

# PLAN COMUNAL DE SALUD 2016

**DEPARTAMENTO DE SALUD**



**CENTRO DE SALUD FAMILI**  
**Pedro Aguirre Cerd**



## ÍNDICE

### Tabla de contenido

<b>1. PRESENTACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>3. VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA APS</b> .....	<b>8</b>
<b>4. MARCO REFERENCIAL:</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1 ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA</b> .....	<b>9</b>
4.1.1 Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social .....	9
4.1.2 Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.....	9
<b>4.2 ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)</b> .....	<b>10</b>
<b>4.3 ENFOQUE DE CURSO DE VIDA</b> .....	<b>11</b>
<b>4.4 ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD</b> .....	<b>11</b>
4.4.1 Equidad de género en salud.....	12
4.4.2 Interculturalidad y pueblos indígenas .....	12
4.4.3 Inmigrantes .....	12
<b>4.5 GOBERNANZA</b> .....	<b>13</b>
4.5.1 Intrasectorialidad.....	13
4.5.2 Intersectorialidad.....	13
<b>4.6 PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA</b> .....	<b>13</b>
<b>4.7 OBJETIVOS SANITARIOS</b> .....	<b>14</b>
<b>4.8 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO</b> .....	<b>15</b>
<b>4.9 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA</b> .....	<b>22</b>
<b>4.10 PROMOCIÓN DE SALUD</b> .....	<b>23</b>
<b>4.11 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b> .....	<b>24</b>
<b>4.12 RED DE ATENCIÓN EN APS</b> .....	<b>27</b>
4.12.1 Centros de Salud Generales:.....	27
4.12.2 Centros de salud familiar (CESFAM):.....	27
4.12.3 Postas de Salud Rurales: .....	28
4.12.4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): .....	28
4.12.5 Estaciones Médico Rurales: .....	28
4.12.6 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):.....	28
<b>4.13 Proceso de Diseño de la Red de los Servicios de Salud</b> .....	<b>29</b>
<b>4.14 GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD</b> .....	<b>30</b>
<b>4.15 RECURSOS FINANCIEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA</b> .....	<b>32</b>
<b>4.16 FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b> .....	<b>34</b>
<b>4.17 MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA</b> .....	<b>34</b>
<b>4.18 PER CÁPITA BASAL</b> .....	<b>35</b>

<b>4.19 APLICACIÓN DE CRITERIOS DE INCREMENTO DEL PER CÁPITA</b>	
<b>BASAL:</b> .....	<b>35</b>
4.19.1 Pobreza:.....	35
4.19.2 Riesgo asociado a edad:.....	36
4.19.3 Ruralidad .....	36
4.19.4 Referencia de Asignación de Zona .....	36
4.19.5 Desempeño Difícil.....	37
<b>4.20 MECANISMO PAGO PROSPECTIVO POR PRESTACIÓN – PROGRAMAS.</b>	
37	
4.21 Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria .....	37
4.22 RECURSOS HUMANOS .....	39
<b>5 RESULTADOS GESTION ESTRATÉGICAS 2014.....</b>	<b>40</b>
<b>6. ANÁLISIS DEL ENTORNO .....</b>	<b>51</b>
6.1 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA COMUNAL .....	52
6.2 PREVISIONAL .....	52
6.3 INSCRIPCIÓN PER CÁPITA .....	53
6.4 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA COMUNA DE LA SERENA ..	54
6.5 JURÍDICO .....	56
6.6 TECNOLÓGICO.....	57
<b>7. RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUDEN LA COMUNA.....</b>	<b>58</b>
7.1 ACTIVIDADES POR CICLO VITAL .....	59
7.1.1 Infantil .....	59
7.1.2 A .....	60
7.1.3 Mujer .....	61
7.1.4 Adulto y adulto mayor .....	61
7.2 PROCEDIMIENTOS.....	62
<b>8. PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS.....</b>	<b>63</b>
8.1 RESUMEN FINANCIERO PROGRAMAS Y CONVENIOS AÑO 2014 .....	63
8.2 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	65
8.2.1 Resolutividad:.....	65
8.2.2 Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados .....	66
8.3 PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	67
8.3.1 Programa GES Odontológico Adulto .....	67
8.3.2 Programa GES Odontológico Familiar .....	67
8.3.3 Programa Odontológico Integral.....	67
8.4 SALUD MENTAL INTEGRAL.....	68
8.5 REHABILITACIÓN INTEGRAL .....	68
8.6 ATENCIÓN RESPIRATORIA .....	69
8.7 CONVENIOS JUNAEB-CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL	
GONZÁLEZ VIDELA .....	69
8.7.1 Salud Escolar.....	69
8.7.2 Clínica Dental Escolar .....	70
8.8 PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	70
8.9 Programa Chile Crece Contigo .....	71
8.9.1 Principios orientadores .....	72
8.9.2 Fortalecimiento del desarrollo prenatal .....	73

8.9.3 Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral.....	73
8.9.4 Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral.....	74
8.10 Espacios amigables para adolescentes en APS .....	75
8.10.1 Criterios de inclusión.....	75
8.10.2 Profesionales del Programa .....	75
8.10.3 Actividades del ProgramaAsistencial .....	75
8.11 Actividades del Servicio de Atención Primaria de Urgencia.....	76
9. GESTIÓN SOCIAL EN APS .....	77
10. CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES .....	79
11 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES .....	82
11.1 LINEAS ESTRATÉGICAS 2015 .....	82
11.2 MAPA PROCESOS DEPARTAMENTO DE SALUD .....	83
11.3 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD .....	84
12. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN .....	85
13. ACTIVIDADES PRIORIZADAS DE ACUERDO A ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS 2014 .....	86
13.1 SALUD MATERNA Y NEONATAL.....	86
13.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	87
13.3 SALUD DE LA MUJER EN ETAPA DE CLIMATERIO .....	88
13.4 SALUD INFANTIL.....	88
13.4.1 Área Estratégica: Promoción.....	88
13.4.2 Área Estratégica: Prevención .....	88
13.4.3 Área Estratégica: Tratamiento .....	89
13.5 SALUD DEL ADOLESCENTE.....	90
13.5.1 Área Estratégica: Promoción.....	90
13.5.2 Área Estratégica: Prevención .....	90
13.5.3 Área Estratégica: Tratamiento .....	91
13.6 SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS.....	92
13.6.1 Área Estratégica: Promoción.....	92
13.6.2 Área Estratégica: Prevención .....	93
13.6.3 Área Estratégica: Tratamiento .....	94
13.6.4 Área Estratégica: Rehabilitación.....	94
13.7 SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	94
13.7.1 Área Estratégica: Promoción.....	95
13.7.2 Área Estratégica: Prevención .....	95
13.7.3 Área Estratégica: Tratamiento .....	95
14. METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	97
15. INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....	98
16. EVALUACIÓN Y CONTROL .....	99

16.1 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN .....	99
17. DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS TERRITORIALES 2015.....	100
ANEXOS .....	102
ANEXO Nº 1: ORGANIGRAMA CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA.....	103
ANEXO Nº 2: DOTACION DE RECURSO HUMANO SOLICITADA AÑO 2015	104
ANEXO Nº 3PRESUPUESTO 2015AREA SALUD.....	105
ANEXO Nº 3 .....	106
ANEXO Nº 4 .....	107
ANEXO Nº 5 .....	108
ANEXO Nº 6 .....	108
ANEXO Nº 7 .....	108
GLOSARIO .....	111
COORDINACIÓN Y EDICIÓN.....	114

## **1. PRESENTACIÓN**

Este Plan de Salud Comunal comprende actividades planificadas por el Departamento de Salud y dispuesta en una programación que establecimiento de la comuna ejecuta, de acuerdo con las estrategias de salud local y en el cumplimiento de las normas y programas impartidos por el Ministerio de Salud.

Así entonces, los **Objetivos Sanitarios para la década 2010 – 2020**, las Políticas y Estrategias Prioritarias, propuestas por el MINSAL, constituyen el lineamiento técnico fundamental para la formulación del Plan de Salud Comunal año 2015.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud".Este Departamento presenta al Concejo Municipal, el Plan de Salud 2015, para su aprobación.

Asimismo, el Art. 65 letra a) de la Ley 18.695, orgánica constitucional de las Municipalidades,contempla que una vez aprobado este sea remitido al Servicio de Salud Coquimbo antes del 30 de noviembre de 2013.

De esta forma nuestro Plan de Salud Comunal constituye los lineamientos de la política de salud municipal para el periodo 2015.

## **2. INTRODUCCIÓN**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades acorde a mejoramiento de determinantes sociales de la salud, tales como: educación, vivienda, recreación entre otros.

El Municipio representa el ente articulador entre estas necesidades comunitarias y los esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas, convirtiéndose así en el responsable institucional de la implementación de estrategias que apuntan a la equidad, al desarrollo y calidad de vida de su población.

En este sentido, tiene la responsabilidad de formular el Plan de Salud Comunal en armonía con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL según lo establecido en la Ley 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el análisis de la situación de salud de la comunidad.

El Plan de Salud Comunal y sus principales fundamentos, deberán estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal, que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental (Ley 18.095).

En este contexto, los lineamientos impulsados desde la nueva administración de la Corporación Municipal Gabriel González Videla, relevan la integración de los departamentos de Salud y Educación como eje estratégico del mejoramiento de la calidad de nuestros servicios y, en consecuencia, de la calidad de vida de los habitantes de la comuna. Es así como la participación de nuestros funcionarios y de nuestros usuarios constituye una herramienta fundamental en el mejoramiento de nuestra gestión, en busca del fortalecimiento de una plataforma de encuentro. Avanzando de esta manera en la comprensión de que todos conformamos "comunidad" y, por lo tanto, todos somos responsables en la búsqueda de excelencia y calidad de vida.

### 3. VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA APS

#### **VISIÓN**

*“Ser la Comuna con atención de Salud Primaria de excelencia”*

#### **MISIÓN**

*“Contribuir al mejoramiento de calidad de vida, de los individuos y familias de la Comuna de La Serena, proporcionando una atención de salud integral con enfoque familiar, promocional y preventivo favoreciendo la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades y destrezas para el autocuidado”*

#### **VALORES Y PRINCIPIOS**

- Salud como un derecho
- Equidad y Solidaridad
- Accesibilidad
- Oportunidad
- Calidad
- Continuidad de la atención
- Integración social

#### **4. MARCO REFERENCIAL:**

##### **4.1 ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

###### **4.1.1 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.

###### **4.1.2 Ley de Derechos y Deberes de los pacientes**

Esta 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 8º 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.



## 4.2 ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

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.

### **4.3 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. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación (Barker& Clark, 1997; Gluckman& Hanson, 2008).

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 (CommitteeontheFutureHealthCareWorkforceforOlderAmericans, 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).

### **4.4 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.

#### **4.4.1 Equidad de género en salud**

Género: es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual; a diferencia de Sexo, término que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer. Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

#### **4.4.2 Interculturalidad y pueblos indígenas**

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de Atención Integral de Salud, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de mesas comunales y de región para abordar los problemas de salud que atañen a los pueblos indígenas.

La interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico “occidental” no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena, por ejemplo, también tiene un amplio desarrollo. En este sentido, el proceso de cambio de modelo de atención en curso tiene como desafío considerar las necesidades y características socioculturales de la población indígena.

#### **4.4.3 Inmigrantes**

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, que tiene otras creencias y costumbres que deben ser consideradas para aplicar las estrategias en salud.

El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

Art.º 16: Toda mujer durante el embarazo y hasta el 6º mes del nacimiento del hijo y el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan.

## **4.5 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.

### **4.5.1 Intrasectorialidad**

Es imprescindible la integración y complementariedad de la gestión de la SEREMI con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad, de especialidades y hospitalización. Lo anterior, ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrada para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

### **4.5.2 Intersectorialidad**

La Coordinación intersectorial debe lograr la definición de objetivos comunes y complementarios, coordinar los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas, orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

## **4.6 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 desde 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, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se espera que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la Programación, generar los espacios y destinar recursos necesarios.

#### **4.7 OBJETIVOS SANITARIOS**

El sector salud en su constante búsqueda de enfrentar los desafíos que afectan a la población, estableció en la década anterior una profunda reforma, en cuyos ejes establece la definición de Objetivos Sanitarios, los cuales guían el accionar del sector, así como el abordaje intersectorial.

De esta forma, se establece como imprescindible una visión amplia de la salud en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) sean una Política de Estado más que solo sectoriales.

Es así que para el periodo 2011-2020 se plantean como Objetivos Sanitarios:

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

Entre los aprendizajes que se establecieron con la implementación de los OSD 2000-2010 se destaca la necesidad de insertarlos en un sistema de planificación en el que se defina un plan de implementación, seguimiento y evaluación, que incluya la definición de indicadores, actividades, recursos y responsables; el que debe integrar a todos los niveles de la organización de salud para avanzar en la formulación y gestión efectiva de las metas.

Este aprendizaje es el fundamento de la formulación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para el cumplimiento de los OSD 2011-2020. De este modo se determina que para el logro de los 4 objetivos sanitarios existirán 9 objetivos estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, los que se miden a través de indicadores de impacto, trazadores y de proceso, correspondiendo a su vez a la selección de resultados y de intervenciones clínicas o procesos organizacionales, que permitan cumplir adecuadamente con los OSD.

Para avanzar al logro de los objetivos estratégicos de la ENS, se establece durante su diseño, la necesidad de establecer un plan operativo anual, el cual corresponde en términos generales a la formulación de actividades que propicien el cumplimiento progresivo y oportuno de las metas establecidas en los distintos niveles del sector, lo cual permitirá vincular los procesos operacionales del sector, con la planificación estratégica.

De esta forma y considerando los perfiles epidemiológicos actuales, que imponen una alta exigencia a la eficiencia y eficacia de las políticas públicas de salud, será nuestra capacidad de adaptarnos y responder adecuadamente a estos requerimientos la que en parte determinará también el cumplimiento de los OSD, estableciéndose por lo tanto la necesidad de una vinculación efectiva en los distintos niveles del sector, así como también con el intersector.

#### **4.8 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO**

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

<b>OE 1. REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO</b>		
<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>
VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis
Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

<b>OE2. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS</b>		
<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada por accidente cerebrovascular
Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial
Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2
Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años
Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer
Enfermedad Respiratorias Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica
Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados*
Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada

Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries <sup>a</sup> en niños de 6 años Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries <sup>a</sup> en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor <sup>a</sup>
Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años

**OIE3. REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 3 factores protectores <sup>a</sup> , en población mayor a 15 años
Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la proyectada de consumo de riesgo de alcohol <sup>a</sup> en población de 15 a 24 años
Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años <sup>a</sup>
Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente <sup>a</sup> en población entre 15 a 24 años
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente
Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 12 a 64 años

OE4. REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL		
TEMA	OBJETIVO	META
Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal
Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años
Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años
Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años
Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir 40% la tasa promedio de los últimos 3 años de mortalidad por accidentes del trabajo
Enfermedades Profesionales	Mejorar la vigilancia de las enfermedades profesionales	Aumentar en 100% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculo esquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744
Salud de la Mujer Climaterica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control
Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años

OE5. 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		
TEMA	OBJETIVO	META
Inequidad y Posición Social	Disminuir el gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años
Inequidad y Geografía	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas*

<b>OE6. PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS</b>		
<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>
<b>Contaminación Atmosférica</b>	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado* Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados*
<b>Residuos Sólidos</b>	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios
<b>Uso de Aguas</b>	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servidas
<b>Enfermedades Transmitidas por Alimentos</b>	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.
<b>Entorno Urbano</b>	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud

OE7.FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD		
TEMA	OBJETIVO	META
Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos <sup>a</sup> que tributan al repositorio nacional de información
Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso
Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada <sup>a</sup> Aumentar a 33% la proporción de Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud <sup>a</sup> , por Servicios de Salud Aumentar a 44% la proporción anual de Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud <sup>a</sup> , por Servicios de Salud
Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno
Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición
Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos

## OE7.FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

TEMA	OBJETIVO	META
		Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación
Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener en 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional

## OE8.MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

TEMA	OBJETIVO	META
Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas
Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención
Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas <sup>a</sup> Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad
Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaría en la atención de salud de centros de atención primaria Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaría en la atención de salud de urgencias

## OE9. FORTALECER LA RESPUESTA ADECUADA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

TEMA	OBJETIVO	META
Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Aumentar a 90% la proporción de instituciones de salud <sup>a</sup> con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados Aumentar en 30 hospitales el número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad

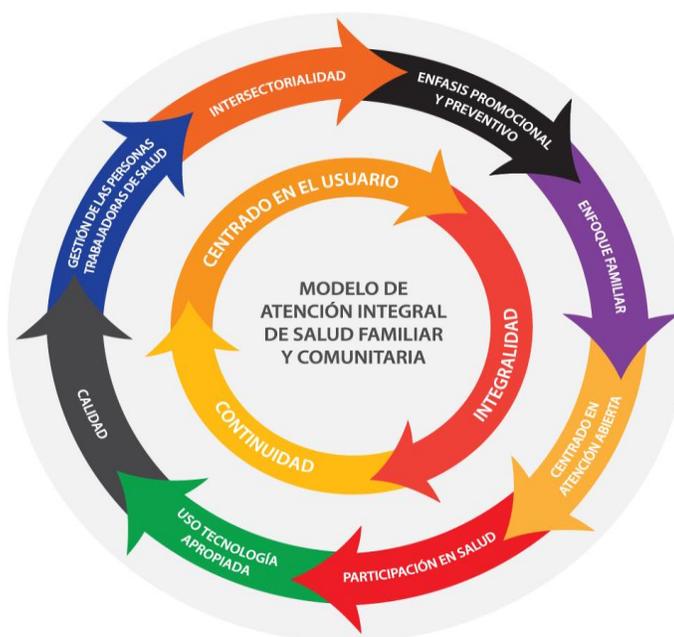
## 4.9 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Muchos de los principios del Modelo de Salud Integral, pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; “centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado”.

### Principios del Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitaria



La operacionalización de los principios del Modelo de Salud Integral, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación se revisan su conceptualización y aplicabilidad.

- **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.
- **Integralidad:** El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.
- **Continuidad del cuidado:** La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

#### **4.10 PROMOCIÓN DE SALUD**

La Promoción de salud, es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico.

En la última década, el reconocimiento de la naturaleza social de la salud, ha incluido fuertemente la mirada de los determinantes sociales de la salud para el desarrollo de políticas públicas, en este contexto la OMS ha impulsado el enfoque de Salud en

Todas las Políticas (SeTP), previamente enunciado en la declaración de Adelaida, fundamentando una posibilidad real de que las políticas de gobierno en sectores diferentes al de salud, tales como vivienda, trabajo, educación, transporte ofrezcan oportunidades reales para mejorar la salud y reducir las brechas sanitarias.

Este enfoque de política pública en todos los sectores, reconoce que las políticas públicas y las decisiones en áreas que no sean de salud, tienen un impacto significativo en la salud de la población. Es así que, enfatiza las implicancias en salud de las decisiones buscando sinergias para promover el bienestar, mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Desde esta mirada, los desafíos estratégicos de la promoción de salud se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales cuya finalidad sea crear entornos de apoyo que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable. Desde esta perspectiva, los gobernantes y quienes tienen poder político deben realizar acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a la salud de la población, bienestar y calidad de vida.

La función de promoción de la salud, está mandatada en la Autoridad Sanitaria Regional; en el ejercicio de las funciones señaladas en la Ley 19.937. La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada planteada por los organismos internacionales, recomienda que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, deben avanzar hacia el desarrollo de acciones dirigidas hacia la promoción de la salud, lo que demanda el desarrollo de nuevas funciones y competencias en los profesionales de salud. Esto implica que la promoción debe considerarse parte consustancial del trabajo de cada uno de los actores de la red de salud, con énfasis en atención primaria.

#### **4.11 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La Promoción de Salud, apunta a la generación de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables que les permitan, afrontar los problemas relacionados con los estilos de vida, incentivando, por ejemplo, la práctica de la actividad física, la alimentación saludable y la sana recreación. Uno de los desafíos apunta a fortalecer el enfoque colectivo/social de la Promoción de la salud, evitando

Sobredimensionar lo referente a los “estilos de vida” individuales, cada vez se hace más evidente actuar a nivel de los determinantes sociales, para alcanzar mejores resultados en salud, calidad de vida y equidad.

El Ministerio de Salud, ha desarrollado en forma sistemática estrategias de Promoción de la Salud desde el año 1998, año en que se elabora el primer Plan Nacional de Promoción de la Salud, que incluyó trabajo en el 98% de las comunas del país. Este trabajo, apuntó a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, con un modelo de gestión territorial local con trabajo intersectorial y participación de organizaciones sociales.

Actualmente, el programa de promoción de la salud tiene como propósito “Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos saludables”, dentro del cual se identifican tres entornos prioritarios para el desarrollo de la promoción de la salud: comunal, educacional y laboral.

