municipalidad A Servicios Incorporados a su Gestión <sup>1</sup>	151.885
<b>115</b>	<b>07</b>				<b>C x C Ingresos de Operación</b>	<b>2.491</b>
<b>115</b>	<b>07</b>	<b>02</b>			<b>Venta de Servicios</b>	<b>2.491</b>
115	07	02	001		Cobro a Beneficio Ley N° 18.469	2.491
<b>115</b>	<b>08</b>				<b>C x C Otros Ingresos Corrientes</b>	<b>6.325</b>
115	08	01			Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	6.000
115	08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	6.000
115	08	99			Otros	325
115	08	99	999		Otros	325
<b>115</b>	<b>10</b>				<b>C x C Venta de Activos No Financieros</b>	<b>0</b>
115	10	003			Vehiculos	0
<b>115</b>	<b>12</b>	<b>10</b>			<b>C x C Recuperación de Préstamos</b>	<b>0</b>
<b>115</b>	<b>15</b>				<b>saldo inicial de caja</b>	<b>5.539</b>
115	15	01			saldo inicial de caja	5.539
<b>Total Ingresos</b>						<b>1.355.582</b>

## PRESUPUESTO SALUD 2017

Cuenta					Denominación	Ppto.Proyectado 2017
<b>215</b>	<b>21</b>				<b>C x P Gastos en Personal</b>	<b>916.191</b>
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>01</b>			<b>Personal de Planta</b>	<b>617.615</b>
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>01</b>	<b>001</b>		<b>Sueldos y Sobresueldos</b>	<b>474.766</b>
215	21	01	001	001	Sueldos base	184.000
215	21	01	001	009	Asignaciones Especiales	41.000
215	21	01	001	009 007	Asignación Especial Transitoria, Art. 45, Ley N° 19.378 <sup>1</sup>	35.000
215	21	01	001	009 999	Otras Asignaciones Especiales <sup>1</sup>	6.000
215	21	01	001	015	Asignaciones Sustitutivas	9.700
215	21	01	001	015 001	Asignación Única, Art. 4, Ley N° 18.717 <sup>1</sup>	9.700
215	21	01	001	019	Asignación de Responsabilidad	18.000
215	21	01	001	019 002	Asignación de Responsabilidad Directiva <sup>1</sup>	18.000
215	21	01	001	028	Asig.Des.Cond.Dificiles	34.666
215	21	01	001	028 002	Asig.Des.Cond.Dificiles	34.666
215	21	01	001	031	Asignación de Experiencia Calificada	3.400
215	21	01	001	031 002	Asignación Post Título, Art. 42, Ley N° 19.378 <sup>1</sup>	3.400
215	21	01	001	044	Asig.Atencion Primaria	184.000

215	21	01	001	044	001	Asig.Atencion Primaria	184.000
215	21	01	002			<b>Aportes del Empleador</b>	<b>22.263</b>
215	21	01	002	001		A Servicios de Bienestar	6.263
215	21	01	002	002		Otras Cotizaciones Previsionales	16.000
215	21	01	003			<b>Asignaciones por Desempeño</b>	<b>60.000</b>
215	21	01	003	002		Desempeño Colectivo	60.000
215	21	01	003	002	000	Asignación Variable por Desempeño Colectivo <sup>1</sup>	60.000
215	21	01	003	003		Desempeño Individual	0
215	21	01	003	003	005	Asignación de Mérito, Art. 30, de la Ley N° 19.378, y Ley N° 19.607 <sup>1</sup>	0
215	21	01	004			<b>Remuneraciones Variables</b>	<b>43.234</b>
215	21	01	004	005		Trabajos Extraordinarios	36.000
215	21	01	004	005	001	Trabajos extraordinarios	36.000
215	21	01	004	006		Comisiones de Servicios en el País	7.234
215	21	01	005			<b>Aguinaldos y Bonos</b>	<b>17.352</b>
215	21	01	005	001		Aguinaldos	6.300
215	21	01	005	001	001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	3.300
215	21	01	005	001	002	Aguinaldo de Navidad	3.000
215	21	01	005	002		Bonos de Escolaridad	3.532
215	21	01	005	003		Bonos Especiales	6.296
215	21	01	005	003	001	Bono especial	6.296
215	21	01	005	004		Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	1.224
215	21	02				<b>Personal a Contrata</b>	<b>176.562</b>
215	21	02	001			<b>Sueldos y Sobresueldos</b>	<b>147.703</b>
215	21	02	001	001		Sueldos base	48.517
215	21	02	001	009		Asignaciones Especiales	54.651
215	21	02	001	009	007	Asignación Especial Transitoria, Art. 45, Ley N° 19.378 <sup>1</sup>	54.500
215	21	02	001	009	990	Otras Asignaciones Especiales <sup>1</sup>	151
215	21	02	001	014		Asignaciones Sustitutivas	2.871
215	21	02	001	014	001	Asignación Única, Art. 4, Ley N° 18.717 <sup>1</sup>	2.871
215	21	02	001	018		Asignación de Responsabilidad	0
215	21	02	001	018	000	Asignación de Responsabilidad Directiva <sup>1</sup>	0
215	21	02	001	027		Asignacion de Estimulo Personal Medico y profesores	5.677
215	21	02	001	027	000	Asig.por desempeño en condiciones dificiles art.28 Ley N° 19378	5.677
215	21	02	001	030		Asignación de Experiencia Calificada	0
215	21	02	001	030	000	Asignación Post Título, Art. 42, Ley N° 19.378	0
215	21	02	001	042		Asig.de Atencion Primaria de salud	35.987
215	21	02	001	042	000	Asig.Aten.Primaria de Salud Ley N° 19378	35.987
215	21	02	002			<b>Aportes del Empleador</b>	<b>5.623</b>
215	21	02	002	001		A Servicios de Bienestar	2.000
215	21	02	002	002		Otras Cotizaciones Previsionales	3.623

