



PLAN DE SALUD COMUNAL

2017

DEPARTAMENTO DE SALUD

Sept. 2016

ÍNDICE

Contenido

1.	PRESENTACIÓN	6
2.	INTRODUCCIÓN	7
3.	VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA APS.....	8
4.	MARCO REFERENCIAL:	9
4.1	ENFOQUES DE PLANIFICACIÓN EN LA RED DE SALUD	9
4.1.1	Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social	9
4.1.2	Ley de Derechos y Deberes de los pacientes Ley N° 20.584	10
4.2	ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).....	11
4.3	ENFOQUE DE CURSO DE VIDA	12
4.4	ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD.....	12
4.4.1	Equidad de género en salud	13
4.4.2	Interculturalidad y pueblos indígenas.....	13
4.4.3	Inmigrantes	14
4.5	GOBERNANZA	15
4.5.1	Intrasectorialidad.....	15
4.5.2	Intersectorialidad.....	15
4.6	PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA.....	15
4.7	OBJETIVOS SANITARIOS.....	16
4.8	CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	18
4.9	EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO	18
4.10	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	23
4.11	PROMOCIÓN DE SALUD	24
4.12	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	25
4.13	RED DE ATENCION EN APS.....	27
4.13.1	Centros de Salud Generales :	27
4.13.2	Centros de salud familiar (CESFAM):.....	28
4.13.3	Postas de Salud Rurales:	28
4.13.4	Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):	28
4.13.5	Estaciones Médico Rurales:.....	29
4.13.6	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):	29
4.14	GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD	29
4.15	RECURSOS FINANCIEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA	31
4.16	FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	32
4.17	MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA.....	32
4.18	PER CÁPITA BASAL	33
4.19	APLICACIÓN DE CRITERIOS DE INCREMENTO DEL PER CÁPITA BASAL:	33
4.19.1	Pobreza:	33
4.19.2	Riesgo asociado a edad:	34
4.19.3	Ruralidad	34
4.19.4	Referencia de Asignación de Zona.....	34
4.18.5	Desempeño Difícil	35
4.19	OTROS APORTES FISCALES A LA SALUD PRIMARIA	35
4.22	RECURSOS HUMANOS	36

5	RESULTADOS GESTION ESTRATÉGICA.....	38
5.1	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	38
5.2	PILARES FUNDAMENTALES: USUARIO/INTEGRALIDAD/CONTINUIDAD	39
5.3	EJES INTERSECTORIALIDAD	40
5.4	ENFOQUE FAMILIAR.....	41
5.5	ÉNFASIS FAMILIAR Y PREVENTIVO	42
5.6	CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA	43
5.7	PARTICIPACIÓN	44
5.8	RESULTADO / IMPACTO	45
5.9	TERAPIAS COMPLEMENTARIAS	46
5.10	CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE ALCOHOL Y DROGAS	47
5.11	OTRAS ALIANZAS INTERSECTORIALES	48
5.12	EJECUCION PROGRAMA DE MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA 2016	53
5.12.1	Requerimiento solicitado en PMI 2016:.....	53
5.12.2	Tipo de acciones a realizar	53
5.12.3	Construcción e instalación de Mallas Antivectores	54
5.12.4	Adquisición de Contenedores	55
5.12.5	Instalación Grupo Electrogeno	57
5.12.6	Construcción de Sala de Lavado.....	57
5.12.7	Descripción Levantamiento Arquitectónico Salas REAS Postas	58
5.12.8	Disminucion de Brechas Sanitarias	59
5.12.9	Ingreso a ventanilla unica Ministerio de Medio Ambiente	60
5.12.10	Entrega de Móviles para Salud	61
5.12.11	Inicio Trabajos Nuevo CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser	62
6.	ANÁLISIS DEL ENTORNO.....	63
6.1	INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA COMUNAL	64
6.2	PREVISIONAL	64
6.3	INSCRIPCIÓN PER CÁPITA	65
6.3.1	Sistema de Inscripción Biométrica.....	65
6.4	INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EN COMUNA DE LA SERENA.....	66
6.5	JURÍDICO	70
6.6	TECNOLÓGICO.....	71
7.	RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA COMUNA.....	72
7.1	ACTIVIDADES POR CICLO VITAL.....	73
7.1.1	Infantil	73
7.1.2	Adolescencia	74
7.1.3	Mujer	75
7.1.4	Adulto y adulto mayor.....	76
7.2	PROCEDIMIENTOS.....	77
8.	PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS.	77
8.1	RESUMEN FINANCIERO PROGRAMAS Y CONVENIOS AÑO 2016.....	78
8.2	FINANCIAMIENTO DE SAPU	80
8.3	PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	81
8.3.1	Resolutividad:.....	81
8.3.2	Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados	82
8.3	PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	83
8.3.1	Programa GES Odontológico Adulto	83
8.3.2	Programa GES Odontológico Familiar	83
8.3.3	Programa Odontológico Integral	83