Para trabajar en esta dirección se proponen estrategias generales y específicas, que combinan responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

a) Construcción de políticas públicas, basadas en la evidencia y en la realidad local, tales como: decretos alcaldicios, ordenanzas municipales, proyectos de ley que sustenten la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y estudian.

b) Intervenciones en los distintos componentes de salud pública regional, en base al diagnóstico epidemiológico nacional, regional y comunal, basadas en la evidencia, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros. Generando equipos de trabajo que desarrollen integralmente las funciones de salud pública de fiscalización, vigilancia y promoción de la salud con participación ciudadana.

c) Gestión Pública Participativa, mediante la capacitación de dirigentes sociales para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana, que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas (diseño, implementación y evaluación).

Dentro de las estrategias específicas se encuentran, Establecimientos educacionales promotores de Salud (EEPS) de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (IESPS), en el entorno laboral a través de la estrategia de Lugares de trabajo promotores de Salud (LTPS) y en el entorno comunal a través de la estrategia de Municipios Saludables-Planes Comunales de promoción de Salud.

La estrategia de EEPS, pretende diseñar e implementar planes y programas de promoción de salud al interior de los establecimientos educacionales, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa.

La estrategia IESPS, al igual que la anterior, busca instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud para la comunidad educativa y estudiantil.

Siguiendo la lógica anterior, la estrategia de LTPS tiene la finalidad de desarrollar procesos de mejora continua y de calidad, para alcanzar una mejor calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras.

La estrategia de Municipios Saludables, apunta a la mejora continua de las condiciones de salud con foco en la calidad de vida y por tanto en los determinantes de la salud, busca posicionar la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias; estimulando la colaboración entre los municipios, ciudades y comunidades.

Para lograr la traducción de la Promoción de Salud a nivel de políticas públicas locales, instalando estos temas en la agenda pública local/comunal, el sector salud ofrece una herramienta político-técnica concreta como son los Planes Comunales de Promoción de Salud (PCPS), que son un instrumento de creación colectiva de carácter técnico-social, preparado en conjunto con el gobierno local y la comunidad, que señala las metas y los procesos necesarios para conseguirlos.

El objetivo de los PCPS es instalar condiciones estructurales estables en el tiempo, que sustenten el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población.

La dimensión estructural de las acciones de promoción de la salud, se refiere a una serie de medidas que instalan condiciones estables y que constituyen mayores oportunidades para que personas, familias y comunidades accedan a la práctica de la promoción de la salud con estrategias que no sólo influyen en las temáticas de alimentación saludable, actividad física y vida libre del humo del tabaco, sino que apoyan el desarrollo de factores protectores a través del enfoque psicosocial, la participación ciudadana, la pertinencia cultural y territorial, a lo largo del curso de vida.

Con el propósito de instalar de la promoción de la salud, en los instrumentos de desarrollo regional, provincial y comunal, a nivel de la agenda política y los planes de desarrollo, de los gobiernos regionales y locales, es necesario potenciar los roles y funciones a nivel municipal y regional, no sólo del sector salud, sino que incorporando los gobiernos regionales e intersector.

Al respecto, la posibilidad de incidir en la gestión local, a fin de que estos contengan y transformen sus políticas e intervenciones desde el foco de promoción de salud, supone lograr que los mecanismos a través de los cuales los gobiernos locales organizan su quehacer de cara a la ciudadanía, integren desde su diseño, las acciones del PCPS. Para lograr el fortalecimiento del rol de los gobiernos locales, regionales y comunales, instrumentos como el PLADECO, se tornan fundamentales como medio para articular la promoción con el conjunto de políticas y programas que orientan el desarrollo comunal en determinado período de tiempo.

#### **4.12 RED DE ATENCION EN APS**

En el proceso de programación en red existen distintos actores tales como: MINSAL, Seremi de Salud, Servicios de Salud y Hospitales Autogestionados en Red (EAR). En el caso de la Red APS, los Consultorios Generales son los actores principales para el cumplimiento de las necesidades ambulatorias del nivel primario.

##### **4.12.1 Centros de Salud Generales:**

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención Primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos (CGU) o rurales (CGR) según se ubiquen en localidades de iguales características. Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

##### **4.12.2 Centros de salud familiar (CESFAM):**

Corresponden a centros de salud urbanos o rurales que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas.

Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el auto cuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención

está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias, producidos por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.

#### **4.12.3 Postas de Salud Rurales:**

Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.

#### **4.12.4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):**

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

#### **4.12.5 Estaciones Médico Rurales:**

No son establecimientos por sí mismos. Al igual que los CECOSF corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia es aplicada en pocos lugares como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

#### **4.12.6 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):**

Programa de actividades propuesto para realizarse en los Consultorios Generales, 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 urgencia con los profesionales más idóneos

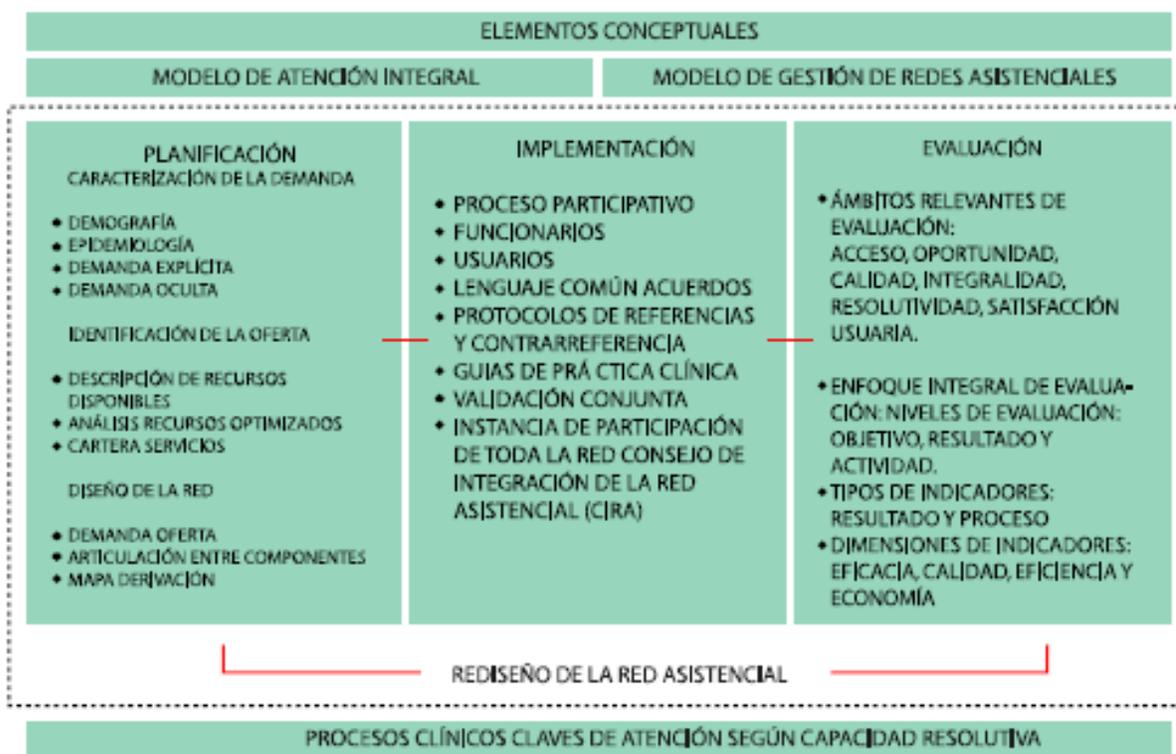
disponibles, según cada caso, permitiendo potenciar las atenciones que les corresponden.

#### 4.13 Proceso de Diseño de la Red de los Servicios de Salud

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un Proceso de Diseño y/o Rediseño de la Red de los Servicios de Salud.

En este sentido, se presentan orientaciones para la elaboración del Proceso de Diseño, Implementación y Evaluación de la Red de cada Servicio de Salud, tomando como unidad de análisis el Servicio de Salud, ya que considerando la articulación de sus Establecimientos o componentes, es una Red en sí misma.

El siguiente esquema resume las etapas, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar un Proceso de Diseño de la Red del Servicio de Salud, basado en el Modelo de Atención Integral y opera a través del Modelo de Gestión de Redes Asistenciales.



#### *Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud*

#### **4.14 GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD**

La gestión de la provisión de las prestaciones definidas anualmente, por Ley, en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un importante desafío para las Redes Asistenciales, responsables de asegurar el acceso de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a esas prestaciones. La APS (junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios) son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías.

Así mismo la Gestión de Garantías Explícitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización debe considerar más que el cargo en lo estructural, el cumplimiento de la función que se deberá asociar a aquél agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo, como se detalla a continuación:

- **Encargado AUGÉ:** Objetivo: Asegurar la continuidad de la atención del usuario en una red explícita definida en áreas de atención de salud locales, regionales y nacionales. Esta es una función asociada fuertemente a las autoridades de un establecimiento, en especial a las subdirecciones clínicas.
- **Encargado de Registros SIGGES:** Objetivo: Asegurar la calidad y oportunidad de la información asociada al SIGGES o sistema de información que corresponda, el registro confiable y oportuno. Esta función se relaciona fuertemente a los equipos de estadística y de Gestión de la Información de los establecimientos.
- **Digitador en los sistemas de información, incluyendo SIGGES:** Objetivo: Realizar el registro de información respectiva en la herramienta SIGGES con la calidad, confiabilidad y oportunidad requerida.
- **Encargados de las Oficinas OIRS/ Reclamos Ges:** Objetivo: Asegurar la información a la comunidad y los beneficiarios de las garantías explícitas y sus derechos y obligaciones, así como el ciclo de reclamos GES y su resolución.

La evaluación del estado de cumplimiento de las garantías de cada Red por Servicio de Salud, resulta de vital importancia, ya que permite conocer la situación de cumplimiento dentro de lo establecido por la ley e identificar oportunamente los riesgos de incumplimientos que deberán ser entregados al siguiente nivel de gestión dado en la figura del gestor de Red del Servicio de Salud, según su evaluación de oferta a nivel local, requerirá tal vez de la intervención del Directorio de Compra Regional o del Seguro de Salud directamente.

La Atención Primaria detectará y derivará a los siguientes niveles, lo que a su vez, son dependientes de los siguientes factores:

- Grado Información a la comunidad y al paciente GES, campañas educativas y preventivas.
- Grado de cobertura del examen de medicina preventivo (detección precoz).
- Grado de conocimiento de las guías clínicas GES y acatamiento a sus recomendaciones.
- Pertinencia de la derivación. Existencia de normas de derivación y de contra-derivación.
- Nivel de resolutivez de la Atención Primaria; disponibilidad de especialistas en Atención Primaria, equipamiento (laboratorio, radiografías, eco tomografías).
- Modelo de atención del GES; el que determina el nivel de resolución preferente de los problemas de salud GES en la Red.

En este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención (sospecha, diagnóstico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud Ges:

- Hipertensión arterial esencial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Depresión leve, moderada y grave
- Presbicia
- Entrega de Órtesis
- Artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada
- IRA
- Neumonía
- Epilepsia no refractaria en niños/as y adultos
- Salud oral integral de 6 y 60 años y embarazadas
- EPOC
- Asma bronquial en niños/as y adultos
- Urgencia odontológica
- Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas
- Prevención secundaria de insuficiencia renal crónica terminal
- Enfermedad de Parkinson
- Diagnóstico de displasia luxante de caderas
- Screening de cáncer cérvico uterino
- Screening de cáncer de mamas
- Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
- Erradicación del Helicobacter Pylori

#### 4.15 RECURSOS FINANCIEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

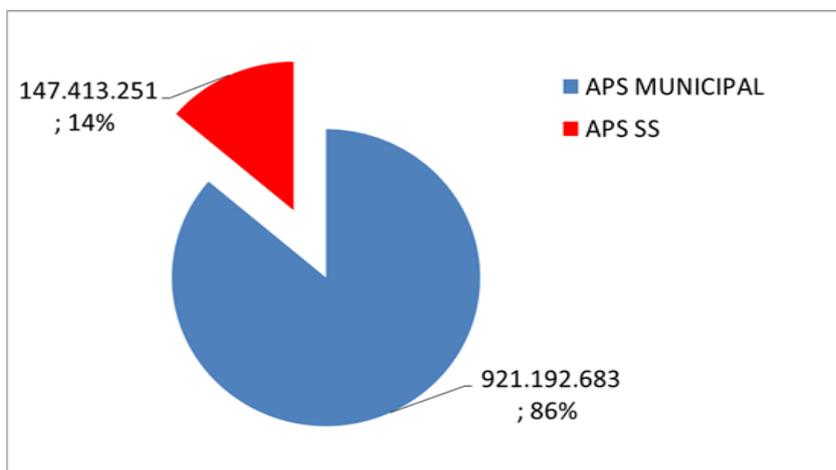
La gestión de los recursos financieros en Atención Primaria se inscribe dentro del contexto de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de presupuesto por resultados, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente, la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta, cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo se han financiado los gastos efectuados. Esto cobra especial importancia en salud, pues involucra a las personas y su bienestar.

La Atención Primaria de Salud (APS) chilena presenta distintos mecanismos y dependencias administrativas y fuentes de financiamiento. Se distinguen:

- a) Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.
- b) Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones.
- c) Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 suscritos con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención.

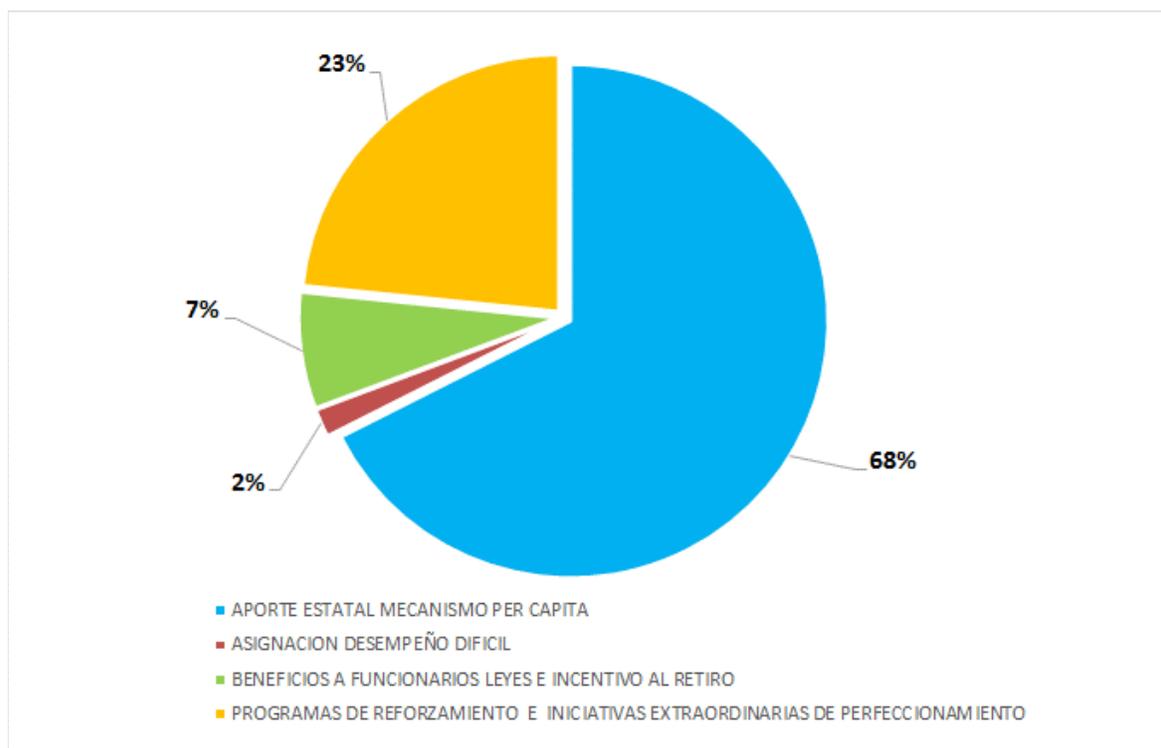
En ese contexto, la Ley de presupuesto del sector público, contempla entre otros, el programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se especifican los recursos para el gasto, en el concepto de transferencias corrientes a otros organismos del sector público, tanto para la dependencia de administración municipal como para la dependencia directa de los Servicios de Salud.

Presupuesto Atención Primaria. Ley Inicial, por tipo de dependencia. M\$ 2014.



El aporte fiscal a la Atención Primaria en lo referente a los gastos operación en el ámbito de las redes asistenciales, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Fondo Nacional de Salud, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, considerando tres glosas, entre ellas la: 02 asociada a la Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud, y la 03, vinculada a la Atención Primaria Municipal. Este monto asciende a M\$ 1.068.605.934 para el año de 2014; un 86% se destina a la salud primaria municipal y un 14%, a la atención primaria dependiente de los Servicios de Salud.

A su vez, los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud Municipal, se subdividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas: un 68% se transfiere vía mecanismo de per cápita, un 23,0% en Programas de Reforzamiento e Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento, y un 9%, al financiamiento de los gastos originados por la aplicación de las Leyes N° 19.813, 20.157 y 20.250; la distribución se muestra en la figura a seguir.

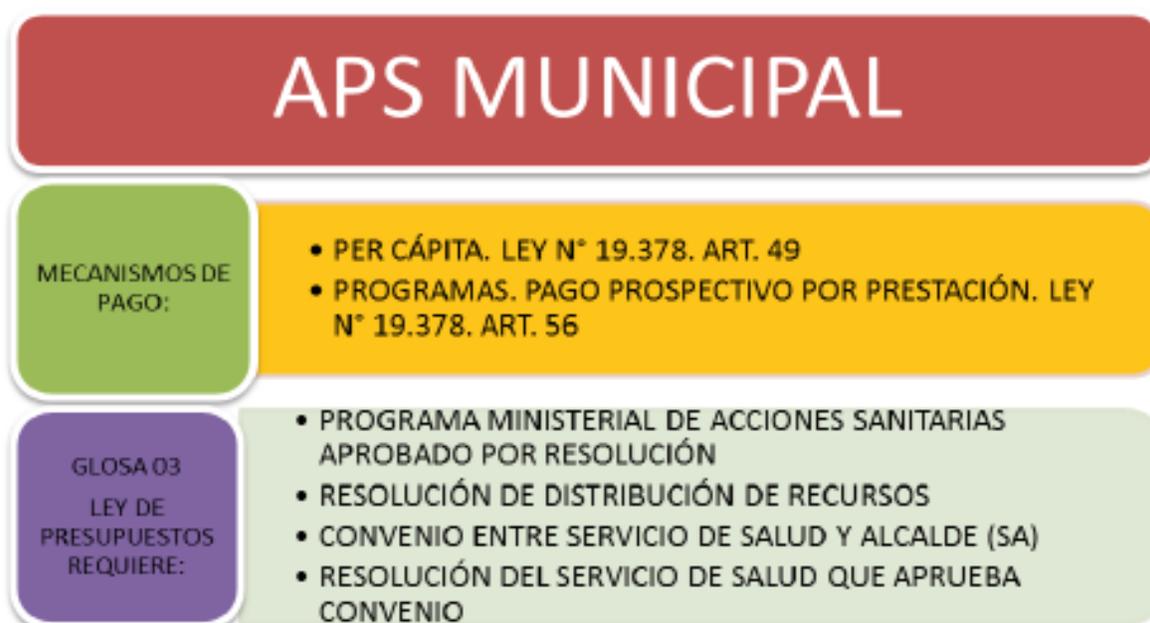


Fuente:

Por otro lado, el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), instalado en el sector de salud, reconoce para el caso de la Atención Primaria, el programa presupuestario respectivo y las aperturas en las dependencias municipal y de Servicios de Salud.

#### 4.16 FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La Atención Primaria municipal, posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N° 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago: per cápita y pago prospectivo por prestación (programas de reforzamiento de atención primaria). La atención primaria de dependencia municipal, considera una población a cargo para el año 2014 de 11.907.422 personas y 322 Municipalidades (93% del total de Municipalidades), que corresponden a entidades administradoras de salud municipal en Chile.



Mecanismos de Pago y Regulación del Financiamiento en Atención Primaria de Administración Municipal.

#### 4.17 MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA.

El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar y sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

Con relación al plan de salud familiar, se menciona que su cálculo se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria.

El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el 2013, el PSF incluye un total de 96 prestaciones.

Para el cálculo del plan de salud familiar se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley N° 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, consideran grupo objetivo y coberturas; finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

En la situación actual, de las 322 comunas que administran la APS municipal, 86 son clasificadas como urbanas, 189 como rurales y 47 como comunas de costo fijo, no obstante a estas no se le aplica el mecanismo de financiamiento mecanismo per cápita pues su tamaño se constituye en barrera técnica para ello.

#### **4.18 PER CÁPITA BASAL**

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per cápita basal, consideran: el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema; la dificultad para prestar atenciones de salud y la dificultad para acceder a las atenciones de salud.

#### **4.19 APLICACIÓN DE CRITERIOS DE INCREMENTO DEL PER CÁPITA BASAL:**

##### **4.19.1 Pobreza:**

Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indicador mide la capacidad económica del municipio, con base a la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1.

Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios. Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per cápita basal:

- Tramo 1: 18%
- Tramo 2: 12%.
- Tramo 3: 6%.
- Tramo 4: 0%.