<b>215</b>	<b>21</b>	<b>02</b>	<b>003</b>			<b>Asignaciones por Desempeño</b>	<b>9.565</b>
215	21	02	003	002		Desempeño Colectivo	9.565
215	21	02	003	002	000	Asignación Variable por Desempeño Colectivo <sup>1</sup>	9.565
215	21	02	003	003		Desempeño Individual	<b>0</b>
215	21	02	003	003	000	Asignación de Mérito, Art. 30, de la Ley N° 19.378, Ley N° 19.607 <sup>1</sup>	0
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>02</b>	<b>004</b>			<b>Remuneraciones Variables</b>	<b>7.006</b>
215	21	02	004	005		Trabajos Extraordinarios	3.150
215	21	02	004	006		Comisiones de Servicios en el País	3.856
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>02</b>	<b>005</b>			<b>Aguinaldos y Bonos</b>	<b>6.665</b>
215	21	02	005	001		Aguinaldos	<b>2.200</b>
215	21	02	005	001	001	Aguinaldo de Fiestas Patrias <sup>1</sup>	1.200
215	21	02	005	001	002	Aguinaldo de Navidad <sup>1</sup>	1.000
215	21	02	005	002		Bono de Escolaridad	812
215	21	02	005	003		Bonos Especiales	<b>3.505</b>
215	21	02	005	003	001	Bono Extraordinario Anual <sup>1</sup>	3.505
215	21	02	005	004		Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	148
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>03</b>				<b>Otras Remuneraciones</b>	<b>122.014</b>
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>03</b>	<b>001</b>			<b>Honorarios a Suma Alzada – Personas Naturales</b>	<b>120.014</b>
215	21	03	001	001		Programa Odontologico Integral	0
215	21	03	001	002		Programa Ges Odontologico	10.400
215	21	03	001	003		Programa Acceso Atencion Odontologica	0
215	21	03	001	004		Programa Cardiovascular	6.000
215	21	03	001	005		Programa Atencion Domiciliaria	2.434
215	21	03	001	006		Programa Sur	62.000
215	21	03	001	007		Programa Chile Crece Contigo	0
215	21	03	001	008		Programa Mejoria Equidad	16.380
215	21	03	001	009		Programa Ref.Equipos de Salud	0
215	21	03	001	010		Programa Apoyo Gestion Digitacion	4.050
215	21	03	001	011		Programa Red Filas Tempranas	9.743
215	21	03	001	012		Programa Fondo Farmacia	7.007
215	21	03	001	013		Programa Espacios Amigables	0
215	21	03	001	014		Programa Junaeb	2.000
215	21	03	001	015		Programa Sembrando Sonrisas	0
<b>215</b>	<b>21</b>	<b>03</b>	<b>005</b>			<b>Suplencias y Reemplazos</b>	<b>2.000</b>
<b>215</b>	<b>22</b>					<b>C x P Bienes y Servicios de Consumo</b>	<b>422.537</b>
215	22	01				Alimentos y Bebidas	3.454
215	22	01	001			Para Personas	3.454
215	22	01	001	001		Para Personas	3.454
215	22	02				Textiles, Vestuario y Calzado	100
215	22	02	002			Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	100
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>03</b>				<b>Combustibles y Lubricantes</b>	<b>6.814</b>