8.4	SALUD MENTAL INTEGRAL.....	84
8.5	REHABILITACIÓN INTEGRAL.....	85
8.6	ATENCIÓN RESPIRATORIA.....	85
8.7	CONVENIOS JUNAEB-CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA... 86	
8.7.1	Salud Escolar.....	86
8.7.2	Clínica Dental Escolar.....	87
8.8	PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	87
8.9	PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.....	90
8.9.1	Principios Orientadores.....	90
8.9.2	Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal.....	91
8.9.3	Fortalecimiento del Control de Salud del Niño o Niña.....	92
8.9.4	Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral.....	93
8.10	ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN APS.....	94
8.10.1	Criterios de Inclusión.....	94
8.10.2	Profesionales del Programa.....	94
8.10.3	Actividades del Programa Asistencial.....	94
8.11	ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA.....	95
9.	GESTIÓN SOCIAL EN APS.....	96
9.1	PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.....	97
9.1.1	Objetivos.....	99
9.1.2	Objetivos Específicos.....	99
9.1.3	Ejes Transversales.....	99
10.	CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES.....	101
10.1	ESQUEMA GENERAL DE FORTALECIMIENTO DE EJECUCIÓN DE CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES 2013-2017.....	103
11	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES.....	104
11.1	LINEAS ESTRATÉGICAS 2015.....	104
11.2	MAPA PROCESOS DEPARTAMENTO DE SALUD.....	105
11.3	ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD.....	106
12.	PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.....	106
13.	ACTIVIDADES PRIORIZADAS EN ORIENTACIONES 2017.....	109
13.1	SALUD MATERNA Y NEONATAL.....	109
13.2	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	110
13.3	SALUD DE LA MUJER EN ETAPA DE CLIMATERIO.....	111
13.4	SALUD INFANTIL.....	111
13.4.1	Área Estratégica: Promoción.....	111
13.4.2	Área Estratégica: Prevención.....	111
13.4.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	112
13.5	SALUD DEL ADOLESCENTE.....	113
13.5.1	Área Estratégica: Promoción.....	113
13.5.2	Área Estratégica: Prevención.....	113
13.5.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	114
13.6	SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS.....	115
13.6.1	Área Estratégica: Promoción.....	115
13.6.2	Área Estratégica: Prevención.....	116
13.6.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	117

13.6.4	Área Estratégica: Rehabilitación	117
13.7	SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES	117
13.7.1	Área Estratégica: Promoción	118
13.7.2	Área Estratégica: Prevención.....	118
13.7.3	Área Estratégica: Tratamiento	118
14.	METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD... ..	119
14.1	METAS SANITARIAS	120
14.2	INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	120
15	EVALUACIÓN Y CONTROL.....	122
15.1	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	122
16	DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS TERRITORIALES 2016	123
16.1	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ (RSH)	124
16.2	CESFAM LAS COMPAÑIAS	125
16.3	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	126
16.4	CESFAM JUAN PABLO II	127
16.5	CESFAM CARDENAL CARO	130
16.6	EQUIPO RURAL	131
16.7	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA.....	131
	ANEXOS	135
	ANEXO Nº 1: ORGANIGRAMA	136
	ANEXO Nº 2: DOTACION DE RECURSO HUMANO SOLICITADA AÑO 2016.....	137
	ANEXO Nº 3 PRESUPUESTO 2016 AREA SALUD.....	138
	ANEXO Nº 4: ASIGNACIONES MUNICIPALES.....	139
	ANEXO Nº 5: RESULTADOS METAS	140
	ANEXO Nº 6: BRECHAS INFRAESTRUCTURA Y OPERACION	143
	GLOSARIO	145
	COORDINACIÓN Y EDICIÓN	148

1. PRESENTACIÓN

El presente Plan de Salud Comunal 2017 comprende actividades planificadas por el Departamento de Salud y sus equipos locales, de acuerdo a las estrategias de salud nacional 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** y las Políticas y Estrategias Prioritarias propuestas por el MINSAL, constituyen el lineamiento técnico fundamental para la formulación del Plan de Salud Comunal año 2017.

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 2017, para su aprobación.

Asimismo, el Art. 65 letra a) de la Ley 18.695, orgánica constitucional de las Municipalidades, contempla que una vez aprobado éste sea remitido al Servicio de Salud Coquimbo antes del 30 de noviembre de 2016.