#### **4.19.2 Riesgo asociado a edad:**

Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos, como un monto fijo e igual para todas las comunas. El año 2013 ese monto es de \$487 mensuales incorpora una asignación adicional por cada uno de los beneficiarios potenciales (población inscrita en los establecimientos de atención primaria, sujeta a proceso de validación y certificación y a cargo de los establecimientos de la atención primaria), de 65 años y más.

#### **4.19.3 Ruralidad**

Incremento por ruralidad de 20%. De acuerdo al CENSO de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médicos rurales. Conforme la validación de los resultados del Censo 2012, las comunas que reciben este incremento pudiera variar.

#### **4.19.4 Referencia de Asignación de Zona**

Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%. La matriz que refleja este factor de incremento se muestra a seguir:

Referencia de Tramos de Asignación de Zona (en %)	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70 y más
Porcentajes de Incremento sobre el Per Cápita Basal (en %)	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

#### **4.19.5 Desempeño Difícil**

Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud, deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28, 29 y 30 de la Ley N° 19.378.

#### **4.20 MECANISMO PAGO PROSPECTIVO POR PRESTACIÓN – PROGRAMAS.**

El aporte estatal vía el mecanismo de pago de Per cápita, se complementa con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la ley N° 19.378. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación.

Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Los recursos asociados al artículo 56, se encuentran además, señalados en la Glosa 03, del programa presupuestario de la Atención Primaria determinado por la ley de presupuestos del sector público, y están destinados al financiamiento de la Atención Primaria desarrollada en las entidades administradoras de salud municipal, debiendo ser asignados, sobre la base de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las respectivas entidades administradoras de salud municipal, y, de las instrucciones o acuerdos del Ministerio de Salud, lo que se refleja en Programas Ministeriales aprobados por Resolución, sin perjuicio de las funciones de supervisión que deban efectuar los Servicios de Salud.

Conforme la Ley 19.378 y sus modificaciones, las autoridades que suscriban convenios entre los Municipios que administran salud y los Servicios de Salud correspondientes, son el Alcalde o Alcaldesa y el Director (a) del Servicio en su rol de gestor de redes. Asimismo, las transferencias de recursos, conforme la regulación vigente, se realiza desde los Servicios de Salud hacia las Municipalidades.

#### **4.21 Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria**

Tales recursos con cargo a aporte fiscal, se encuentran determinados en la Ley de Presupuestos del Sector Público en la partida 16 y se describen a seguir:

**a) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Capítulo 10, programa 01. Programa campaña de invierno.**

En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, se establece el “Programa Campaña de Invierno”. Esta estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional que afecta a un número importante de la población durante todo el año, pero que en un determinado momento del mismo, caracterizado por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad, requiere de refuerzo asistencial estacional y campaña de comunicación social para educación a la comunidad. Estos aportes se focalizan preferentemente en menores de un año y en los mayores de 65 años, que son los grupos biológicamente más vulnerables; su suma alcanza a M\$ 1.872.390, donde se podrá considerar asignación de recursos a los establecimientos de la Atención Primaria.

**b) SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Capítulo 10, programa 01. Protección Social.**

Se establece el Programa de Apoyo al Recién Nacido, destinado a mejorar las condiciones de atención y cuidado para el desarrollo infantil; así como también, a fomentar la instalación de interacciones y relaciones de apego seguro entre los padres, madres, cuidadoras(es) y sus hijos o hijas en establecimientos de Atención Primaria y también en Hospitales. Este Programa asciende a M\$ 14.216.165 anual.

**c) SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Capítulo 10, programa 02. Inversión sectorial de salud:**

Se consideran asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial. Se relaciona con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural y sus reposiciones. Este programa contempla glosa 01 en la Ley de Presupuestos que señala que el Ministerio de Salud debe informar trimestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, el avance de la ejecución del mismo, desglosado por Servicio de Salud y Comuna.

**d) SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. Bienes meritorios.**

Para los bienes de salud pública se consideran recursos señalados en la Partida 16, Capítulo 09,

Programa 01, considerando entre ellos, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), que sumados alcanzan a M\$ 102.837.355.

En este mismo Capítulo, se considera el Subtítulo de gasto de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, Sub título 24 ítem 03 299, Programas Especiales Atención Primaria, que contempla los recursos destinados a financiar acciones y actividades de Promoción en la Atención Primaria de Salud, quedando de esta manera tales iniciativas acogidas en el ámbito de la salud pública cuya suma asciende a M\$ 3.692.99833.

## **4.22 RECURSOS HUMANOS**

La gestión del conocimiento constituye un desafío cotidiano, una necesidad para la supervivencia de las organizaciones. La Atención Primaria Municipal, no escapa a estas circunstancias. En los establecimientos de atención abierta, la gestión del conocimiento, debe orientarse no sólo mejorar la calidad y la equidad del servicio prestado, sino garantizar la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar, comunitario y en red.

Para lograr estos objetivos, los Centros de Salud Familiar deben transcurrir hacia lo que se denomina: organización inteligente. Para lograrlo, se deben desarrollar conjuntamente las siguientes áreas:

- Construcción de una visión compartida del establecimiento.
- Modelos formativos que acentúen la apertura al cambio.
- Formación continua del equipo de salud.
- Dominio profesional para aprender cómo los actos inciden en el usuario.
- Pensamiento sistémico con el fin de dinamizar la red.

La proyección de la atención primaria depende, en consecuencia, de su capacidad de respuesta a las necesidades, demandas y expectativas del usuario y de sus equipos de salud. La calidad de esa respuesta está vinculada al conocimiento aplicado en el primer nivel de atención, indisociable de las personas que lo generan y de su grado de satisfacción con su trabajo y con el entorno en que ejercen. Ese conocimiento está ligado al avance de la investigación en esta área, su difusión y su aplicación en la práctica profesional.

La formación y capacitación de recursos humanos es uno de los ejes centrales para el avance del Modelo de Atención de Salud en la Atención Primaria. Esto se fundamenta en que el principal instrumento de trabajo en este nivel, es el capital humano, con sus conocimientos, habilidades y destrezas.

Considerando los desafíos que se les plantea a los equipos, de responder a los objetivos sanitarios de la década, en particular a aquellos que están relacionados con el envejecimiento progresivo de la población, la modificación de los estilos de vida y al incremento de la supervivencia de muchas patologías que se cronifican, conduce al sector salud a diseñar estrategias para la atención de enfermedades crónicas.

Agregado a lo anterior, los avances que se han tenido en la implementación y en el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, obliga a revisar las estrategias de formación y capacitación, las que deben dar cuenta de los desafíos planteados por la nueva conceptualización de éste modelo.

## 5 RESULTADOS GESTION ESTRATÉGICAS 2014

### Modelo de Atención Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria



## Modelo de Atención: 3 Pilares Fundamentales

Centrado en el usuario/Integralidad/Continuidad

1



2



1.- Satisfacción Usuaría - OIRS

2.- Modelo Integral de Atención

3.- Continuidad de la atención  
(FOFAR, SAPU, Extensiones Horarias)

3



## Modelo de Atención

8 Ejes Transversales

### Eje n° 1 INTERSECTORIALIDAD



Implementación de Políticas de Salud en APS en alianza con la Red



Gestiones con el Gobierno Regional. EMR



Mesa de Coordinación Salud – Educación  
Corporación GGV



Mesa Comunal de Infancia y Adolescencia  
de La Serena. Lanzamiento Política

### Eje n° 2 Enfoque Familiar



Prestaciones en Salud para cada ciclo de vida con equipos de profesionales integrales.



Desarrollo de Actividades pertinentes a las características clínicas de nuestras familias.



Fortalecimiento de Comportamientos Saludables específicos a los ciclos vitales de nuestros usuarios.

### Eje n° 3 Énfasis Promocional y Preventivo



Actividades que involucran de manera transversal a tod@s nuestros usuari@s de la Comuna de la Serena.-



### Eje n° 4 Centrado en la Atención Abierta



Operativos territoriales con aplicación de exámenes preventivos y gratuitos / Diagnósticos Participativos



Operativos territoriales con aplicación de exámenes preventivos y gratuitos / Diagnósticos Participativos

### Eje n° 5 Participación



Diálogos Ciudadanos





**Eje n° 6 Uso de Tecnología Apropriada**

**Unidad prestaciones Oftalmológicas (UAPO)**



**Eje n° 7 Calidad**

**Unidad Prestaciones Centros comunitarios de Rehabilitación (CCR) y SAPUS Comunales.**

Foto gremio

## RESULTADO / IMPACTO



## Otras Alianzas Intersectoriales



CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS  
(CONVENIO SENDA /SENAME / MINSAL)

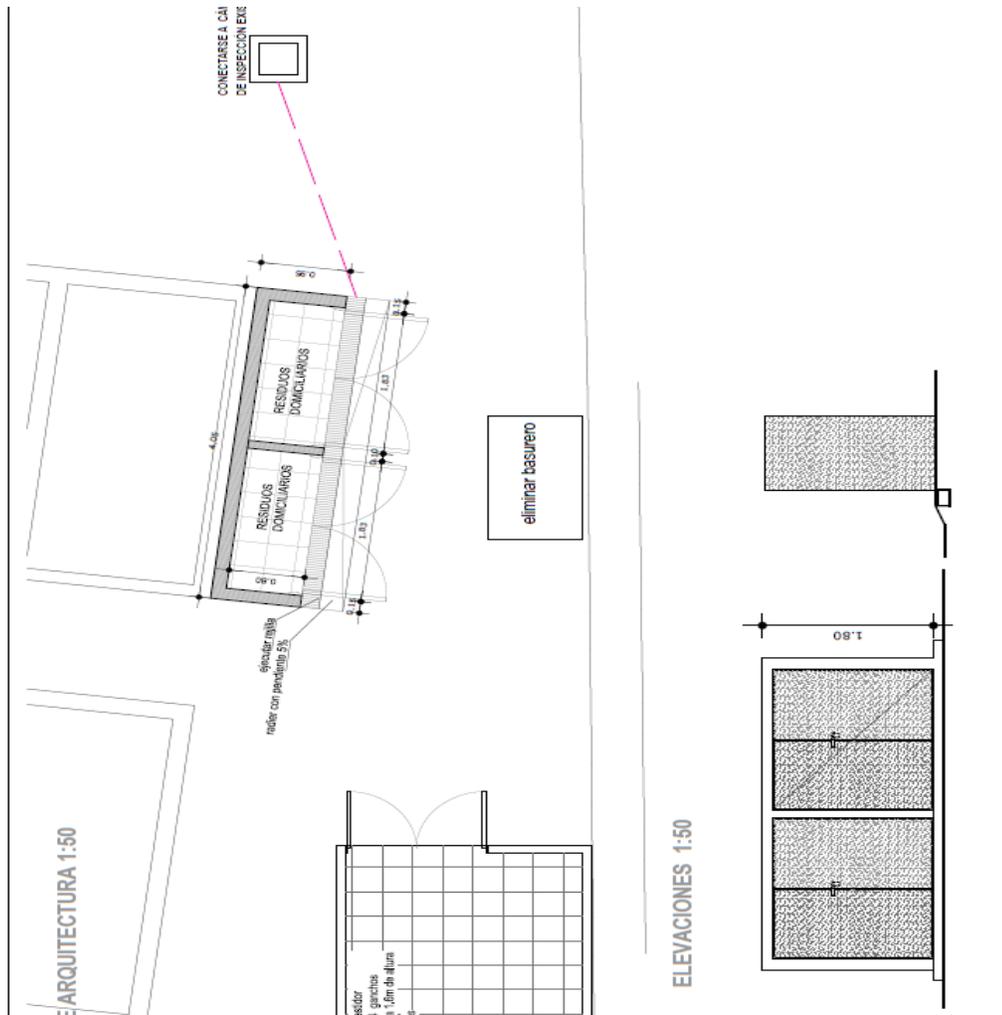


Clínica dental escolar / convenio JUNAEB

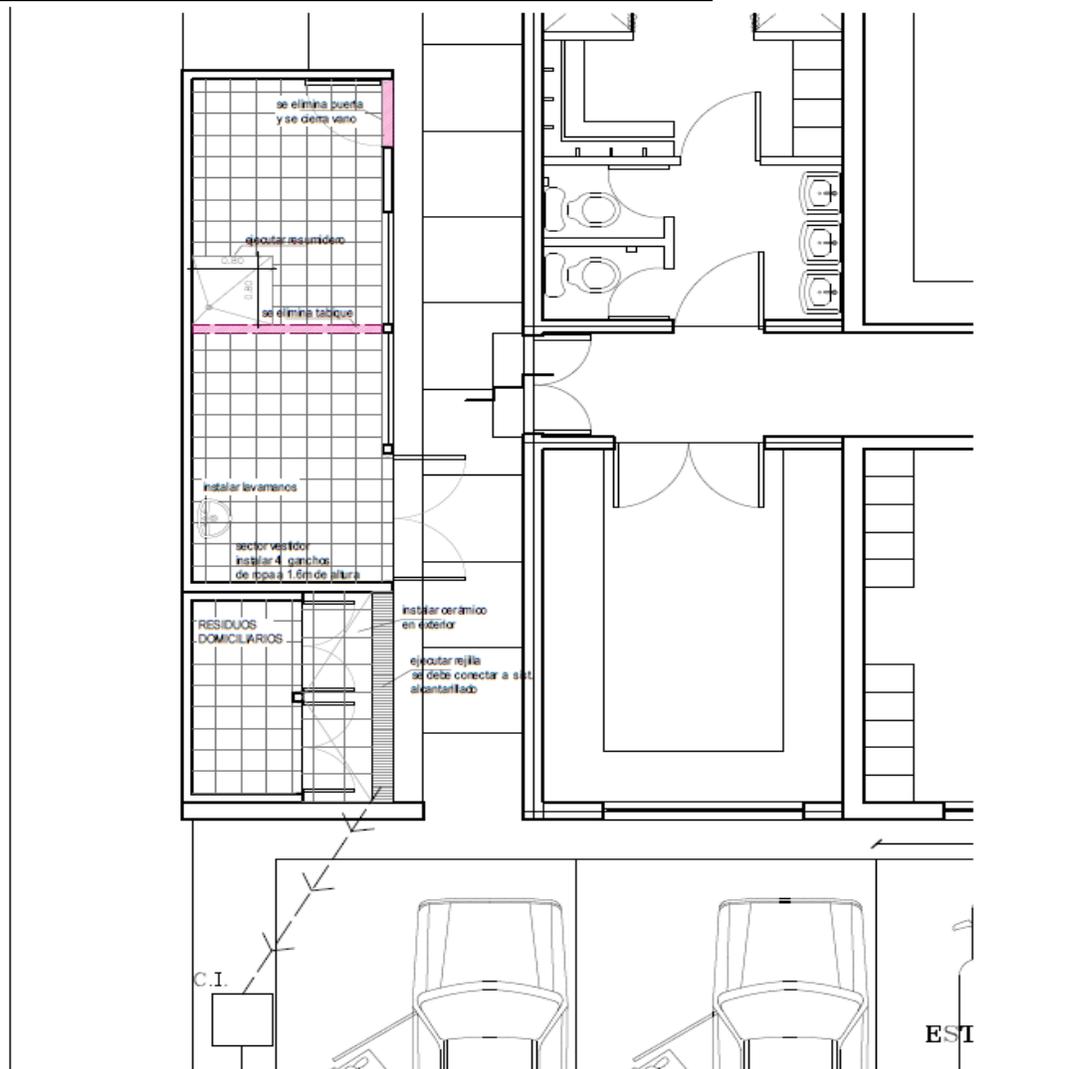
Mesa de Trabajo con Constitución Intersectorial de Promoción.

## Trabajos de infraestructura con Presupuesto PMI 2015

1. Mejoramiento y adecuación sala REAS y depósito de residuos domiciliarios en CESFAM Cardenal José M<sup>a</sup> Caro.



2. Mejoramiento y adecuación sala REAS y depósito de residuos domiciliarios en CESFAM Las Compañías.



3. Mejoramiento y adecuación sala REAS y depósito de residuos domiciliarios en CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez



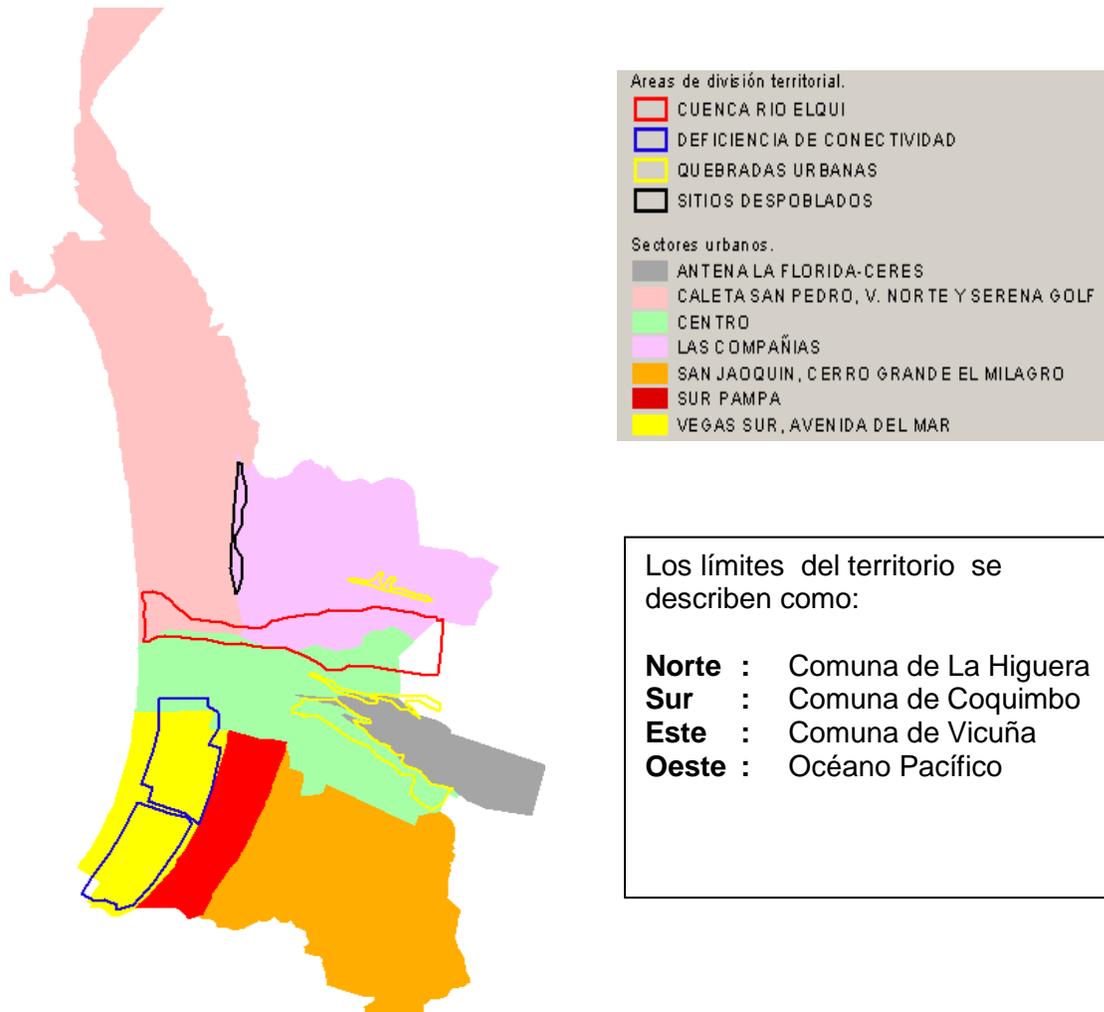
**Plan Comunal de Salud 2016**

<b>N°</b>	<b>Requerimiento</b>	<b>Descripción</b>
1	CESFAM Sur	RS proyecto CESFAM Sector Sur de la comuna
2	SAR en CESFAM RSH	RS proyecto SAR en CESFAM Raúl Silva Henríquez
3	CECOSF en Arcos de Pinamar	RS proyecto CECOSF en Arcos de Pinamar
4	CECOSF en Caleta San Pedro	RS proyecto CECOSF en Caleta San Pedro
5	Mejoramiento Posta de Lambert	RS proyecto Reposición Posta Lambert
6	Mejoramiento Posta de Las Rojas	RS proyecto Reposición Posta Las Rojas
7	Posta de Quebrada de Talca	RS proyecto Posta Quebrada de Talca
8	Posta de Altovalsol	RS proyecto Posta Altovalsol
9	Mejoramiento EMR El Rosario	RS proyecto EMR de El Rosario
10	Mejoramiento EMR Coquimbito	RS proyecto EMR de Coquimbito
11	Mejoramiento EMR Los Corrales	RS proyecto Mejoramiento de Instalaciones Sanitarias
12	Mejoramiento EMR Pelicana	RS proyecto Construcción EMR de Pelicana
13	Vehículos de Transporte y Carga	RS proyecto Reposición Vehículos de Transporte y Carga
14	Central de Esterilización	Preparar proyecto Central de Esterilización
15	Central de Vacunas	Preparar proyecto Camara de frío para vacunas
16	Central de Farmacia	Preparar proy. Adecuación y mejoramiento Central de Farmacia
17	Mejoramiento sala Rehabilitación CECOSF VEI	Preparar proyecto Sala de rehabilitación
18	Sala de lavado SAPU RSH	Preparar proyecto Sala de lavado
19	Instalación Grupo electrógeno JP2	Preparar proyecto Grupo electrógeno
20	Adecuación vehículos de emergencia	Preparar proyecto Adecuación de vehículos
21	Mejoramiento Servicios Higienicos RSH	Preparar proyecto mejoramiento sanitario
22	Reposición Equipamiento Salud	Ecógrafo
		Monitor cardíofetal
		Electrocardiógrafo
		Espirómetro fijo y portátil, jeringas de calibración
		Desfibriladores
		DEA (Desfibrilador externo automático)
		Balanzas c/tallímetro
		Balanzas pediátricas
		Esfigmomanómetro digital
Carro de paro		