215	22	03	001		Para Vehículos	6.814
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>04</b>			<b>Materiales de Uso o Consumo</b>	<b>297.136</b>
215	22	04	001		Materiales de Oficina	8.134
215	22	04	001	001	Materiales de Oficina	8.134
215	22	04	002		Textos y Otros Materiales de Enseñanza	0
215	22	04	003		Productos Químicos	26.822
215	22	04	004		Productos Farmacéuticos	200.000
215	22	04	004	001	Productos Farmaceuticos	200.000
215	22	04	005		Materiales y Útiles Quirúrgicos	48.000
215	22	04	005	001	Mat.y Utiles Quirurgicos	48.000
215	22	04	006		Fertilizantes, Insecticidas, Fungicidas y Otros	0
215	22	04	007		Materiales y Útiles de Aseo	10.500
215	22	04	009		Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales	2.000
215	22	04	010		Materiales para Mantenimiento y Reparaciones de Inmuebles	1.000
215	22	04	010	001	Prog.Apoyo Salud rural	1.000
215	22	04	011		Repuestos y Accesorios para Mantenimiento y Reparaciones de Vehículos	0
215	22	04	012		Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos	680
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>05</b>			<b>Servicios Básicos</b>	<b>23.854</b>
215	22	05	001		Electricidad	13.000
215	22	05	002		Agua	5.500
215	22	05	003		Gas	4.400
215	22	05	005		Telefonía Fija	954
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>06</b>			<b>Mantenimiento y Reparaciones</b>	<b>25.353</b>
215	22	06	001		Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	18.000
215	22	06	001	001	Mantenimiento y Reparac.Edificios	18.000
215	22	06	002		Mantenimiento y Reparación de Vehículos	4.811
215	22	06	003		Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	108
215	22	06	004		Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Oficina	434
215	22	06	005		Mantenimiento y Reparación de Maquinaria y Equipos de Producción	2.000
215	22	06	007		Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos	0
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>07</b>			<b>Publicidad y Difusión</b>	<b>10.000</b>
215	22	07	001		Servicios de Publicidad	0
215	22	07	002		Servicios de Impresión	10.000
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>08</b>			<b>Servicios Generales</b>	<b>4.757</b>
215	22	08	001		Servicios de Aseo	257
215	22	08	007		Pasajes, Fletes y Bodegajes	4.500
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>10</b>			<b>Servicios Financieros y de Seguros</b>	<b>2.000</b>
215	22	10	002		Primas y Gastos de Seguros	2.000
<b>215</b>	<b>22</b>	<b>11</b>			<b>Servicios Técnicos y Profesionales</b>	<b>47.019</b>

215	22	11	002		Cursos de Capacitación	2.000
215	22	11	002	002	Cursos de Capacitacion	2.000
215	22	11	999		Otros	45.019
215	22	11	999	001	Programa Resolutividad	18.205
215	22	11	999	016	Laboratorio Ges	11.495
215	22	11	999	018	Programa Imagenes Diagnosticas	8.185
215	22	11	999	019	Programa Fondo Farmacia	0
215	22	11	999	020	Programa Odont.mas sonrisa para Chile	0
215	22	11	999	021	Programa Modelo Salud Familiar Integral	2.846
215	22	11	999	036	programa joven sano	0
215	22	11	999	037	Programa Espacios Amigables	788
215	22	11	999	038	Programa Junaeb	3.500
215	22	12			Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	2.050
215	22	12	002		Gastos Menores	2.000
215	22	12	004		Intereses, Multas y Recargos	50
215	22	12	005		Derechos y Tasas	0
215	23				<b>C x P Prestaciones de Seguridad Social</b>	<b>0</b>
215	23	01			Prestaciones Previsionales	0
215	23	01	004		Desahucios e Indemnizaciones	0
215	24				<b>C x P Transferencias Corrientes</b>	<b>0</b>
215	24	01			Al Sector Privado	0
215	24	01	999		Otras Transferencias al Sector Privado <sup>1</sup>	0
215	26				<b>C x P Otros Gastos Corrientes</b>	<b>2.163</b>
215	26	01			Devoluciones	2.163
215	29				<b>C x P Adquisición de Activos no Financieros</b>	<b>7.651</b>
215	29	03			Vehículos	0
215	29	04			Mobiliario y Otros	1.500
215	29	05			Máquinas y Equipos	4.151
215	29	05	001		Máquinas y Equipos de Oficina	2.151
215	29	05	002		Maquinarias y Equipos para la Producción	2.000
215	29	06			Equipos Informáticos	2.000
215	29	06	001		Equipos Computacionales y Periféricos	1.000
215	29	06	002		Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas	1.000
215	31				<b>C x P Iniciativas de Inversión</b>	<b>1.500</b>
215	31	01			Estudios Básicos	0
215	31	01	002		Consultorías	1.500
215	34				<b>C x P Servicio de la Deuda</b>	<b>5.540</b>
215	34	07			Deuda Flotante	5.540
<b>Total Gastos</b>						<b>1.355.582</b>