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 y mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad). Para ello, se trabaja en el logro de los objetivos nacionales de salud y en 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. Así, la participación de nuestros funcionarios en colaboración con 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 consiguiente, somos todos responsables de la búsqueda de excelencia y mejoramiento de la 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:

En el ámbito de la Salud Pública, dentro de las funciones esenciales que debe tener el Estado, la sociedad espera que tenga como rol, ser garante del derecho fundamental a la salud. Para poder garantizar este derecho el Estado, a través de sus diferentes instituciones y niveles, actúa en los ámbitos de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud, llevando a cabo las siguientes funciones y actividades:

- Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
- Vigilancia, investigación y control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.
- Promoción de la salud.
- Aseguramiento de la participación social en la salud.
- Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y manejo en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los Servicios de Salud.
- Capacitación y desarrollo del recurso humano.
- Aseguramiento de la calidad en los Servicios de Salud.
- Investigación en salud pública.
- Para cumplir a cabalidad estas funciones, cada instancia tanto de las redes asistenciales como de la autoridad sanitaria, debe desarrollar procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia.

4.1 ENFOQUES DE PLANIFICACIÓN EN LA RED DE SALUD

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 diversas plataformas intersectoriales de la Red de Protección y Seguridad Social como lo es Chile Crece Contigo o como lo son el Programa Familia, el Registro Social de Hogares, el Programa Vínculos, todos del Subsistema de Seguridad y Oportunidades del Ministerio de Desarrollo Social.

4.1.2 Ley de Derechos y Deberes de los pacientes Ley N° 20.584

a) Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes

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

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado.

Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios.

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

Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 8° 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.

Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes



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 (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

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

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

4.4 ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”. World Health Organization. “Equity in Health Care”. Geneva, WHO, 1996

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

La incorporación del enfoque de género en la salud (Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género” Washington DC.OPS 1999), busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida.

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo: son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbimortalidad infantil, entre muchos otros problemas de salud (Marmot et al., 2008; Martine, 2000; Shedlin, 2002), hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

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 salud Integral Familiar y Comunitaria, 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 de trabajo comunales, provinciales y regionales para abordar los problemas de salud que les atañen.

En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo

que se relaciona, por una parte con la “etiología” o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas. 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 que presenta una población, lo que implica que el modelo científico occidental no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo.”

(Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud, 2006)

Considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud, adopción de enfoque intercultural en programas que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas, transversalización del enfoque intercultural en programas cuyos destinatarios pertenecientes a pueblos indígenas tengan perfiles epidemiológicos con marcado daño en la salud, entre otras.

(A través del desarrollo de Perfiles epidemiológicos diferenciados (2008-2013) efectuados en pueblos indígenas, ya sea han identificado ámbitos críticos en la morbi/mortalidad de las personas indígenas, por ejemplo enfermedades cardiovasculares, neoplasias, del sistema respiratorio, salud mental, mortalidad infantil y otros.)

4.4.3 Inmigrantes

La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen, las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as y jóvenes, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.

Asimismo, legalmente en Chile se propuso igualar la atención que brinda el Estado de Chile a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que tienen nacionalidad chilena con todos aquellos niños, niñas y adolescentes que no siendo chilenos, habitan en este país en compañía de sus padres, tutores o representantes.

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

Consiste en el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio (sector público, sector privado y sociedad civil), mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población, desde el punto de vista de las determinantes sociales. Se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.

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 y **Comités de Satisfacción Usuaría**) 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. Durante fines del 2014 se inicia un proceso de mejora con el propósito de enfatizar la lógica de su diseño y así generar una mayor claridad en torno a la contribución que cada nivel tiene sobre las metas definidas. Este trabajo se traduce en la elaboración del documento “Salud de Todos” que esquematiza la cadena de resultados, utilizada en su diseño, en las diversas temáticas de salud que se abordan en la ENS.

De este modo se determina que para el logro de los 4 objetivos sanitarios existen 9 ejes estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores, correspondiendo a su vez la selección de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, los que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD.