N°	Centro	Acciones	Resultado
1	PAC	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
2	PAC	Construcción nuevos Box de atención	Ampliación autorizada
3	PAC	Regularizar licencias de operación RX	Operador RX Autorizado
4	PAC	Regularizar licencias de operación Autoclave	Operador autoclave Autorizado
5	RSH	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
6	RSH	Regularización Sala y Equipo RX	Sala y Equipo RX autorizado
7	RSH	Adecuación y mejoramiento SAPU	SAPU autorizado
8	RSH	Regularización Sala Procedimiento	Sala Procedimiento autorizada
9	RSH	Regularizar licencias de operación RX	Operador RX Autorizado
10	RSH	Regularizar licencias de operación Autoclave	Operador autoclave Autorizado
11	LAS CIAS	Regularización Sala y Equipo RX	Sala y Equipo RX autorizado
12	LAS CIAS	Adecuación y mejoramiento SAPU	SAPU autorizado
13	LAS CIAS	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
14	LAS CIAS	Adecuación sala PNAC -PACAM	Sala PNAC-PACAM autorizada
15	LAS CIAS	Regularizar licencias de operación RX	Operador RX Autorizado
16	LAS CIAS	Regularizar licencias de operación Autoclave	Operador autoclave Autorizado
17	CES	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
18	CES	Regularización Sala y Equipo RX	Sala y Equipo RX autorizado
19	CES	Regularizar licencias de operación RX	Operador RX Autorizado
20	CES	Regularizar licencias de operación Autoclave	Operador autoclave Autorizado
21	CARO	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
22	CARO	Regularización Sala y Equipo RX	Sala y Equipo RX autorizado
23	CARO	Regularizar licencias de operación RX	Operador RX Autorizado
24	CARO	Regularizar licencias de operación Autoclave	Operador autoclave Autorizado
25	CARO	Adecuación SAPU	SAPU autorizado
26	MODULO	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
27	MODULO	Regularización Sala y Equipo RX	Sala y Equipo RX autorizado
28	P. Lambert	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
29	P. Lambert	Reposición Posta	Posta autorizada
30	P. Las Rojas	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
31	P. Las Rojas	Reposición Posta	Posta autorizada
32	P. Altovalsol	Adecuación sala REAS	Sala REAS autorizada
33	CECOSF VL	Adecuación y mejoramiento CECOSF	CECOSF autorizado
34	CECOSF VA	Adecuación y mejoramiento CECOSF	CECOSF autorizado
35	CECOSF VEI	Adecuación y mejoramiento CECOSF	CECOSF autorizado
36	Clinica Dental	Clinomovil Dental JUNAEB	Clino y Equipo RX autorizado
37	Eq. Rural	Clinomovil Dental Rural	Clino y Equipo RX autorizado

## 6. ANÁLISIS DEL ENTORNO

La comuna de La Serena está situada en la zona norte costera de la región de Coquimbo y a unos 470 km de distancia al norte de la ciudad de Santiago. Dicha comuna es muy relevante en la Región, ya que en ella se encuentra la capital regional llamada ciudad de La Serena y forma parte del polo territorial urbano llamado conurbación La Serena-Coquimbo y como capital regional, representa un territorio emergente y atractivo para inversiones y desarrollo demográfico



Fuente: Plan Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

## 6.1 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA COMUNAL

A Continuación se muestra dinámica de sectores por localidad y grupo de población.

TABLA DE POBLACIÓN Y ESTRATIFICACION SOCIAL	% COMUN	TOTALS COMUN	LAS CIAS	CALETA SAN PEDRO VEGAS NORTE	CENTRO	PAMPA	SAN JOAQUIN	AV DEL MAR VEGAS SUR	ANTENA LA FLORIDA	TOTAL URBANO	% URBANO	RURAL	% RURAL
POB INFANTIL	26	43.148	20.744	421	2.590	5.670	4.276	223	4.997	38.921	26	4.227	28
POB JOVENES	25	41.491	16.998	272	5.470	7.044	3.633	262	4.441	38.120	26	3.371	23
POB ADULTOS	37	60.811	24.307	485	5.491	10.337	6.743	555	7.250	55.168	37	5.643	38
POB ADULT. MAYORES	11	17.922	5.094	124	3.072	4.074	1.313	169	2.389	16.235	11	1.687	11
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>163.372</b>	<b>67.143</b>	<b>1.302</b>	<b>16.623</b>	<b>27.125</b>	<b>15.965</b>	<b>1.209</b>	<b>19.077</b>	<b>148.444</b>	<b>100</b>	<b>14.928</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL % POBLACION</b>		<b>100</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>12</b>			<b>9</b>	

Fuente: Plan Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

## 6.2 PREVISIONAL

La distribución de la población de la IV Región según Seguro de Salud, destaca que el 74% de la población corresponde a FONASA, con tendencia a aumentar. Los quintiles más pobres, son los que mayor proporción ocupan en la participación del asegurador público.

### POBLACION VALIDADA

MUNICIPIO	TOTAL POBLACION INSCRITA VALIDADA (31 diciembre 2014)
<b>La Serena</b>	<b>196.036</b>

Fuente: [www.FONASA.cl/estadisticas/informedevalidacionderegistros/comuna La Serena](http://www.FONASA.cl/estadisticas/informedevalidacionderegistros/comuna%20La%20Serena)

### 6.3 INSCRIPCIÓN PER CÁPITA

La modalidad de financiamiento de la Atención Primaria, desde 1995 en la Comuna de La Serena se ha llevado a cabo el proceso de Inscripción Per Cápita en todos los Centros de Salud.

Se entiende por Per Cápita el sistema de financiamiento que cada municipio recibe según el número de beneficiario inscrito validados por FONASA en cada centro de salud (población inscrita validada).

El monto Per Cápita actual para la Comuna de La Serena, es de \$ 3.587.- mensuales.

CENTRO DE SALUD	Cardenal Caro	Las Compañías	Pedro Aguirre Cerda	Dr. E. Schaffhauser	Cardenal Raúl Silva Henríquez	Juan Pablo II	TOTALES
Validados Corte 31/10/2007	30.334	31.215	21.728	37.360	28.225		<b>148.862</b>
Validados Corte 31/10/2008	30.814	31.792	22.418	37.813	28.850		<b>151.687</b>
Validados Corte 31/10/2009	32.044	33.188	23.255	38.790	30.327		<b>157.604</b>
Validados Corte 31/10/2010	33.680	33.919	24.363	38.975	31.069		<b>162.006</b>
Validados Corte 31/10/2011	34.607	34.503	25.212	39.422	32.542		<b>166.289</b>
Validados Corte 31/10/2012	34.607	34.503	25.212	39.422	32.542		<b>166.289</b>
Validados Corte 31/10/2013	34.607	34.503	25.212	39.422	32.542		<b>166.289</b>
Validados Corte 31/10/2014	41.276	32.770	30.413	41.934	31.523	18.120	<b>196.036</b>

Fuente: Departamento de Informática Corporación Municipal Gabriel González Videla

## 6.4 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA COMUNA DE LA SERENA

PROBLEMA DE SALUD	REGIONAL	COMUNAL
Tasa de natalidad (por 1000 hab)	14,78	14,58
Tasa de mortalidad general (por 1000 hab)	5,3	4,9
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NV)	9,1	10,77
Tasa de mortalidad 1 – 4 años (por 1000 hab)	0,28	0
Mortalidad por enf. Del sist. Circulatorio año 2013	1008	258
Mortalidad por tumores malignos año 2013	544	141
Mortalidad por enf. Del sist. Respiratorio año 2013	4,72	126
Tasa de fecundidad	2,0	2,0
Tasa de mortalidad materna (por 100000 NV)	9,3	0
Tasa VIH (por 100000 hab)	16,1	19,6
Atención profesional del parto	99,7	99,8
Egresos hospitalarios por enf. Del sist. Circulatorio (%)	7,6	8,6
Egresos hospitalarios por enf. Del sist. Respiratorio (%)	9,7	9,6
Nacidos vivos con peso menor a 2000 grs	259	185
Proporción de embarazadas adolescentes en control (%)	18,1	17,54
Tasa de hepatitis A (por 100000 hab)	1,2	0,9
Tasa de hepatitis B (por 100000 hab)	4,5	5,3
Tasa de hepatitis C (por 100000 hab)	2,3	2,7
Tasa de fiebre tifoidea (por 100000 hab)	0,1	0
Tasa de gonorrea (por 100000 hab)	12,5	9,4
Tasa de sífilis (por 100000 hab)	20,0	15,1
Tasa de tuberculosis (por 100000 hab)	10,1	14,7
Tasa de chagas (por 100000 hab)	17,6	12,9
Tasa de hidatidosis (por 100000 hab)	1,3	0
% desnutrición	0,22	0,16
Malnutrición por exceso- sobrepeso	23,41	22,61
Malnutrición por exceso- obesidad	9,98	9,59
Proporción de niños con LME a los 6 meses		44,6
Ingreso embarazo menores 14 semanas (%)	85	89,38
Cobertura PAP vigente	55	48,32
Consultas morbilidad medico año 2013	355175	65546
Consultas medicas año 2013	283301	66455
Atención de urgencia SAPU año 2013		120099
Cobertura Hipertensión arterial % (junio 2014)		95,7
Efectividad hipertensión (%) Junio 2014		35,7

PROBLEMA DE SALUD	REGIONAL	COMUNAL
Cobertura Diabetes Mellitus arterial % (junio 2014)		99,95
Efectividad diabetes (%) Junio 2014		20,2
Salud Oral 60 años Agosto 2014		69,1
Salud oral 6 años Agosto 2014		88,1
Salud oral embarazada Agosto 2014		66,4
Total atención urgencia odontológica Agosto 2014		20212
Prevención salud bucal población preescolar APS (%)Agosto 2014		14
Prevención salud bucal población preescolar APS entrega set higiene (%)Agosto 2014		14
Prevención salud bucal población preescolar APS aplicación flúor barniz (%)Agosto 2014		28
Apoyo odontológico en Cecosf Agosto 2014		94;6
Atenciones ClínicaMóvil Agosto 2014		3915
Atención odontológica integral para MHER Agosto 2014		74,75
Auditorias clínicas atención odontológica MHER Agosto 2014		50
Prótesis dentales Agosto 2014		45,20
Endodoncia Agosto 2014		50
Índice de actividad Gestión de reclamos (%)Agosto 2014		100
Mujeres mayores de 15 años victimas VIF en tratamiento (%)Agosto 2014		65
Niños y adolescentes en tratamiento por maltrato infantil (%)Agosto 2014		70
Niños y adolescentes con trastornos hiperkinéticos y de atención (%)Agosto 2014		237
Niños y adolescentes en tratamiento por trastornos emocionales o conductuales (%)Agosto 2014		115
Establecimiento educaciones que reciben capacitación para sus profesores en promoción y prevención salud mental (%)Agosto 2014		100
Consultas tecnólogo medico en UAPO Julio 2014		2342
Consulta oftalmólogo en UAPO Julio 2014		436
Consulta otorrino Julio 2014		122
Audífonos entregados a julio 2014		34
Cirugías menores realizadas a julio 2014		279

Fuente: DEIS 2013, REM Junio, Julio y Agosto 2014

## **6.5 JURÍDICO**

En el caso de la Atención Primaria Municipalizada, ésta se sustenta en la Ley 19.378, que corresponde al Estatuto de Atención Primaria, y su Reglamento General Decreto N° 2.296 y Decreto N° 1.889 de Carrera Funcionaria que regulan la administración, el financiamiento, la coordinación y relaciones laborales de la atención primaria municipalizada, incluyen, entre otros temas, los elementos básicos a considerar para la programación local.

Entre sus principales aspectos, está el Programa de Salud de la Comuna que debe contener el programa de capacitación válido para la Carrera Funcionaria, que a su vez, debe incluir las actividades tendientes a la adquisición de competencias nuevas que permitan el mejoramiento de la atención y la mayor resolutivez, como la mejoría en la atención y la implementación del Modelo de Salud Familiar y de Gestión del Equipo de Salud.

Además esta Ley en su Art. 59°, crea las Comisiones Técnicas de Salud Comunal y en su Reglamento General Decreto N° 2296 (Art. 16 al 25), se señala la asesoría técnica que deben proporcionar los Servicios de Salud para apoyar en la Formulación del Proyecto de la programación local. Además, la Ley regula la fijación de la dotación y los criterios para ello.

Asimismo, establece un Sistema de remuneraciones y define conceptos básicos sobre Sueldos, y, asigna responsabilidades en su fijación al Concejo Municipal (Art. 39).

En el Título 3, Párrafo 1°, Art. 49° los criterios que determinarán el aporte mensual de financiamiento y que incorpora población, nivel socioeconómico y ruralidad, prestaciones que se programen y prestaciones que efectivamente se realicen medido mediante IAAPS.

Ley 18.469, Modalidad de atención institucional que define los beneficiarios del sistema.

Ley N° 19.813 que crea una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo del personal de la Ley 19.378. Esta Asignación está asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de Atención Primaria.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión que define la red asistencial y determina la inscripción de la población a cargo, como un eje fundamental de la atención primaria.

Ley 19.966 Auge. Régimen de Garantías en Salud.

Ley 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Introduce variadas modificaciones a otros cuerpos legales, lo que representa un incremento notable del derecho de participación de la sociedad civil en las políticas públicas del país. Entre los aportes más sustantivos que se alcanzan con esta ley está la inclusión de un nuevo título a la ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, el Título IV, De la participación ciudadana en la gestión pública cuyos principales contenidos son que el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones efectuados a través de sus órganos de administración, existiendo el deber de poner en conocimiento público información relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos, dando cuenta pública participativa a la ciudadanía de la gestión de sus políticas, señalando aquellas materias de interés ciudadano en que se requiera conocer la opinión de las personas.

## **6.6 TECNOLÓGICO**

El avance progresivo en la incorporación de tecnología de la información y comunicaciones (TIC) en la gestión de salud primaria ha sido implementado a través de proyectos MINSAL.

Desde los años 2012 hasta el año 2013, se implementó progresivamente en la totalidad de los Centros de Salud y SAPU de la comuna el programa SIDRA, sistema de información de redes asistenciales del sector salud que congrega los aplicativos de cada uno de los actores, que da soporte a la gestión operacional en cada nivel, con foco en la mejora de la atención integral a los usuarios del sistema público de salud, y sirve como herramienta tecnológica para mejorar los procesos de la red asistencial.

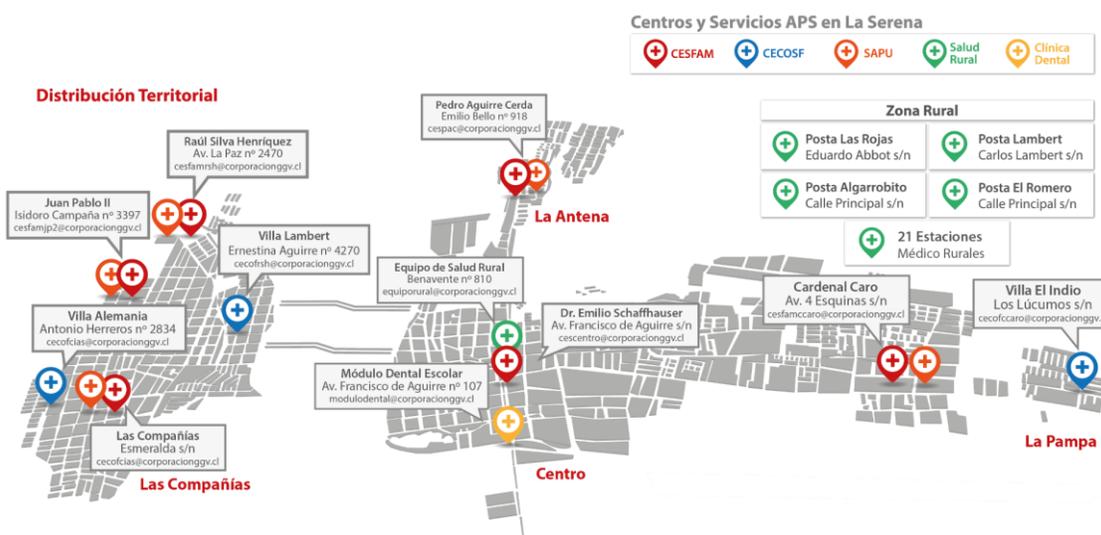
Componentes Contemplados en SIDRA

- Agenda
- Sistema de Referencia y Contra-referencia
- Sistema de Registro de Población Bajo Control y sus atenciones en la red asistencial.
- Sistema de Registro de Atenciones de Urgencias.
- Sistema de Dispensación de Fármacos

## 7. RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA COMUNA.

En la actualidad la comuna de La Serena cuenta para la atención de sus usuarios con:

- **6 CESFAM** (Pedro Aguirre Cerda, Las Compañías, Raúl Silva Henríquez, Cardenal Caro, Dr. Emilio Schaffhauser Acuña y Juan Pablo II )
- **3 CECOSF** (Villa Lambert, Villa El Indio, Villa Alemania)
- **4 Postas de Salud Rural** (Lambert, El Romero, Algarrobito y Las Rojas)
- **21 Estaciones Médico Rurales**
- **6 SAPU** (Pedro Aguirre Cerda, Las Compañías, Raúl Silva Henríquez, Cardenal Caro, Dr. Emilio Schaffhauser Acuña y Juan Pablo II)
- **2 Centro de Rehabilitación Comunal** ( en CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser Acuña y Juan Pablo II)
- **1 Clínica Dental Escolar**
- **1 Unidad de Atención Primaria de Oftalmología**(en CESFAM Juan Pablo II)



Todos los establecimientos antes señalados, cuentan con su respectiva cartera de servicios entendiéndose como tal, “el conjunto de acciones de promoción, preventivas, curativas, de mantenimiento y rehabilitación si las hubiere, que oferta un determinado establecimiento”.

Esta cartera debe ser de conocimiento público, de manera que no sólo facilite la programación de las horas profesionales asociados a ella, sino que le permite al usuario orientarse respecto a qué acciones puede acceder en cada establecimiento.

A continuación se detalla la cartera de servicios de la Atención Primaria de Salud Comunal, que contiene el conjunto de prestaciones mínimas dirigidas a resolver las necesidades de salud de la población:

## **7.1 ACTIVIDADES POR CICLO VITAL**

### **7.1.1 Infantil**

- Control de Binomio Madre –Niño (Chile Crece Contigo)
- Control de salud del niño
- Entrega de material de estimulación del DSM de ChCC.
- Evaluación de Riesgo Psicosocial
- Consulta Nutricional Diagnostica.
- Consulta Nutricional a menores con malnutrición por Déficit o por Exceso
- Aplicación de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 0 a 2 años(EEDP)
- Aplicación de Escala de evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 2 a 5 años (TEPSI)
- Control por déficit de desarrollo psicomotor.
- Reevaluación de DSM por déficit.
- Ingreso a Sala de Estimulación de DSM.
- Consulta nutricional
- Consulta social.
- Consulta de morbilidad.
- Control de Patologías crónicas
- Consulta por Fonoaudiólogo
- Consulta y/o consejería de salud mental integral
- Consulta de lactancia materna
- Consulta y ControlKinésico Respiratório (Sala IRA)
- Educación grupal e individual
- Taller de Lactancia Materna, Autocuidado y Apego, Prevención IRA, Prevención de Accidentes, Estimulación temprana DSM, Normas de Crianza, Promoción de Ambientes libres de Humo de Tabaco, Habilidades Parentales “Nadie es Perfecto,
- Educación a grupos de riesgo (Chile Crece Contigo)
- Entrega Productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Administración de Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones
- Ejecución de Campañas de Inmunizaciones
- Examen de salud bucal
- Visita domiciliaria integral
- Visita domiciliaria por Riesgo o vulnerabilidad.
- Estudio de Familia
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos

- Consulta y terapia psicológica y médica por trastornos de Salud Mental.
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en familias con consumo de alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Detección y tratamiento por Maltrato o Abuso
- Visita domiciliaria de salud mental
- Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.
- Consultoría Psiquiátrica Adultos

### **7.1.2 Adolescencia**

- Control prenatal integral (Chile Crece Contigo)
- Control de Binomio Madre-Niño (Chile Crece Contigo)
- Control de regulación de fecundidad
- Control ginecológico preventivo
- Consulta morbilidad
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad ginecológica
- Control de salud
- Control crónico
- Consulta y/o Consejería de Salud Mental Integral.
- Consulta social
- Consulta nutricional
- Consulta y control kinésico Respiratorio
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Consejería ITS (Infección de Transmisión Sexual)
- Educación grupal (Chile Crece Contigo)
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Visita domiciliaria integral
- Estudio de Familia
- Consejería familiar
- Intervención en crisis
- Examen de salud bucal
- Educación grupal mediante talleres en colegios
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental
- Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.
- Consultoría Psiquiátrica

### **7.1.3 Mujer**

- Control preconcepcional
- Control prenatal Integral (Chile Crece Contigo)
- Talleres prenatales
- Ecografía obstétrica
- Ecografía ginecológica
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta nutricional
- Control Salud Bucal
- Consulta social
- Visita domiciliaria integral
- Entrega Productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Control post parto
- Control post aborto
- Control DIADA (Binomio Madre- Hijo) ( Chile Crece Contigo)
- Consulta de lactancia materna
- Consulta morbilidad ginecológica
- Control ginecológico preventivo
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico
- Consejería VIH/ITS

#### **Examen Médico Preventivo del Adulto**

- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental
- Consejería familiar
- Intervención en crisis
- Estudio de Familia
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Consultoría Psiquiátrica Adultos

### **7.1.4 Adulto y adulto mayor**

- Consulta de morbilidad
- Consulta y control de enfermedades crónicas
- Consulta nutricional
- Consulta social

- Consulta y/o consejería de salud mental
- Consulta y control kinésico (programa ERA y Rehabilitación Artrosis leve – moderada Rodilla y cadera)
- Consulta y control en domicilio
- Control de salud adulto mayor
- Control de salud
- Examen de Medicina Preventiva
- Examen de Medicina Preventiva del Adulto
- Examen de Presbicia y entrega de lentes al paciente mayor de 65 años
- Intervención psicosocial integral individual y grupal
- Educación grupal
- Visita domiciliaria integral
- Consejería de Salud Sexual Reproductiva e ITS
- Vacunación antinfluenza y neumocócica
- Entrega de PACAM (programa de alimentación complementaria del adulto mayor)
- Estudio de Familia
- Atención de Pacientes Dismovilizados y entrega de ayudas técnicas (órtesis)
- Examen de salud bucal
- Educación grupal
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental
- Consultoría Psiquiátrica

## **7.2 PROCEDIMIENTOS**

- Tratamientos Inyectables
- Curaciones avanzadas de pie diabético y Heridas
- Atención podológica en Pacientes Diabéticos
- Curaciones intra y extra Centros de Salud
- Toma de muestra de exámenes de laboratorio
- Ecografía ginecológica y obstétrica
- Examen Micrométodo. Niveles de Glucosa y Colesterol
- Electrocardiogramas
- Holter de Presión Arterial
- Fondos de Ojo
- Procedimientos Atención en Domicilio
- Radiografías Dental
- Cirugía menor

- Espirometrías

## 8. PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS.

Los convenios son instrumentos legales que permiten la transferencia de recursos por parte del Ministerio a través del Servicio de Salud, para la ejecución de actividades de apoyo a la gestión local, los cuales tienen recursos asignados y tiempos definidos para su ejecución.

### 8.1 RESUMEN FINANCIERO PROGRAMAS Y CONVENIOS AÑO 2014

Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)
222	UAPO, JUAN PABLO II	70.231.232
225	PROGRAMA MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	6.017.445
225-A	ADDENDUM PROGRAMA MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL (2013)	4.800.000
226	PROGRAMA CONTROL DE SALUD JOVEN SANO	10.852.800
227	PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	4.353.093
228	PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES LA SERENA 2014	263.667.629
228-A	ADDENDUM PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES LA SERENA 2014	
232	PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL	162.165.716
232-A	ADDENDUM PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL	
233	PROGRAMA PREVENTIVO EN SALUD BUCAL, POBLACION PREESCOLAR, EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	10.642.117
234	PROGRAMA DE GES ODONTOLÓGICO ADULTO (ADULTO 60 AÑOS)	77.689.233
235	PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO FAMILIAR	33.911.880
236	PROGRAMA APOYO DESARROLLO BIO-PSICOSOCIAL EN LAS REDES ASISTENCIALES ENTRE SERVICIO SALUD COQUIMBO E MUNICIPALIDAD LA SERENA	99.710.064
238	PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	25.609.056
239	PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	56.893.055
240	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II	74.518.845
240-A	ADDENDUM PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II, CCR. PEDRO AGUIRRE CERDA	
241	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA ESTABLECIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL (NORMALIZACION SAPU, SALA REAS, CONSTRUCCION SALA DE LIMPIEZA CESFAM RSH. MEJORAMIENTO BODEGA DE LECHE Y PORTON CESFAM LAS CIAS . HABILITAR PISO LAVABLE, SUMIDERO CESFAM PAC.)	9.259.591
242	PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN A.P.S. 2014	42.565.820
243	PROGRAMA REFORZAMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, IRA EN SAPU 2014	8.420.261
244	PROGRAMA PLANES DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN, CENTROS RAÚL SILVA HENRÍQUEZ (PAB) LAS COMPAÑÍAS ATHTRIPAN (PAI), 2014-2015	67.739.256
245-A	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA EL INDIÓ.	184.254.900
245-B	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA ALEMANIA	
245-C	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA LAMBERT	
246	PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS	108.722.100
247	PROGRAMA CONTROL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO - ERA	77.566.638
247-A	ADDENDUM PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIA DEL ADULTO - ERA	2.248.228
248 A	PROGRAMA DE APOYO A PLANES DE TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y OTROS TRANSTORNOS DE SALUD MENTAL PARA EL AÑO 2014 Y 2015, SENDA-MINSAL, <b>CENTRO LA LLAVE,</b>	68.976.180
248	PROGRAMA DE APOYO A PLANES DE TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y OTROS TRANSTORNOS DE SALUD MENTAL PARA EL AÑO 2014 Y 2015, SENDA-MINSAL, P.A.I. MEDIO LIBRE	80.627.712

Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)
249	PROGRAMA INMUNIZACIÓN INFLUENZA Y NEUMOCOCO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN	1.960.800
250	PROGRAMA VIDA SANA, INTERVENCIÓN EN OBESIDAD NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST. PARTO	30.393.440
250-A	PROGRAMA VIDA SANA, ALCOHOL	27.292.583
251	PROGRAMA APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) MUNICIPAL	22.277.288
252	PROGRAMA PILOTO CONTROL SALUD NIÑO/AS SANO EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL PARA LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 5 A 9, LA SERENA 2014 AÑOS	19.163.490
253	PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN LOCAL EN APS, REFUERZO SAPU, CAMPAÑA INVIERNO 2014	28.070.784
254	PROGRAMA MODELO ATENCIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 6 CESFAM)	45.320.000
255	PROGRAMA REFUERZO COMPLEMENTARIO PROGRAMA ERA - 2014	12.708.057
256	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	115.864.012
257	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO	115.864.012
258	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS	115.864.012
259	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU DOCTOR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	115.864.012
260	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II	115.864.012
261	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	115.864.012
263	PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD, SEREMI DE SALUD E I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	16.197.308
267	PROGRAMA DE CONSULTORIOS DE EXCELENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA (PEDRO AGUIRRE CERDA)	80.000.000
269	PROGRAMA APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL (REINTEGRO)	52.808.162
270	PROGRAMA FONDO FARMACIA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	32.172.353
	MANDATO PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN LOCAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, LA SERENA (EXÁMENES CLÍNICOS 2014)	134.000.000
	MANDATO PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN LOCAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, LA SERENA (EXÁMENES LABORATORIOS 2014)	150.000.000
	CONVENIO PROGRAMA MISIONES DE ESTUDIO PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	18.195.000
	CONVENIO DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL, ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL (AUMENTO DE LA EFICACIA POR MEDIO DE LA MEJORÍA DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CESFAM DOCTOR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA, 2014)	126.000.000
	PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL (CAMPAÑA PAP, CONTROL CÁNCER CÉRVICO UTERINO)	510.000
	PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	6.560.928
	ADDENDUM PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	
		<b>3.050.257.116</b>

Fuente: Control de Gestión, Departamento de finanzas Corporación Municipal Gabriel González Videla

## 8.2 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha implementado el Programa de Resolutividad en Atención Primaria.

Su propósito es optimizar la calidad técnica y capacidad resolutiva de los establecimientos de atención primaria de salud, en sus aspectos preventivos, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral de forma ambulatoria, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

### 8.2.1 Resolutividad:

Su propósito es contribuir al aumento de la resolutividad en el nivel primario de atención, mediante prestaciones de especialidad de carácter ambulatorio, aplicando criterios de efectividad y eficiencia, tendientes a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Las metas corresponden a las siguientes prestaciones integrales:

Componente	Actividad
Otorrinolaringología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta otorrinolaringológica</li> <li>• Audiometría</li> <li>• Audífonos</li> </ul>
Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsia de piel y/o mucosa trat. quirúrgico cuerpo extraño cutáneo y/o nevus/o tumor benigno/o angioma</li> <li>• Lipoma subcutáneo, tratamiento quirúrgico</li> <li>• Herida cortante o contusa, no complicada reparación y sutura</li> <li>• Onisectomía c/s plastía de lecho</li> <li>• Lesiones supuradas de la piel.</li> </ul>
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Oftalmología para Vicio Refracción.</li> <li>• Otras consultas oftalmológicas.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes</li> <li>• Dacriocistitis</li> </ul> </li> </ul>

Oftalmología Tecnólogo medico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dacriostenosis</li><li>• Epiforas</li><li>• Inflamaciones refractarias a tratamiento primario.</li><li>• Extracción de cuerpos extraños corneal.</li><li>• Otras patologías de menor complejidad que requiera tonometría ocular.</li><li>• Consultas de vicio refracción</li></ul>
----------------------------------	--

### 8.2.2 Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados

La Atención Domiciliaria a Pacientes Dismovilizados se divide en tres subcomponentes:

- Visita Domiciliaria Integral (VDI)
- Estipendio a Cuidadores de Postrados
- Atención en domicilio (procedimientos)

La Corporación Municipal Gabriel González Videla pone a disposición del programa horas del equipo de salud (médico, enfermera, kinesiólogo, psicólogo, nutricionista, asistente social y técnico paramédico) y movilización que sean necesaria para su óptimo funcionamiento, además la Corporación Municipal procede al pago de estipendios mensuales para el cuidador, en situación de vulnerabilidad, valorado por la Ficha de Protección Social, entendiéndose estipendio como un valor en dinero, el cual aporta al ingreso económico del grupo familiar.

La postulación al beneficio lo realiza el mismo equipo de salud, el cual valora en su integralidad la realidad del usuario y su familia. Por lo tanto, todo paciente que presente Discapacidad Severa tanta física, psíquica o multidéficit, sin límite de edad, serán beneficiarios de las acciones del Equipo de Salud de su establecimiento, siempre y cuando estén inscritos en él y sea beneficiarios del Sistema Público

### 8.3 PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

#### 8.3.1 Programa GES Odontológico Adulto

El programa GES odontológico adulto tiene como propósito ofrecer atención integral incluyendo la rehabilitación protésica a los adultos de 60 años del país.

Componente	Actividad
Atención odontológica adultos 60 años	Altas integrales GES de adultos de 60 años

#### 8.3.2 Programa GES Odontológico Familiar

El programa GES odontológico familiar tiene como propósito favorecer las medidas de fomento, prevención y recuperación de la salud oral en niños de 6 años, las embarazadas y la atención odontológica de urgencia.

Componentes	Actividad
1. Atención dental en niños	Altas odontológicas en niños de 6 años
2. Atención dental en embarazadas	Altas odontológicas en embarazadas
3. Atención dental de Urgencia	Urgencias GES atendidas

#### 8.3.3 Programa Odontológico Integral

El programa odontológico integral tiene como propósito ofrecer un mayor acceso, oportunidad y calidad de la atención odontológica. Su ejecución comprende: un aumento de la resolutivez de la APS mediante la ejecución de las especialidades de Endodoncia y Prótesis en el nivel primario; un componente odontológico incorporado a los CECOSF para potenciar las actividades promocionales y preventivas de salud oral y, la atención a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos con énfasis en la calidad y atención usuaria.

Componentes	Actividad
Resolución de Especialidades Odontológicas en Atención Primaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis Removibles.</li> <li>• Endodoncias.</li> </ul>
Promoción y prevención odontológica (Apoyo Odontológico CECOSF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF en relación al total de ingresos CECOSF año actual.</li> </ul>

Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos de la Comuna de La Serena	Consiste en otorgar atención odontológica integral y/o de seguimiento, para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, principalmente a mujeres y hombres pertenecientes a las familias de Chile Solidario, esta focalización responde a que están insertos en un ambiente de mayor vulnerabilidad.
---	---

#### 8.4 SALUD MENTAL INTEGRAL

Programa cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Personal, Familiar y Comunitario.

- Componente Violencia Intrafamiliar
- Componente Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas
- Componente Consumo Perjudicial o Dependiente de alcohol y/o drogas en población menor de 20 años
- Componente Salud Mental Infanto Adolescente

#### 8.5 REHABILITACIÓN INTEGRAL

Desde el 2007 a la fecha se ha instalado en la comuna de La Serena el Centro Comunitario de Rehabilitación Integral, en donde se ha incorporado la práctica clínica de los problemas de salud cubiertos por el AUGE, acciones de habilitación y rehabilitación orientando estas intervenciones en congruencia con el modelo de Salud Familiar. Desde este año, se incorpora un nuevo centro de rehabilitación comunitaria en el sector de Las Compañías, configurándose así la red de rehabilitación de APS comunal.

Cada equipo de atención está compuesto por:

- Kinesiólogo
- Técnico Paramédico
- Auxiliar de servicios menores.
- Terapeuta ocupacional

Las prestaciones entregadas son:

- Fisioterapia

- Masoterapia
- Ejercicio terapéutico
- Actividades grupales y recreativas
- Consejería grupal e individual
- Estimulación cognitiva y sensorial
- Visitas domiciliarias
- Atención kinésica de patologías Osteomusculares y neuro musculares
- Educación
- Trabajo intersectorial

## **8.6 ATENCIÓN RESPIRATORIA**

- Refuerzo Campaña de invierno Sala ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto)
- Refuerzo Campaña de Invierno IRA en SAPU

## **8.7 CONVENIOS JUNAEB-CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA**

### **8.7.1 Salud Escolar**

El objetivo del Programa de Salud Escolar es colaborar en el mejoramiento de la salud de los escolares, de tal manera que la presencia de ciertas patologías no signifique una merma en el rendimiento y estabilidad de los niños dentro del sistema educacional y en su capacidad de desarrollarse dentro de la escuela.

El programa beneficia a los escolares de Enseñanza Parvularia, Básica y Media, matriculados en escuelas municipales y particulares subvencionadas de la comuna. Así mismo, estudiantes que asistan a escuelas especiales.

El programa considera dos áreas básicas de acción: el Área de Capacitación y el Área Asistencial

Comprende los siguientes aspectos:

- Evaluación y tratamiento oftalmológico, otorrinolaringológico y traumatológico a los estudiantes de la enseñanza prebásica, básica y medio. (Junaeb)
- Entrega gratuita de lentes, audífonos, corsés, tratamiento kinésico, medicamentos y exámenes de diagnóstico: audiometrías, radiografías y otros exámenes que requieren los alumnos.

### **8.7.2 Clínica Dental Escolar**

La atención en Módulos Dentales corresponde a la línea asistencial del programa de Salud Oral de JUNAEB, que se viene desarrollando desde 1991 a través de la entrega en comodato de equipos dentales que son atendidos por personal de los Municipios y/o de los Servicios de Salud, con los cuales se realizan convenios anuales. La atención de dichos módulos se enmarca dentro de las políticas institucionales de la JUNAEB y de las emanadas del Programa Nacional de atención Odontológica del Ministerio de Salud, teniendo como propósito fundamental mejorar la Salud Bucal del sector más vulnerable de la población escolar del país (de prekinder a 8° básico) a través de acciones específicas de recuperación, rehabilitación, protección y fomento de la Salud Buco-Dental.

La Clínica Dental Escolar atiende a 34 colegios municipales de la comuna de La Serena (17 urbanos y 17 rurales). Proporciona atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora al ciclo básico. Además cuenta con una Clínica Móvil Rural que atiende a la población escolar del área rural.

## **8.8 PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**

La relación entre la sociedad civil y estado, en la salud pública se establece su mayor desarrollo a través de la promoción de la salud en tres dimensiones, la acción comunitaria, gestión interna y la acción intersectorial.

En la Comuna la promoción de salud se desarrolla en todos los Centros de Salud Familiar, estas actividades se enmarcan dentro de un Plan Comunal, que tiene por objetivo promover estilos de vida saludables en la población, familia e individuos durante todo su ciclo de vida, contemplando actividades educativas, comunitarias y de difusión que promueven el consumo de alimentos sanos, fomento de la actividad física, cuidado del medio ambiente, sexualidad sana, factores protectores psicosociales y ambientes libres del humo de tabaco.

Las intervenciones que se ejecutan a través de este plan se realizan con un enfoque de determinantes sociales, en lugares de trabajo, Establecimientos Educativos y con la Comunidad, con la Participación Ciudadana y el Trabajo Intersectorial.

La Promoción de la Salud plantea componentes claves:

- Políticas saludables.
- Fortalecimiento de la participación social.
- Fortalecimiento de destrezas y potencialidades individuales.
- Creación de entornos saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.

Propone acciones dirigidas a incidir en los factores determinantes de la salud:

- Incidir en determinantes biológicos del proceso salud / enfermedad.
- Mejorar los estilos de vida.
- Mejorar los espacios físicos y socioculturales, y
- Fomentar el empleo, los ingresos económicos y la educación.

Para fortalecer la relación entre la sociedad civil y participación ciudadana, la política de salud estableció la implementación de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias al interior de todos los Establecimientos de Salud urbanos y rurales de La Serena, con la finalidad de recoger demandas ciudadanas, favorecer el acceso de la comunidad a la información, para generar un modelo control social, las cuentas Públicas, diálogos ciudadanos y los Consejos Consultivos de Salud, Grupos Funcionales con personalidad jurídica que apoyan la gestión de los Centros de Salud y que están constituidos en todos los Centros de Salud Familiar urbanos de nuestra comuna y en las cuatro postas rurales de la Ciudad.

## **8.9 Programa Chile Crece Contigo**

Chile Crece Contigo forma parte de la red de Protección Social de Chile – Protege, que apoya y acompaña a las personas desde la gestación y hasta la vejez. En este contexto, se inscribe el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, destinado a igualar oportunidades de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación y en sus primeros años de vida.

Este sistema provee a los niños, niñas y sus familias acceso a un conjunto de servicios y prestaciones de carácter universal, y otras diferenciadas de acuerdo a sus particulares condiciones de vulnerabilidad, en base a las necesidades de desarrollo para cada etapa del ciclo vital.

Las acciones y prestaciones que el Sistema Contempla para toda la población en primera infancia que se atiende en el Sistema Público de Salud, se expresa en lo que se denomina Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y la puerta de entrada es el primer control de gestación en el Sistema Público de salud y contempla, acciones e intervenciones diferenciadas en tres grupos:

- A) Todos los niños, niñas y sus familias que constituyen la población nacional
- B) Todos los niños, niñas y sus familias que son atendidos en el sistema público de salud
- C) Los niños, niñas y sus familias que pertenecen a hogares del 60% más vulnerable del país, que no perteneciendo a este grupo, presentan una situación de alto riesgo de vulnerabilidad especial

Este Sistema de Protección propone corregir las desigualdades que existen entre las personas en razón de su origen social, étnico, geográfico y de las condiciones en las que transcurren sus primeros años.

Para evitar la reproducción intergeneracional de la desigualdad, es necesario actuar en la etapa del ciclo en que los determinantes sociales impactan con mayor fuerza, tanto para favorecer una vida plena, como para condicionar mejores capacidades para enfrentar con éxito el desafío de vivir.

### **8.9.1 Principios orientadores**

a). Todos los niños y las niñas tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. Como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño, los derechos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción, e independientemente de cualquier característica personal o de su familia. Por ello, es fundamental informar a la familia cuáles son estos derechos y la forma de ejercerlos.

b). Durante la infancia se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida.

c). Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo de niñas y niños deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y que se adapten flexiblemente a la diversidad de sus necesidades, de manera de complementar los recursos para apoyar su desarrollo, que se encuentran disponibles en su familia y comunidad.

d). Las comunidades en sus procesos de desarrollo local, deben considerar que con la participación activa de sus ciudadanos, las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos que favorezcan la cohesión social e impacten positivamente la salud de niños y niñas, en cada etapa de su desarrollo.

El Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, tiene por objeto ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales adecuados a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad.