Para avanzar en la consecución de los resultados formulados en la ENS, se establece la necesidad de construir 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 CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

CADENA DE RESULTADOS	DEFINICIÓN	NIVEL DE PLANIFICACIÓN
Impacto	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población, conseguida gracias a una disminución de la morbilidad y mortalidad, la eliminación o erradicación de una enfermedad, una disminución de la prevalencia de factores de riesgo, financiamiento equitativo, entre otros.	Estratégico (común para todos los actores y nivel de responsabilidad)
Resultado Esperado	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren a corto o mediano plazo atribuibles a las intervenciones del sector o intersector, además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud, como la cobertura de vacunación, la cobertura de tratamiento o el acceso a la atención.	
Resultado Inmediato	Todo aquello que el sector e intersector pretende hacer para contribuir al logro de los resultados esperados y sobre lo cual tendrán que rendir cuentas. Se refiere a resultados relacionados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad. Por ejemplo; estándares normativos, intervenciones, Programas, directrices y otros.	Operativo (diferenciado según nivel de responsabilidad)
Actividad	Conjunto de acciones realizadas a fin de producir los resultados inmediatos. Deben estar claramente vinculadas a la consecución de cada uno de los resultados inmediatos.	

4.9 EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO

Se presenta a continuación los Ejes Estratégicos, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

OE 1. REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO		
TEMA	OBJETIVO	META
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 Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mantener en 0 el número de casos de enfermedades transmisibles en eliminación.
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.

OE2. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS		
TEMA	OBJETIVO	META
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio
		Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular
Diabetes Mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mantener en 15,9 por 100 mil habitantes la mortalidad por diabetes
Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Bajar de 8,2 a 6,8 por cada 100 mil habitantes los nuevos casos proyectados de tratados con hemodiálisis
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 15% el promedio de días de licencia médica asociada a un trastorno mental
		Disminuir 6,20 puntos porcentuales la prevalencia de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal
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 en niños de 6 años
		Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Reducir de 1,19 a 0,7 por 100.000 habitantes la mortalidad por accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol.
Violencia Intrafamiliar	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Disminuir en un punto porcentual a 8% la cantidad de mujeres, entre 15 y 25 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.
		Disminuir en un punto porcentual a 6,8% la cantidad de mujeres, entre 26 y 65 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.
		Disminuir la tasa anual de femicidios en mayores de edad

OE3. REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		
TEMA	OBJETIVO	META
Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores, en población mayor a 15 años.
Consumo de Tabaco	Reducir la prevalencia proyectada de 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 en población de 15 a 24 años	Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.
Sobrepeso y Obesidad	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Mantener o disminuir respecto de la línea de base, la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (en el sistema público)
Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 5 a 24 años.
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	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 de 15 a 24 años	Disminuir 5% prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 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 la enfermedades profesionales	Disminuir la tasa de días perdidos por riesgos específicos.
Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Aumentar a 30% el porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con MRS aplicado, con puntaje menor a 15 puntos.
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
Salud Intercultural	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Disminuir 0,2 % la mortalidad por TBC en población indígena en regiones seleccionadas.
Inequidad de Género	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud con enfoque de género	Reducir la brecha de carga de enfermedad originada por inequidades de género.

OE6. PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

TEMA	OBJETIVO	META
Contaminación Atmosférica	Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitarioambientales	Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas de contaminación del aire en su localidad en 15%.
Residuos Sólidos		Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales en su localidad en 10%.
Uso de Aguas		Lograr que el 99% de la población cuente con acceso a agua potable reglamentaria. Lograr que el 97% de la población cuente con acceso a disposición de aguas servidas reglamentaria.
Entorno Urbano		Disminuir el porcentaje de personas que perciben la falta de áreas verdes en su barrio o localidad en 10%.
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	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.

OE7.FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

TEMA	OBJETIVO	META
Sistemas de Información	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud	Aumentar a 70% los establecimientos que tributan información de manera efectiva a la Historia Clínica Compartida.
Investigación en Salud	Aumentar la investigación en salud en Chile que genera mejor salud, equidad y eficiencia en las políticas públicas	Aumentar un 20% los proyectos de investigación financiados con fondos públicos (Fonis, Fondef, etc.) que presentan una traducción en políticas públicas.
Recursos Humanos	Mejorar la gestión del personal del sector salud	Aumentar la densidad de profesionales nucleares (médicos, matronas y enfermeras) de 23,9 a 32 por 10.000 beneficiarios a nivel país. Lograr que el 80% de los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública presenten "riesgo bajo" en las dimensiones de evaluación de riesgo psicosocial.
Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud.

		Lograr que un 100% de los 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	Lograr que todas las SEREMI y SS realicen al menos una consulta ciudadana anual sobre las políticas públicas de salud.
Efectividad de Procesos	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Disminuir 10% la tasa de hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Disminuir 10% la tasa de Hospitalizaciones por Infarto Agudo al Miocardio en hombres menores de 50 años.
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener el 75% el porcentaje 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
Seguridad de la atención	Aumentar la seguridad en la atención de salud	Disminución de 20% de la tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica.
Fármacos	Mejorar la calidad de medicamentos.	Al menos 90% de los fármacos priorizados cumplen con las características de calidad definidas.
Satisfacción Usuaría	Mejorar la Satisfacción Usuaría	Mantener o disminuir el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de Centros de Atención Primaria igual o menor a 18,6%. Mantener o aumentar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en las Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias del Ministerio de Salud.