El componente de salud de Chile Crece Contigo considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial durante gestación y los primeros años de vida, dar un renovado énfasis al monitoreo de hitos del desarrollo no incluidos en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

Las prestaciones y servicios del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se agrupan en las siguientes áreas o dimensiones:

### 8.9.2 Fortalecimiento del desarrollo prenatal

Componentes	Actividad
Fortalecimiento de los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar	Protocolo estandarizado para el ingreso al control prenatal (incluye detección de factores de riesgo mediante la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada EPsA)  Entrega de la Guía de la Gestación y el Nacimiento "Empezando a Crece"
Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Formulación de plan de salud personalizado para cada gestante y su familia, en situación de vulnerabilidad psicosocial.  Incorporación al programa de Visita Domiciliaria Integral a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial.  Activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo.
Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	

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

1. Primer control de salud madre, padre, cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria:

- Atención antes de los 7 días.
- Seguimiento de factores de vulnerabilidad psicosocial detectados durante la gestación.
- Apoyo en lactancia.
- Evaluación del ajuste o acoplamiento inicial entre las características del recién nacido y su madre.
- Pesquisa de signos tempranos de depresión y derivación oportuna.
- Visita domiciliaria integral al recién nacido y su familia en caso de vulnerabilidad psicosocial.
- Seguimiento al plan de trabajo del equipo de salud.

2. Ingreso al Control de Salud del niño y la niña:

- Aplicación del protocolo neurosensorial.

- Identificación de factores de riesgo.
  - Identificación y promoción de factores protectores del desarrollo integral (lactancia materna exclusiva, interacciones vinculares sensibles,
  - participación activa del padre en el cuidado del niño o niña. Plan de salud personalizado.
  - Entrega de material educativo
3. Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña:
- Evaluación de la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (Pauta de Edimburgo para la detección precoz de depresión post parto) a los 2 y 6 meses.
  - Evaluación de la relación vincular (4 y 12 meses).
  - Evaluación periódica del desarrollo psicomotor (Aplicación test TEPSI y EEDP).
  - Entrega de material educativo
4. Intervención psicoeducativa grupal o individual enfocada en el desarrollo de competencias parentales:
- Taller Nadie es Perfecto, 6 a 8 sesiones por cada taller, para el fomento de habilidades de los padres, madres y cuidadores en la crianza de niños y niñas, y autocuidado del adulto de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran sus hijos o hijas.
  - Entrega de material educativo a los participantes.

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

1. Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral:
- Detección de déficit y derivación a modalidades de estimulación por déficit.
  - Plan de intervención personalizado en función de déficits detectados.
  - Revisión y seguimiento del plan de intervención.
  - Derivación a sala cuna o jardín infantil, según corresponda.
  - Derivación preferencial de madres y padres a talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto.
  - Incorporación al programa de visita domiciliaria integral para el déficit en el desarrollo psicomotor.
2. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial del niño o niña:
- Programa de visita domiciliaria integral de acuerdo a las prioridades definidas.

- Implementación de plan de continuidad de las intervenciones.

### 3. Sala de estimulación en el centro de salud:

- Evaluación del desarrollo psicomotor y formulación de plan de trabajo.
- Consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil.
- Talleres de confección de juguetes y desarrollo de actividades de apoyo al aprendizaje.
- Educación a la familia sobre desarrollo infantil.

## **8.10 Espacios amigables para adolescentes en APS**

Su propósito se enmarca principalmente en contribuir al máximo estado de equidad y bienestar en salud de la población de Adolescentes en Chile. Del mismo modo su objetivo realza la idea de validar estrategia de “espacios accequibles para atención de salud de adolescentes y jóvenes” como un modelo de intervención eficaz para resolver las necesidades de salud de adolescentes en el nivel primario de salud.

Se caracteriza por la modalidad de un cambio cualitativo en la atención de adolescentes que se diseña en base a dos elementos centrales:

- a) La extensión horaria, como estrategia innovadora, que facilita el acceso y fortalece la oferta de servicios de cuidados para adolescentes, adecuándola en horarios alternativos al horario escolar.
- b) La focalización de estos espacios de interacción y atención orientados específicamente a adolescentes de 10 a 19 años con enfoque biopsicosocial.

### **8.10.1 Criterios de inclusión**

Ser adolescente entre 10 a 19 años, tener previsión FONASA y estar inscrito en un establecimiento de salud de la Comuna de La Serena.

### **8.10.2 Profesionales del Programa**

Se cuenta con psicólogo y matrona, 3 veces a la semana de 17<sup>00</sup> a 20 hrs.

### **8.10.3 Actividades del Programa Asistencial**

- a) Acciones de salud inmediata:
  - Salud sexual y reproductiva
  - Salud mental (acogida – intervención en crisis)
  - Otras acciones (coordinación con otros centros, derivaciones SAPU)
- b) Acciones programadas

### **Individuales**

- Aplicación de Ficha CLAPS (para determinar riesgo y contexto familiar)
- Examen preventivo de salud
- Acompañamiento y consejería
  - Estimular la ocupación de la red de salud.

### **Comunitaria**

- Trabajo con la comunidad y adolescentes asistentes mediante talleres o charlas educativas de autocuidado y orientación.
- Orientación grupal

### **Prestaciones**

- Evaluación integral de los adolescentes.
- Examen de Medicina Preventiva.
- Consejería en habilidades para: la vida, familia y resiliencia.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Contención e Intervención en crisis.
- Control antenatal en adolescentes.
- Control de la fertilidad y de paternidad responsable.
- Control ginecológico.
- Consulta de morbilidad ginecológica
- Consulta y atención salud mental.
- Talleres educativos.
- Control diada (binomio madre e hijo)

## **8.11 Actividades del Servicio de Atención Primaria de Urgencia**

- Atención médica de urgencia
- Procedimientos de urgencia
- Derivación a unidad de urgencia hospitalaria
- Traslados de pacientes hacia atención secundaria
- Apoyo Red Comunal de Urgencia(SAMU)
- Atención kinésica respiratoria (Campaña de Invierno adultos y niños)

## **9. GESTIÓN SOCIAL EN APS**

El trabajo social fundamenta su acción en principios éticos de respeto a la persona humana y su autodeterminación. En su quehacer utiliza conocimientos teóricos provenientes de las ciencias sociales y a partir de su práctica contribuye al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios acerca de la realidad social.

En concordancia con sus principios éticos y el conocimiento de la conducta humana, escoge como instrumentos para el cambio y el desarrollo de potencialidades individuales, grupales y comunitarias, un conjunto de técnicas y un cuerpo metodológico específico.

El esquema metodológico general comprende como pasos fundamentales, cuatro etapas que pueden ser utilizadas indistintamente en cualquier nivel de intervención; diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

Dentro de cada una de estas etapas, utiliza un conjunto de procedimientos que en forma articulada constituyen modelos de intervención, reconociendo método de caso, de grupo y comunidad, resaltando el valor y pilar fundamental de la reforma de salud y proceso de cambio de la APS, como es el modelo de Salud Familiar, por tanto el trabajo social se convierte en una base para el nuevo modelo.

En este contexto y considerando los principios orientadores de la Reforma de la Salud: justicia social, solidaridad, integralidad, calidad, participación social y equidad, los equipos de salud de la comuna buscan, oportunidades para promover la equidad en salud intersectorialmente, entregando Protección Social que incluya a todas las personas con énfasis en quienes suelen estar excluidos y concreta acciones como las derivaciones a los distintos programas sociales existentes en nuestro país, bajo el alero del Sistema Chile Solidario, entre ellos encontramos:

- Programa Puente
- Programa Vínculo
- Programa Jefas de Hogar
- Programa de apoyo a las personas de Calle

Además el trabajo social en APS, debe concentrar sus gestiones en el apoyo mutuo hacia las personas vulnerables de derechos por tanto centra acciones con tribunales de Familia en casos principalmente de VIF de derivación y seguimiento, con OPD en la vulneración de niños y niñas. Otra de las tareas fundamentales en trabajo social es la gestión de calificación en Fonasa que se realiza, identificando según normativas vigentes y bajo el alero directo de Fonasa, aquellas personas que se encuentran en vulnerabilidad económica y social para ser beneficiadas por el sistema previsional. Así a la vez se gestionan ayudas técnicas por medio de sistema informático de SENADIS en la obtención de ayudas a personas con discapacidad según los criterios y acciones reglamentadas por este servicio público.

Dentro del programa de apoyo a la discapacidad severa sin importar edad, el trabajo social en APS debe reconocer, gestionar y mantener el apoyo en estipendio económico para aquellos cuidadores y postrados que se encuentren en vulnerabilidad según FPS otorgada por Municipio.

Un acción de apoyo a las personas más vulnerables se da en base el Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos de la Comuna de La Serena que consiste en otorgar atención odontológica integral y/o de seguimiento, para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, principalmente a mujeres y hombres entre 15 y 64 años, pertenecientes a las familias de Chile Solidario.

Otra de las tareas principales de la reforma es la promoción y participación de la comunidad, por tanto el trabajo social es fundamental en la formación y proceso de vida de los consejos consultivos de salud de cada institución, el único ente organizado de la comunidad reconocido para Salud en apoyo a la gestión local, comunal y regional, cabe señalar que en lo comunal en La Serena se reconocen 11 CCS formados y formalizados. Dentro de esta acción se rescata el liderazgo de social en los comités locales de gestión de la demanda, donde se cumple una de las tareas de la reforma de salud en la interacción y participación de la comunidad dentro del que hacer de las instituciones de salud.

## 10. CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES

El desarrollo de carreras de la salud en Universidades e Institutos de nuestra comuna, implicará oportunidades de desarrollo académico que favorecerán el desempeño global del sistema.

A continuación se presentan los convenios actualmente vigentes con las casas de estudios de educación superior.

CENTRO FORMADOR	CARRERAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	RENOVACION /Fecha aviso de término
Universidad de La Serena	Enfermería u otras carreras del Área Salud	01/09/1995	3 años	Automática / 6 meses
Universidad Católica del Norte	Carreras área de Salud	02/01/2008	2 años	Automática / 12 meses
Universidad Católica del Norte / CESFAM JP II	Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición, TENS (CEDUC); Postgrado	23/11/2011	5 años	Automática / 6 meses
Universidad Tecnológica, Instituto Profesional y CFT INACAP	Enfermería, Kinesiología, Nutrición, TENS, Preparador Físico y otras carreras vinculadas	30/09/2011	1 año	Automática / 2 meses previo a renovación
Universidad Santo Tomas	Trabajo Social	01/04/2004	4 años	Automática / 90 días previo renovación
Universidad Santo Tomas	Enfermería y Kinesiología	01/08/2007	4 años	Automática / 6 meses previo renovación
Universidad Pedro de Valdivia	Convenio de Cooperación entre la Universidad y la I. Municipalidad de La Serena	09/08/2010	Indefinido	Aviso con 60 días de anticipación
Universidad Pedro de Valdivia	Carreras de Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Odontología, Kinesiología, Nutrición, Psicología, Tec. Médica y otras vinculadas	02/05/2011	1 año	Automática / 2 meses previo a renovación
Universidad Pedro de Valdivia	Carreras Área Salud	01/09/2009	2 años	Automática / 3 meses previo a renovación

CENTRO FORMADOR	CARRERAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	RENOVACION /Fecha aviso de término
Universidad Andrés Bello	Odontología	01/11/2011	1 año	Automática / 2 meses previo a renovación
Universidad Central	Todas las carreras	20-12-2005 (desde año académico 2006)	2 años	Automática / 3 meses
Universidad del Mar	Carreras del área Salud-Ingeniería - Derecho-Negocios- Turismo- Educación y otras	24/11/2006	5 años	Podrá prorrogarse previo evaluación de Comisión Mixta / término antes con aviso 3 meses
Universidad Mayor / CESFAM CESA (modulo) y CESFAM CARO	Odontología (reservado a alumnos que tengan domicilio en La Serena o alrededores)	11/01/2010	Indefinido	6 meses a contar desde carta de aviso
Universidad de La República, sede La Serena	Carreras Enfermería, Kinesiología, Tec. Médica	27/05/2006	5 años	Automática / 3 meses previo a renovación
Universidad de Valparaíso (Convenio Marco de Cooperación)	Carreras área Salud, Sanitarias, Psicológicas y Sociales	06/03/2009	2 años	Automática / 90 días previo a renovación
Universidad de Antofagasta	Odontología	04/08/2008	05/12/2008	NO
C.F.T Santo Tomas	T.E.N.S	31/08/2004	4 años	Automática / 60 días previo renovación
C.F.T Santo Tomas	T.E.N.S	31/08/2007	4 años	Automática / 60 días previo renovación
Instituto AIEP	TENS y Tec. Dentales	01/11/2009	1 año	Automática / 60 días previo renovación (10 días)
Instituto Valle Central	T.E.N.S Y Tec de Enf. Obstétrica	22/03/2004	Indefinido	Aviso con 6 meses de anticipación, excepto por clausulas de término (inmediato)

**Plan Comunal de Salud 2016**

<b>Centro odontológico Núñez y Secchi</b>	Auxiliar Paramédico Odontología	01-01-2006 / Modificación 30-12-2010	Indefinido	Aviso con 30 días de anticipación, previo acuerdo de ambas partes.
<b>Kether Capacitación Limitada</b>	Auxiliar Paramédico Odontología	01/06/2012	1 año	Automático / término previo acuerdo ambas partes
<b>Capacitación y Educación Carvajal Ltda.</b>	Carreras Área Salud (Tec Dental / Podología )	02/01/2010	1 año	Automática / 1 mes de anticipación al vencimiento
<b>Centro de Formación Técnica Juan Bohon</b>	TENS	01/08/2011	1 año	Automática / 2 meses previo a renovación

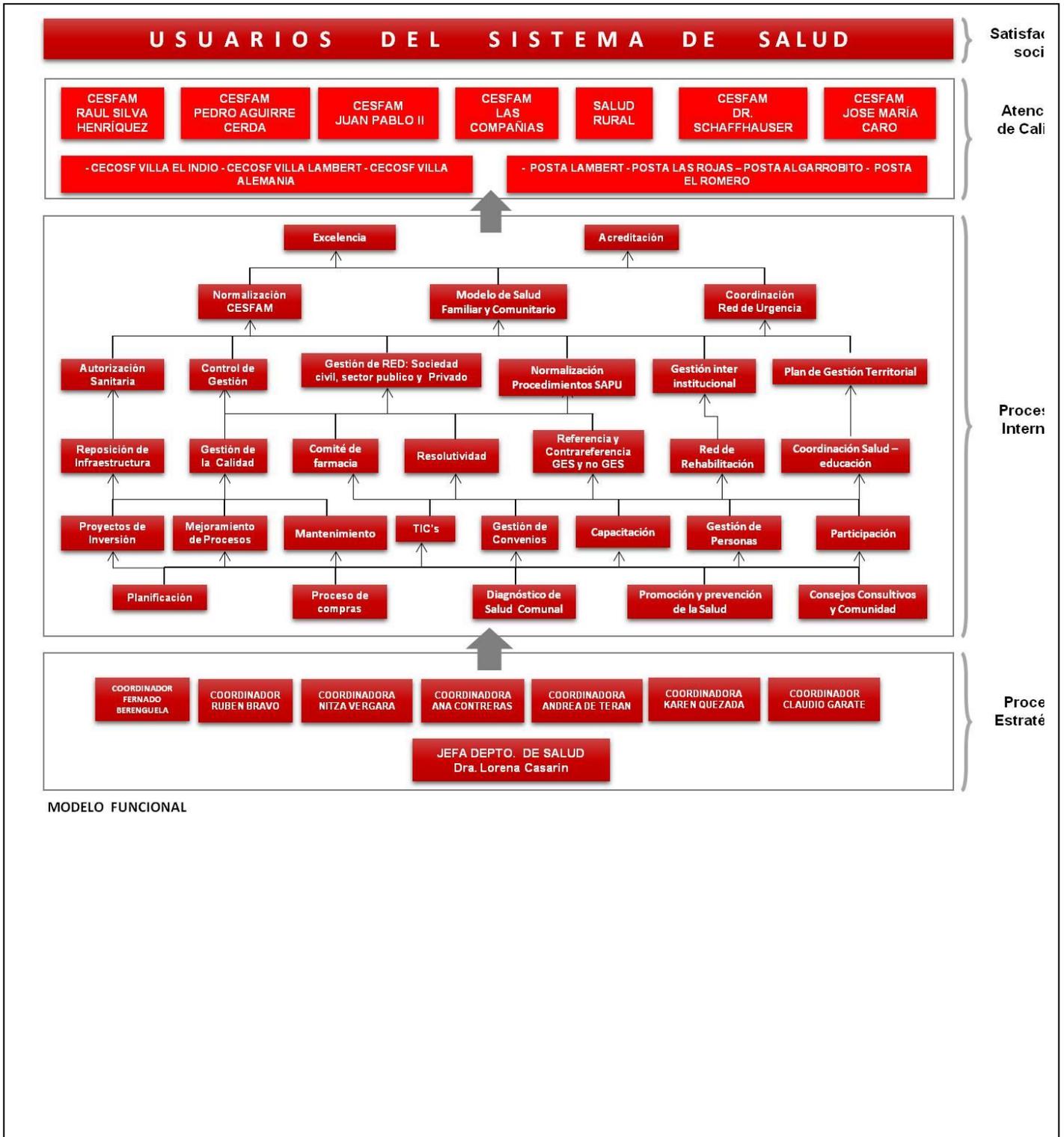
## 11 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES

A partir de marzo de 2013, esta nueva administración del Departamento de Salud comenzó a delinear una Planificación Estratégica conducente a mejorar los procesos internos de la organización. El objetivo de esta metodología es brindar un servicio de calidad en con énfasis en entregar soluciones integrales a situaciones de inequidad basados en el diagnóstico de la situación actual.

### 11.1 LINEAS ESTRATÉGICAS 2015

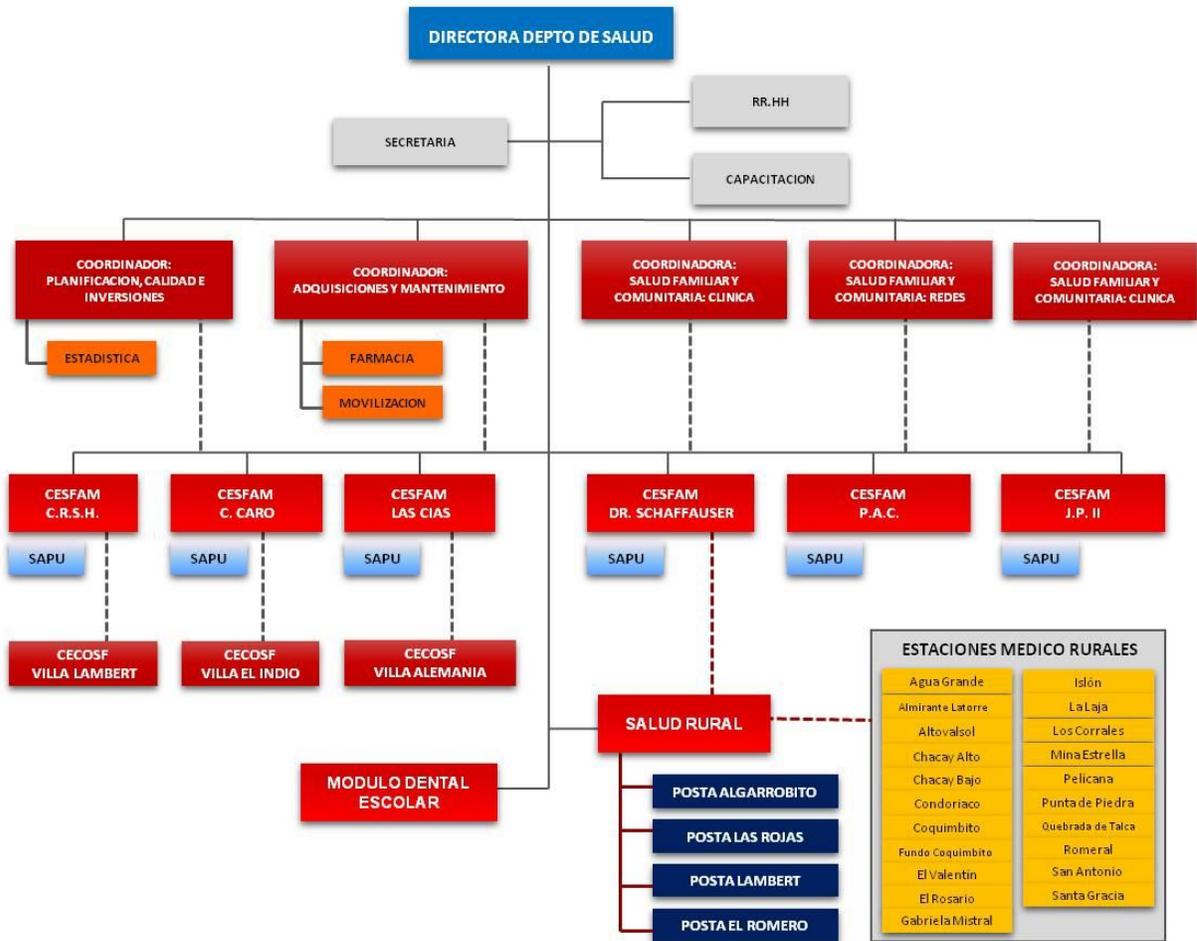
1	<b>MODELO DE ATENCION</b>	Modelo de Salud familiar con enfoque comunitario, Participación, Promoción de La Salud, Prevención, Tratamientos y Rehabilitación, Resolutividad, SAPU, OIRS y Satisfacción Usuaría, Calidad, Programas
2	<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Carrera Funcionaria (Dotación, Calificación, Capacitación), Ciclo Laboral, Remuneraciones, Provisión de Cargos, gremios, Perfil RRHH en APS, Autocuidado, Bienestar, Convenio Asistencial Docente, Coordinación RRHH, Organigrama y Flujos de Información
3	<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	Programación Actividades y Adquisiciones: Presupuestos Percapita, Convenios, Ingresos Propios y Aporte Municipal
4	<b>CONTROL DE GESTION</b>	Monitoreo Ejecución de Actividades, Metas y Ejecución Presupuestaria
5	<b>COORDINACION INTRA E INTER SECTOR</b>	Convenio Asistencial Docente, Coordinación Red Asistencial, Relación Interinstitucional, Relación Departamento de Educación
6	<b>ADQUISICIONES, ABASTECIMIENTO Y MANTENCION</b>	Ejecucion compras relacionadas con: Farmacos, Insumos, Equipamiento, Infraestructura y Ejecucion compras obtenidas de Recursos Procedentes de Convenios

## 11.2 MAPA PROCESOS DEPARTAMENTO DE SALUD



MODELO FUNCIONAL

### 11.3 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD



## 12. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

### Propósito del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en A.P.S.

Continuar generando una masa crítica de funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria y en particular de su enfoque familiar, comunitario, de género, intercultural y en red como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

En la formulación del siguiente Programa de Capacitación, se han incluido orientaciones de la gestión del Ministerio de Salud, que consideran la Visión, Misión y Objetivos estratégicos definidos para el periodo.

Lineamientos	Temáticas	Cantidad Cursos	Nº Pedagógicas	Total Funcionarios Capacitados
Modelo de Atención en Salud	Estrategias de Promoción en APS	2 cursos	21	60
	Herramientas de Salud Familiar	2 cursos 1 Nivel Avanzado 1 Nivel Básico	21	60
	Salud Intercultural y Estrategias Complementarias	2 curso Nivel Avanzado	21	60
Modelo de Gestión en RED	Conodmiento y Aplicación reforma procesal penal en red de urgencia	1 curso Nivel Avanzado	21	30
GES Objetivos Sanitarios 2011-2020	Patologías Programa de Salud cardiovascular	2 curso 1 Nivel Avanzado y 1 Básico	21	60
	Manejo Farmacológico en Patologías GES en Salud Mental	1 curso Nivel Avanzado	21	30
	<b>Dg en Salud Mental APS</b>	<b>1 curso</b>	21	30
Calidad de la Atención y del trato al usuario	Satisfacción Y trato usuario centrado en el ciclo vital	1 curso Nivel Avanzado	21	30
	RCP Básico y Avanzado	2 cursos Nivel Básico y Avanzado	21	60

Lineamientos	Temáticas	Cantidad de Cursos	Nº Pedagógicas	Total Funcionarios Capacitados
Mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	<i>Liderazgo y Trabajo Equipo</i>	3 cursos	21	90
Tecnologías de información y comunicación (TICs)	Manejo Avanzado de Excell	1 curso Nivel Intermedio	21	30
Gestión Administrativa física y financiera	Gestión de Salas R.E.A.S	1 curso Nivel Avanzado	21	30
	Planes y Protocolos de Prevención de riesgos en la Red Asistencial	1 curso Nivel Avanzado	21	30
Gestión y Desarrollo de las personas	Manejo y aplicación Ley 19.378	1 cursos 1 Nivel Avanzado	21	60
Totales		22	294	653
Financiamiento Total	<b>\$ 52.800.000</b>			

### 13. ACTIVIDADES PRIORIZADAS DE ACUERDO A ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS 2014

Todas las actividades, que destinadas al cuidado de la salud a lo largo de la vida están basadas en los principios y enfoques enunciados en los capítulos anteriores y expresan el reconocimiento de los derechos de las personas de parte del Estado y a su rol de entregar protección social de la población más desfavorecida para disminuir las desigualdades en salud. En este sentido, el conjunto de prestaciones priorizadas a programar es, en sí, un determinante social de la salud, dado que ofrece una oportunidad para el ejercicio de derechos ciudadanos y para el acceso a intervenciones sanitarias basadas en evidencia de efectividad.

#### 13.1 SALUD MATERNA Y NEONATAL

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son muy difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La instalación de las estrategias necesarias para lograr un nacimiento seguro, pueden disminuir en forma significativa el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. El periodo neonatal, inmediatamente

después del nacimiento, representa un momento vulnerable y crítico del primer año de vida.

La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre ellas, está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención postnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud.

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en dos principios éticos: el respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y el no someter a la madre a un daño innecesario. El rol de los profesionales de la atención obstétrica y neonatal, es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información adecuada, basada en la evidencia disponible, que permita a la madre tomar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – auto cuidado durante la gestación, protagonismo en el parto y postparto (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo MINSAL 2008).

## **13.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

En Chile, la responsabilidad del Estado, a través del equipo de salud, está definida como orientadora respecto de los métodos anticonceptivos de manera que las y los potenciales usuarias(os) elijan, informadamente, el anticonceptivo que desean utilizar. El Estado, a través del Ministerio de Salud y su red asistencial asegura la atención y la entrega del método anticonceptivo (Norma Regulación de Fertilidad. MINSAL 2007). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2013.

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso, es una condición que se presenta en algunas mujeres y consideramos que es muy importante asegurar que los servicios técnicos otorgados a las mujeres que consultan por esta razón sean de calidad, así como es relevante que estos servicios cuenten con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas. El año 2010, se elaboran las Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de las Mujeres que presentan un Aborto y Otras Pérdidas Reproductivas.”

La política de regulación familiar se sustentó originalmente en disminuir la mortalidad materna, especialmente la producida por el aborto provocado, como también reducir la mortalidad infantil por razones asociadas a embarazos no deseados, además de promover el bienestar familiar mediante el énfasis en regulación de la fecundidad.

Para lograr disminuir la mortalidad materna por embarazos no deseados y de alto riesgo, es necesario disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real y focalizar acciones en la población adolescente y en sectores de la población más vulnerable.

### **13.3 SALUD DE LA MUJER EN ETAPA DE CLIMATERIO**

El aumento en la expectativa de vida observado en las últimas décadas ha llevado a conceder creciente importancia a los múltiples síntomas asociados al cese de la función ovárica (hipogonadismo) y su expresión clínica, la menopausia.); Este periodo se asocia con un deterioro de la calidad de vida de la mujer, así como a un aumento de ciertas enfermedades crónicas destacando las patologías cardiovasculares y la osteoporosis, si esta no es manejada a su debido tiempo según demanda y recursos de la APS.

### **13.4 SALUD INFANTIL**

En la infancia: Los énfasis están en contribuir a una acogida respetuosa y afectuosa a las nuevas personas, en facilitar la adopción temprana de hábitos de vida saludables que les garanticen una vida sana a través del curso de la vida, en facilitar tratamiento a aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidente domésticos y maltrato, en detectar y derivar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y el desarrollo psicosocial de los niños y niñas.

#### **13.4.1 Área Estratégica: Promoción**

- Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas.
- Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.

#### **13.4.2 Área Estratégica: Prevención**

- Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.
- Fortalecer la cobertura de control de salud de los niños/as con énfasis en el control de los 2 años seis meses y a los cuatro años seis meses.
- Fortalecer la creación o mantención de un vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado.

- Detección oportuna de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo integral.
- Reducir la carga de enfermedad por inmuno prevenibles.
- Reducir la carga de enfermedad por primera dosis de vacuna TRIVIRICA al año de edad.
- Detener el aumento de la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.
- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar.
- Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses.
- Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.
- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad.

#### **13.4.3 Área Estratégica: Tratamiento**

- Disminuir la incidencia de Déficit de Desarrollo Sicomotor en los niños y/o niñas detectadas con rezago en su evaluación del DSM.
- Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo.
- Restablecer el vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado.
- Disminuir o mantener la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.
- Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales.
- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.
- Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años).

- Contribuir a la disminución de morbi mortalidad en menores de 7 meses con riesgo moderado- grave de morir por Neumonía.

### **13.5 SALUD DEL ADOLESCENTE**

Es fundamental una atención diferenciada e integral, respetuosa y confidencial que incentive y apoye las conductas protectoras de la salud y el auto cuidado, promueva el respeto para si mismo para los demás y facilite el logro de las tareas del desarrollo, en particular de la identidad adolescente, de manera que ellos y ellas se integren a la sociedad, como sujetos de derechos, conscientes de sus deberes. El perfil de morbi mortalidad en esta etapa está estrechamente asociado a las desigualdades sociales, así como, a conductas de riesgo/protección , por lo tanto, a causas prevenibles, dándose los principales problemas en siete ámbitos: la Salud Mental (violencia, incluido el abuso sexual ; consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, depresión, intentos y actos suicidas); Salud Nutricional (sobrepeso y obesidad y trastornos alimentarios) y estilo de vida (sedentarismo); la Salud sexual y reproductiva (embarazo no planificado, ITS/SIDA) Discapacidad, Enfermedades crónicas y oncológicas, Salud dental. En cuanto a la mortalidad, estas se relacionan principalmente con causas externas (accidentes, homicidios y suicidios).

#### **13.5.1 Área Estratégica: Promoción**

- Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.
- Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes.
- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años.
- Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.

#### **13.5.2 Área Estratégica: Prevención**

- Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.
- Aumentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad.
- Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.

- Disminuir la transmisión vertical del VIH.
- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años
- Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.
- Gestantes, madres y padres adolescentes con habilidades parentales y apoyo para la crianza.
- Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación.
- Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.
- Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad y Síndrome Metabólico.
- Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.
- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

### **13.5.3 Área Estratégica: Tratamiento**

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años.
- Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.
- Disminuir la transmisión vertical del VIH.
- Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.
- Aumentar el número de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial durante su gestación
- Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.

- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

### **13.6 SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS**

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Principales problemas de salud son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas<sup>37</sup> son evitables reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo. Es fundamental considerar que casi todos los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado cuyas condiciones afectan la salud y están sujetos a horarios y restricciones para acudir al centro de salud.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, también lo es en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional y la detección de la violencia sexual y de género y de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama; contribuyendo además a otros cánceres de ovario y de endometrio.

En este grupo de edad, también suelen aparecer los primeros síntomas aunque no siempre específicos que pueden hacer sospechar colelitiasis, o un cáncer de estómago, de testículo y próstata y también de pulmón, vejiga y color rectal entre otros.

#### **13.6.1 Área Estratégica: Promoción**

- Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.
- Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.

### **13.6.2 Área Estratégica: Prevención**

- Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.
- Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.
- Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años.
- Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.
- Aumentar el número de personas, bajo control en el PSCV obesas que logran bajar de peso.
- Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.
- Aumentar cobertura de personas adultas entre 20 y 64 años con hipertensión PSCV.
- Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2 en el PSCV.
- Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.
- Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas y trastornos mentales.
- Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.
- Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa vigente.
- Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad.
- Disminuir la prevalencia de descompensaciones por infecciones respiratorias.

### **13.6.3 Área Estratégica: Tratamiento**

- Aumentar la proporción de personas compensadas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control)
- Aumentar el número de personas bajo control con diabetes.
- Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con trastornos mentales.
- Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH
- Garantizar la realización del examen de detección del VIH/SIDA con consejería pre y post test de acuerdo a normativa vigente.
- Detectar co – infección VIH/ TBC.
- GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años.
- Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias
- Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.

### **13.6.4 Área Estratégica: Rehabilitación**

- Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)

## **13.7 SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES**

La base fundamental de la atención del Adulto Mayor es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida en la vejez. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutive, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas que se presentan a estas edades.

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor resolutive y de Satisfacción Usuaria. Junto con ello, se

debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

### **13.7.1 Área Estratégica: Promoción**

- Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.
- Promover que los AM participen en organizaciones sociales y comunitarias (OSC).

### **13.7.2 Área Estratégica: Prevención**

- Aumentar cobertura en AM con Examen Anual de Medicina Preventiva (EMPAM) respecto al año anterior.
- Promover el envejecimiento activo y el autocuidado en el Adulto Mayor.
- Promover la difusión de hogares libres de humo de tabaco.
- Brindar atención integral y oportuna a Adultos Mayores identificados en riesgo psicosocial.
  
- Realizar actividades de apoyo a AM identificados con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato.
- Detectar tempranamente AM en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC), en personas hipertensas y/o diabéticas de 65 y más años.
- Disminuir riesgo de Infarto en personas de 65 y más años.
- Aumentar la cobertura de personas hipertensas y diabéticas que se encuentren en control en el Programa Cardiovascular.
- Realizar examen baciloscopía a AM sintomáticos respiratorios según norma.
- Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócicapolisacárida.
- Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que reciben PACAM.

### **13.7.3 Área Estratégica: Tratamiento**

- Aumentar el número de personas compensadas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentren en control en el PSCV.
- Aumentar el número de personas dependientes que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.
- Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes y con demencia que están capacitadas y reciben apoyo.
- Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética.
- Aumentar el número de AM que recibe tratamiento en Atención Primaria por artrosis leve y moderada de rodilla y cadera.
- Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.

Plan Comunal de Salud 2016

- Brindar atención integral y oportuna AM y sus familias, con problemas y trastornos de salud mental.
- Aumentar el número de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento de Tuberculosis (85 %).
- Disminuir tasa de abandono menor al 5% por TBC.
- Disminuir la tasa de mortalidad menor de 3% en cohorte por TBC.

## 14. METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, los equipos multidisciplinarios que se desempeñan en los Centros de Salud deben brindar los servicios de forma integral, continua y equitativa. Los administradores municipales deben cumplir metas sanitarias, satisfacer expectativas de servicio para la creciente demanda por salud, utilizar eficientemente los recursos y reducir la demanda de otros niveles mediante estrategias de prevención y promoción de salud.

Estas Metas Sanitarias están orientadas a:

- La necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos de nivel primario.
- Dar cumplimiento a estas y dar mejoramiento a la atención de salud que se les ha fijado para el año, depende de esto la obtención de la asignación desarrollo y estímulo al desempeño colectivo por el personal regido por la ley N° 19.378.

La ley N° 19.813 que Otorga beneficios a la Salud Primaria, establece para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la ley N° 19.378, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Dicha asignación estará asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la atención primaria de salud.

El cumplimiento de las metas señaladas, otorga a los trabajadores de atención primaria de salud municipal el derecho a recibir total o parcialmente el componente variable de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo contemplada en esta ley.

Metas Sanitarias Cumplimiento Corte a Junio 2015
1.-Recuperación Riesgo Desarrollo Psicomotor
2.-Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.
3 a.- Aumento de cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años.
3.b.- Aumento cobertura de Alta Odontológicas Total en embarazadas.
3.c.- Aumento cobertura de Alta Odontológica Total en niños/as de 6 años.
4.- Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en personas de 15 y más años
5.- Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y más años
6.- Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control
7.- Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente

## 15. INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Este Índice fue constituido por dos componentes para el año 2012:

- Actividad General
- Actividad con Garantías Explícitas-GES

Este indicador debe ser evaluado para poder acceder al aporte estatal 2010, fijado en el artículo 1º letra e) I y II, del decreto N° 70 del 7 de Diciembre de 2009.

Esta evaluación debe efectuarse con distintas ponderaciones de acuerdo al tipo de establecimiento de salud que se encuentren en el ámbito territorial del Servicio de Salud Coquimbo.

Este Índice es acordado en comisión tripartita de negociación, compuesta por representantes provinciales, validados por las comunas, de las entidades administradoras de salud municipal y de la Asociación Chilena de Municipalidades; representantes de las asociaciones gremiales de los funcionarios de salud municipalizada (CONFUSAM) y representantes del Servicio de Salud Coquimbo.

<b>INDICES DE ACTIVIDAD APS (IAAPS) Corte AGOSTO</b>
META 1: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS
META 2: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS
META 3: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMPAM) EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
META 4: INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO
META 5: PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL
META 6: GESTION DE RECLAMOS EN APS
META 7: COBERTURA DE ATENCION DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS
META 8: COBERTURA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
META 9: COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL
META 10: TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL
META 11: COBERTURA DE ATENCION DE ASMA EN POBLACION INSCRITA Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS
META 12: COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS EN TRASTORNOS MENTALES

## 16. EVALUACIÓN Y CONTROL

### 16.1 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Para efectos del cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2012 y el mes de corte:

- 1 Corte: Enero a Marzo: acciones realizadas de enero a marzo
- 2 Corte: Enero a Junio: acciones realizadas de enero a junio
- 3 Corte: Enero a Agosto: acciones realizadas de enero a agosto
- 4 Corte: Enero a Octubre: acciones realizadas de enero a octubre

El Ministerio de Salud calculará la rebaja, para cada comuna, de acuerdo al porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud - IAAPS, conforme a las siguientes tablas:

**Tabla 1:** Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Actividad General

Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	90 a 100	0%
2	80 a 89.99	4.0%
3	70 a 79.99	8.0%
4	Menor de 70	12.0%

Fuente: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

## 17. DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS TERRITORIALES 2015

Dentro de nuestro Modelo de Salud, los Diagnósticos Participativos permiten conocer las necesidades de la comunidad teniendo como fuente de información a los propios habitantes de los territorios donde cada Centro de Salud y Equipo Rural se emplaza.

En el caso de la región de Coquimbo, hubo además una instancia provincial liderada por el Servicio de Salud denominada “**Encuentro Ciudadano de la Provincia de Elqui**”, la cual en el contexto de seguir avanzando en los procesos participativos del sector salud, autoridades y comunidad generaron compromisos a ser cumplidos en el plazo de 8 meses. Dentro de los compromisos asumidos por las autoridades, se encuentra justamente el que los Planes Comunales de Salud, sean diseñados de manera participativa.

En nuestro caso, como comuna de La Serena, abordamos este desafío este año, generando un Plan de Salud 2015, con la información levantada desde los diferentes territorios, información que detallaremos más adelante. Respecto de la instancia provincial, además del compromiso señalado, se suman los siguientes a la luz del *Oficio n° 1/A 1661 del 17 de Octubre del 2014* enviado por el Director del Servicio de Salud Coquimbo, el señor Ernesto Jorquera Flores:

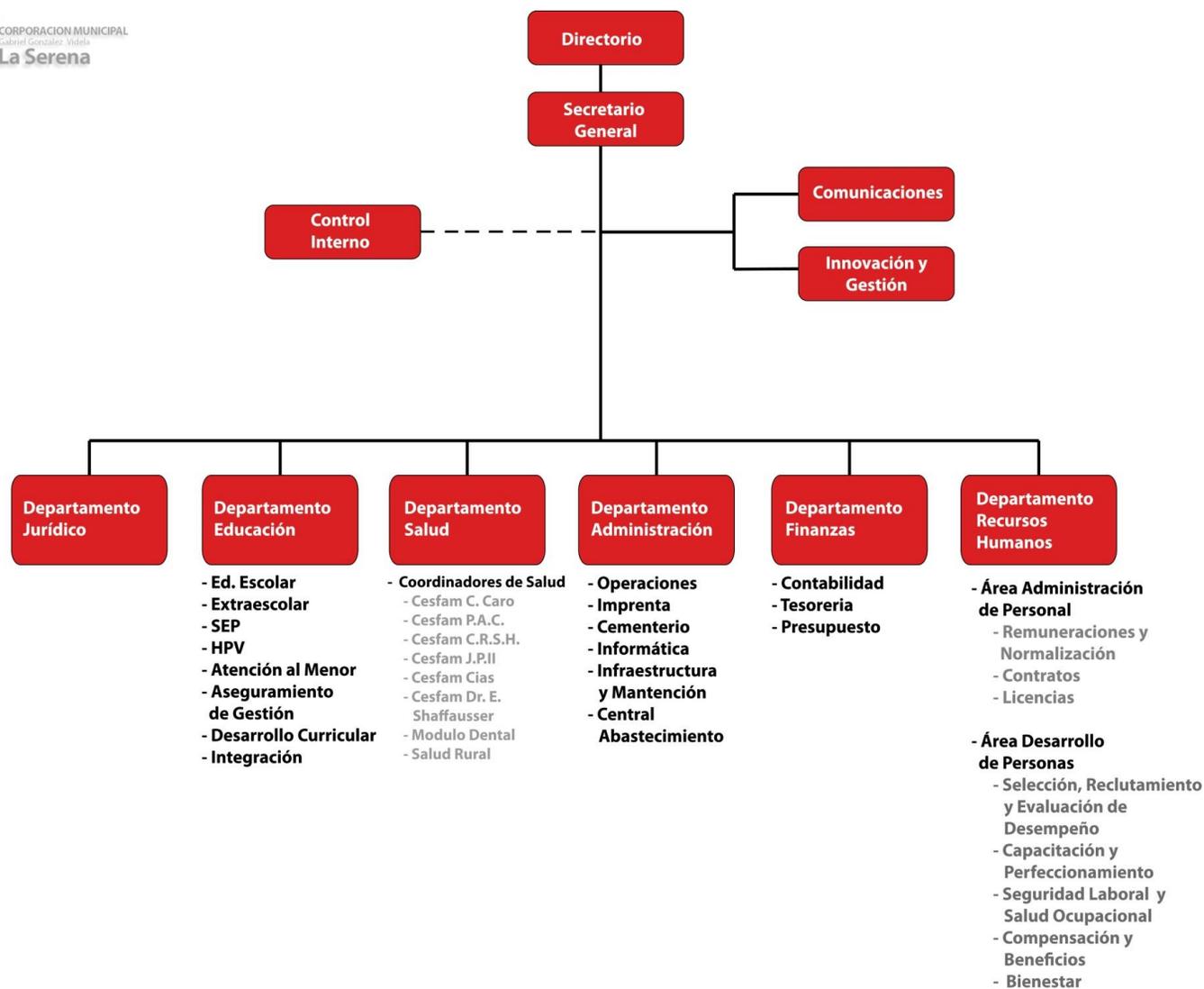
C. LAS COMPAÑÍAS		C. JUAN PABLO II	
Fácil acceso a drogas y aumento de violencia		Dificultad en el acceso a números de atención	
Dificultad en el acceso a la atención de pacientes crónicos y adultos		Períodos extensos de espera para interconsultas	
Acumulación de basura en el territorio		Déficit de médicos y personal de la salud	
Presencia de Perros Vagos		Escasos medios de transporte público de acercamiento al Cesfam	
Ausencia de áreas verdes		Presencia de Drogas y Alcohol	
CECOSF VILLA LAMBERT		C. CARDENAL R. SILVA HENRIQUEZ	
Existencia de plaza al lado de la multicancha del sector sin habilitar		Plaga de Roedores	
Déficit de máquinas de ejercicios en plazas del sector		Existencia de Microbasurales	
Déficit de actividades físicas para niños y jóvenes / Drogas y Basurales		Aumento de la obesidad en la población	
Déficit de horas médicas		Infraestructura deficitaria para un adecuado servicio	

<b>C. CARDENAL CARO</b>	<b>EQUIPO RURAL</b>
Déficit de difusión y de educación audiovisual en salas de espera	Existencia de microbasurales en las localidades rurales y perros vagos
Inadecuado espacio físico para la entrega de un servicio de calidad	Aumento de embarazos adolescentes
Déficit de ambulancias	Déficit de box en Postas y deficiente implementación
Déficit de médicos	
<b>C. E. SCHAFFHAUSER</b>	<b>C. PEDRO AGUIRRE CERDA</b>
Déficit de Horas Médicas y Dentales	Déficit de actividades físicas grupales
Problemas en la adquisición de Fármacos	Déficit de médicos
Aumento de la Drogadicción y falta de alternativas de recreación Sana	Necesidad de mejoramiento de estrategia en la entrega de horas.
Existencia de Violencia Intrafamiliar en el Pololeo y Embarazo Adolescente	Déficit de interconsultas
Déficit en canales de información y difusión de programas	Déficit de kinesiólogo para pacientes crónicos y rehabilitación
Aumento de obesidad en la población	

---

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1: ORGANIGRAMA CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA



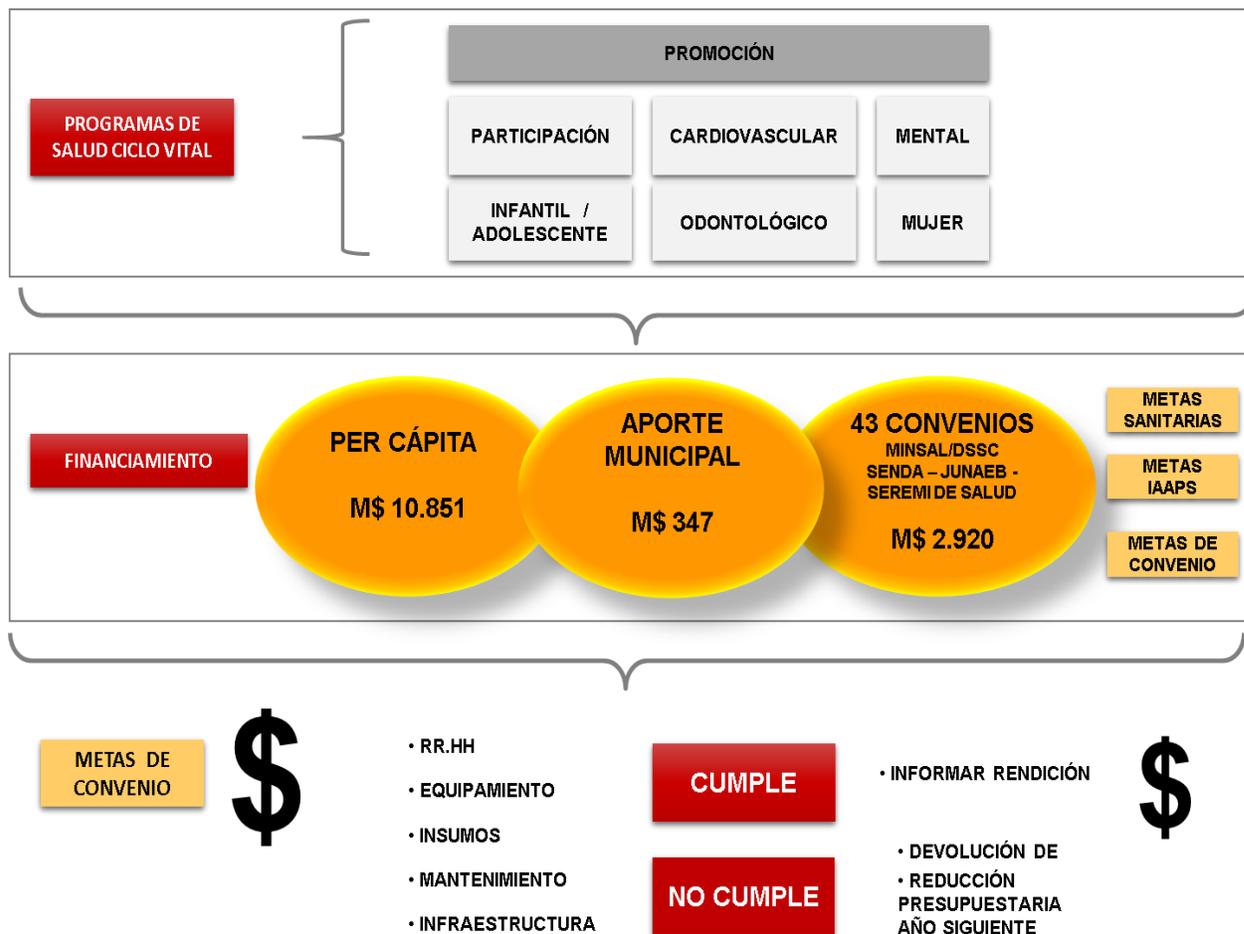
## ANEXO Nº 2: DOTACION DE RECURSO HUMANO SOLICITADA AÑO 2015

CAT.	ESCALAFON	DOTACION SOLICITADA AÑO 2016							CANT.
		Nº FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS							
		Nº FUNC.	44	33	22	11	4	TOTAL HORAS	
A	CIRUJANO DENTISTA	33	30	2	1	0	0	1408	4037
	MEDICO CIRUJANO	69	51	3	7	8	0	2585	
	QUIMICO FARMACEUTICO BIOQUIMICOS	1	1					44 0	
B	ASISTENTE SOCIAL	24	24	0	0	0	0	1056	8617
	ENFERMERA/O	61	59	2	0	0	0	2662	
	FONOAUDILOGO	3	3	0	0	0	0	132	
	MATRONA/ON	31	30	1	0	0	0	1353	
	NUTRICIONISTA	21	20	0	1	0	0	902	
	PSICOLOGA/O	27	22	0	5	0	0	1078	
	KINESIOLOGA/O	26	17	3	5	0	1	961	
	TECNOLOGO MEDICO	1	0	1	0	0	0	33	
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	2	0	0	0	0	88	
	EDUCADORA DE PARVULOS	8	8	0	0	0	0	352	
	INGENIERO	0	0	0	0	0	0	0	
	ABOGADO	0	0	0	0	0	0	0	
JEFE DEPTO. SALUD	0	0	0	0	0	0	0		

CAT.	ESCALAFON	DOTACION SOLICITADA AÑO 2016							CANT.	
		Nº FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS								
		Nº FUNC.	44	33	22	11	4	TOTAL HORAS		
C	CONTADOR	0	0	0	0	0	0	0	5632	
	ESTADISTICO	0	0	0	0	0	0	0		
	PROGRAMADOR	7	7	0	0	0	0	308		
	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN SALUD	99	99	0	0	0	0	4356		
	OTROS (Podóloga)	4	2	0	2	0	0	132		
TANS	19	19		0			836	2596		
D	AUXILIAR DE ALIMENTACION	0	0	0	0	0	0		0	
	AUXILIAR paramédico DE ENFERMERIA	30	30	0	0	0	0		1320	
	AUXILIAR DE FARMACIA	2	2	0	0	0	0		88	
	AUXILIAR DE LABORATORIO	0	0	0	0	0	0		0	
E	AUXILIAR DENTAL	27	27	0	0	0	0		1188	2464
	ADMINISTRATIVO/A	54	54	0	0	0	0		2376	
	SECRETARIA/O	2	2	0	0	0	0	88	3784	
F	AUXILIAR DE SERVICIO	38	38	0	0	0	0	1672		
	CHOFER	30	30	0	0	0	0	1320		
	Nochero-Vigilante	18	18	0	0	0	0	792		
<b>TOTALES</b>		<b>637</b>	<b>595</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>27130</b>	<b>27130</b>	

Fuente: Departamento de Recurso Humano. Corporación Municipal Gabriel González Videla

## ANEXO N° 3 PRESUPUESTO 2015 AREA SALUD



Fuente: Departamento de Finanzas Corporación Municipal Gabriel González Videla.

ANEXO N° 3

**METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL AÑO 2015 (Comuna La Serena)**

<b>INDICES DE ACTIVIDAD APS (IAAPS) Corte AGOSTO</b>	<b>% CUMPLIMIENTO</b>
META 1: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS	89,60
META 2: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS	90,73
META 3: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMPAM) EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	77,35
META 4: INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO	102,82
META 5: PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	91,09
META 6: GESTION DE RECLAMOS EN APS	101,63
META 7: COBERTURA DE ATENCION DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	84,98
META 8: COBERTURA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	83,70
META 9: COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	102,96
META 10: TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	93,05
META 11: COBERTURA DE ATENCION DE ASMA EN POBLACION INSCRITA Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS	106,17
META 12: COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS EN TRASTORNOS MENTALES	91,57

<b>Metas Sanitarias Cumplimiento Corte a Junio 2015</b>	<b>% CUMPLIMIENTO</b>
1.-Recuperación Riesgo Desarrollo Psicomotor	91,67%
2.-Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.	105,55%
3 a.- Aumento de cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años.	37,35%
3.b.- Aumento cobertura de Alta Odontológicas Total en embarazadas.	64%
3.c.- Aumento cobertura de Alta Odontológica Total en niños/as de 6 años.	69,36%
4.- Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en personas de 15 y más años	80,49%
5.- Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y más años	84,03%
6.- Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control	113,76%
7.- Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente	100%
8.- Evaluación anual del pie diabético en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	49,54%

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2015.

## ANEXO Nº 4

## INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2016 (Comuna La Serena)

### Componente A: Actividad General

#### COMPONENTE ACTIVIDAD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS

Nº	Problema de salud	Meta
7	Diabetes mellitus tipo II	100%
19	Infección respiratoria Aguda (IRA) baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	100%
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	100%
21	Hipertensión Arterial Primaria Esencial en personas de 15 años y más	100%
22	Epilepsia No refractaria desde 1 año y menores de 15 años.	100%
23	Salud Oral Integral para niños de 6 años	100%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	100%
34	Depresión en personas de 15 años y más	100%
38	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	100%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	100%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	100%
46	Urgencia odontológica Ambulatoria	100%

Nº	Componentes	Indicador	Meta	Importancia Relativa %
1	Cumplimiento de garantías explícitas en salud (GES)	Nº de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos GES atendidos en APS	100%	100%

(1) Conforme Decreto Supremo Nº 1 del 6 de enero de 2010.

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2015.

## ANEXO Nº 5

## 2. EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES

NOMBRE SERVICIO DE SALUD :			
NOMBRE COMUNA:			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO :			
FECHA VISITA		HORA VISITA	

PROBLEMA DE SALUD	FARMACOS	Unidad	Programación mensual	Disponibilidad esperada (15% de la programación mensual)	Disponible	
					Si	No
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1. ENALAPRIL *	Comprimido 10mg				
	2. ÁCIDO ACETILSALICILICO *	Comprimido 100mg				
	3. LOSARTAN *	Comprimido 50mg				
DIABETES	4. METFORMINA *	Comprimido 850mg				
	5. GLIBENCLAMIDA *	Comprimido 5mg				
	6. INSULINA	Presentación NPH 100 UI/ml				
DEPRESIÓN	7. FLUOXETINA *	Cápsula/ comprimido 20mg				
	8. SERTRALINA *	Comprimido 50mg				
DISLIPIDEMIA	9. ATORVASTATINA *	Comprimido 20mg				
	10. LOVASTATINA *	Comprimido 20mg				
ARTROSIS	11. PARACETAMOL *	Comprimido 500mg				
	12. TRAMADOL	Comprimido 50mg				
	13. CELECOXIB,	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	14. ÁCIDO VALPROICO	Comprimido 200mg				
	15. CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	16. SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)				
	17. BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)				
	18. BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)				
HIPOTIROIDISMO	19. LEVOTIROXINA	Comprimido 100mcg				
PARKINSON	20. LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg				

(\*) Fármacos trazadores incorporados en evaluación de cumplimiento del componente.

El centro cuenta con el 100% de disponibilidad de fármacos trazadores <sup>6</sup> . (marque Si/No)	Si:	No:
---	-----	-----

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:	
Nombre	
Firma	
PROFESIONAL QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:	
Nombre	
Firma	

<sup>6</sup> Se entenderá por "fármaco trazador disponible", cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.

## ANEXO N° 6

# HITOS 2015 EN GESTIÓN DE PERSONAL

### LEY DE ALIVIO 20.858

-Postuló un Total de 206 Funcionarios quedando seleccionados 191.

-Homologación de Administrativos de categoría "E" a "C": Postularon 28, quedando aprobados 20 funcionarios.

Cumpliendo en un 100 % en los plazos indicados en los procedimientos regulados por esta normativa publica el 11 de agosto de 2015 .



## Artículo 45

ITEM ASIGNACIONES ARTÍCULO 45	Mensual	Anual	N
Médicos y Odontólogos 44 horas	15.303.750	183.645.000	55
Médicos y Odontólogos 22 horas	1.084.678	13.016.137	11
Médicos y Odontólogos 33 horas	627.138	7.525.661	4
Médicos y Odontólogos 11 horas	209.049	2.508.588	4
Médicos 30 %	6.678.000	80.136.000	40
Directores 15 % SB+Asig. APS	1.803.028	21.636.338	6
Subdirecciones 15 % SB+Asig.APS	1.012.063	12.144.751	8
Coordinaciones Modulo + Equipo Rural	1.161.923	13.943.079	2
Coordinadores Comunales	1.198.849	14.386.193	7
Asignaciones de Especialidades 44 horas	1.669.500	20.034.000	5
Asignaciones de Especialidades 11 horas	83.475	1.001.700	1
Asignaciones de Especialidades 22	500.850	6.010.200	3
Coordinaciones CECOSF	1.295.786	15.549.437	3
Homologación Desempeño Difícil 20% del SB	40.280.000	483.360.000	595
<b>TOTALES</b>	<b>72.908.090</b>	<b>874.897.083</b>	

- **El presente cuadro y sus valores quedarán sujetos a variaciones, esto según los reajustes que se presenten en el 2016**

## ANEXO N° 7

### HITOS 2015 EN GESTIÓN DE PERSONAL

#### LEY DE ALIVIO N° 20.858 (MINISTERIO DE SALUD)

Esta ley dio la posibilidad de poder incorporar, a funcionarios que hayan contado con una permanencia de al menos 3 años, en la RED A.P.S. de la comuna de La Serena y de esta forma, avanzar en la regularización de la dotación de acuerdo a Ley N° 19.378, que precisa una proporción de 80/20.

Este proceso fue participativo y contó con la colaboración de los Gremios de Salud e I. Municipalidad de La Serena.

- **Postuló un total de 206 funcionarios quedando seleccionados 191 funcionarios, (Art. 2°).**

- **Homologación de Administrativos de categoría "E" a categoría "C": Postularon 28 funcionarios, quedando aprobados 20 funcionarios, (Art. 1°).**

**Cumpliendo en un 100 % en los plazos indicados en los procedimientos regulados por esta normativa pública, el 11 de agosto de 2015.** Esto tiene como objetivo ratificar los estudios técnicos de nivel superior de los administrativos de la RED A.P.S. que contando con estos estudios no están comprendidos en la Ley N° 19.378.

## GLOSARIO

**Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

**AVNI:** Apoyo ventilatorio no invasivo. Programa Ministerial destinado a brindar soporte ventilatorio a menores con secuelas pulmonares asociadas a patologías neuromusculares.

**Capacidad resolutive:** es la capacidad que tiene un establecimiento de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

**Cartera de servicios:** conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

**CECOSF:** Centros Comunitarios de Salud Familiar, atienden una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, y cubren los mismos servicios que aquél, en forma complementaria, a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y por el tipo de trabajo que realizan en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

**CESFAM:** Es el espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar (enfoque bio-psico-social, énfasis en la promoción y continuidad de los cuidados). Estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial. La característica principal es que introduce a la familia como una unidad de atención

**Consultoría médica de especialista:** actividad realizada por médico especialista en conjunto con médicos y equipos de salud de Atención Primaria tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos. Esta actividad se realiza con el paciente presente.

**Consejería en salud:** es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto del cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

**Continuidad de la atención:** se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó la consulta.

**Control:** función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los acontecimientos se adecuen a los planes. Implica medir el desempeño con metas y planes; mostrar dónde existen desviaciones de los estándares y ayudar a corregirlas.

**Control social:** es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual y colectiva sobre las decisiones en materias de salud que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas como de las estrategias de implementación.

**Contrareferencia:** es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

**Demanda:** el número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

**Descentralización de la autoridad:** tendencia a dispersar la autoridad para la toma de decisiones en una estructura organizacional.

**Eficacia:** consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.

**Eficiencia:** logro de los fines con la menor cantidad de recursos; logro de los objetivos al menor costo.

**Equipo:** grupo de personas con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común y una serie de metas de desempeño, de los que son mutuamente responsables.

**Estrategia:** una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

**Gestión clínica:** “es el más adecuado uso de los recursos, humanos, tecnológicos y organizativos para ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)”.

**Gestión por proceso clínico:** estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento ( entrada) hasta el alta o resolución (salida).

**Instancias de participación:** son espacios formales de participación tales como Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, creados con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.

**Modelo de atención de Salud:** conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige- más que al paciente o a la enfermedad como hecho aislado- a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un constante proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

**Modelo de gestión:** es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

**Oferta:** es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.

**Promoción:** “proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”; y que operacionalmente el Ministerio de Salud ha definido como “estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de la salud y mejoramiento de la calidad de vida”.

**Participación ciudadana:** es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.

**Participación comunitaria en salud:** es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

**Protocolo de atención:** es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una Guía Práctica Clínica (GPC), ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

**Protocolo de referencia y contrareferencia:** es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrareferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

**Red asistencial:** conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

**Régimen general de garantías en salud:** "es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la Ley Nº 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley Nº 18.469" .

**Referencia** (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

**Sistema de referencia y contrareferencia:** es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contrareferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud

## **COORDINACIÓN Y EDICIÓN**

Dra. Lorena Casarin Muñoz  
Médico Director de Departamento de Salud

Ing. Rubén Bravo Zamorano  
Coordinador Adquisiciones y Mantenimiento

E.U. Nitza Vergara Silva.  
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

T. Social Nicole Cadena Munita  
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Redes

Srta. Rocío Alvarado Alcayaga  
Encargada RR.HH y Capacitación

Srta. Andrea Taquias Alfaro  
Apoyo Abastecimiento

E.U. Ana Contreras Cortés  
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

Sr. Miguel Rojas Saldias  
Encargado informática Departamento de Salud

Sr. Claudio Garate Troncoso  
Encargado de Capacitación Departamento de Salud

Srta. Bélgica Guerra Galleguillos  
Secretaria Departamento de Salud

Sra. Ana María Tirado Soto  
Secretaria Departamento de Salud

Ing. Fernando Berenguela Anacona.  
Coordinador Planificación, Calidad e Inversiones

E.U Claudia Gallardo Cortés  
Directora CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser

Dr. Andrés Cifuentes Tapia  
Director CESFAM Cardenal Caro

Dra. Solange González Ríos  
Directora CESFAM Pedro Aguirre Cerda

Dr. Claudio Miranda Payacán  
Director CESFAM Raúl Silva Henríquez

E.U Mariana Galleguillos Rojas  
Directora CESFAM Las Compañías

E.U Carolina Pérez Palma  
Directora CESFAM Centro Juan Pablo II

M<sup>a</sup> Fernanda Prado Guzmán  
Directora Módulo Dental

E.U. Yasna Ramos Ramos  
Encargado Salud Rural

QF. Lilian Cortes Caroca  
Encargada de Central de Farmacia

Carlos Hernández Herrera  
Encargado de Movilización