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

TEMA	OBJETIVO	META
Emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer la respuesta del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias	Lograr que al menos un 70% de los desastres no alteren la tasa de mortalidad bruta más allá de los 3 meses posteriores al desastre.

4.10 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.

4.11 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.

4.12 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de Salud, apunta a la generación de entornos saludables, considerados como escenarios comunitarios o locales donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo. Su promoción, tiene el objetivo de 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, haciéndose 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”.

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).

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 Trienales 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 conseguirlas en un plazo de 3 años 2016 - 2018.

Para el caso de la comuna de La Serena, el Objetivo del Plan Trienal es: “Contribuir a la disminución de la prevalencia de la mal nutrición por exceso en menores de 15

años de los colegios focalizados de la comuna de La Serena al año 2018, a través de la incorporación de hábitos saludables”

El Diseño de Intervención incorpora la focalización de 1 colegio por el territorio asociado a cada Cesfam, de modo de trabajar durante 3 años en la contribución de la disminución del sobre peso y la obesidad de la población focalizada. El equipo de trabajo estará liderado por un(a) Trabajador(a) Social y un(a) Nutricionista como equipo de APS y un encargado de convivencia escolar, como representante del área de Educación.

Los ejes transversales de ejecución son:

- alimentación saludable
- actividad física
- participación ciudadana
- enfoque territorial

El Plan propone, además, las siguientes 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

Respecto del Plan como tal, cabe destacar que los ejes de trabajo transversales de ejecución son: alimentación saludable, actividad física y participación ciudadana, trabajando desde un enfoque territorial y comunitario, presente en cada una de las actividades programadas.

4.13 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.

4.13.1 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.

4.13.2 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.

4.13.3 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.

4.13.4 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.

4.13.5 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.

4.13.6 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.

4.14 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 GES:** 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, ecotomografías).
- 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:

- Salud oral integral de 6 y 60 años y Embarazadas
- Urgencia odontológica
- Screening de displasia luxante de caderas
- IRA
- EPOC
- Asma bronquial en niños/as y adultos
- Hipertensión arterial esencial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Depresión leve, moderada y grave
- Presbicia, Vicio Refracción
- Retinopatía Diabética
- Entrega de Órtesis
- Artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada 55 años y mas
- Colectomía Preventiva
- Neumonía Adquirida en Comunidad 65 años y mas
- Epilepsia no refractaria en niños/as y adultos
- Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas
- Prevención secundaria de insuficiencia renal crónica terminal
- Enfermedad de Parkinson
- 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.

4.16 FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.



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 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 -. 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 2016 ese monto es de \$605 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%

4.18.5 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.

4.19 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:

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.

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.

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 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, considerando entre ellos, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), En este mismo, se considera Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, Programas Especiales Atención Primaria, que contempla los recursos destinados a financiar acciones y actividades de Promoción en la Atención Primaria de Salud.

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 ESTRATÉGICA

5.1 ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



5.2 PILARES FUNDAMENTALES: USUARIO/INTEGRALIDAD/CONTINUIDAD



5.3 EJES INTERSECTORIALIDAD



Mesa de Infancia



Mesa del Adulto Mayor, Depto. Salud



Mesa Territorial de Salud, Cias.-

5.4 ENFOQUE FAMILIAR



5.5 ÉNFASIS FAMILIAR Y PREVENTIVO



5.6 CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA



5.7 PARTICIPACIÓN



Dialogo Ciudadano Compañias



Cuenta Pública



5.8 RESULTADO / IMPACTO

PILOTO SALUD ESCOLAR



VIDA SANA ALCOHOL



5.9 TERAPIAS COMPLEMENTARIAS



5.10 CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE ALCOHOL Y DROGAS

CONVENIO SENDA/SENAME/MINSAL



5.11 OTRAS ALIANZAS INTERSECTORIALES

FERIA DE LA SALUD



SEMANA DE LA LACTANCIA



PROMOCIÓN ALIMENTACIÓN COLEGIO NUESTRA SRA. DE ANDACOLLO



DÍA SIN FUMAR 31 DE MAYO.



TALLERES SEXUALIDAD RESPONSABLE COLEGIO NUESTRA SRA. DE ANDACOLLO



DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE ADOLESCENTES



ACTIVIDAD PREVENCIÓN ALCOHOL Y DROGAS EN COLEGIO CARLOS CONDELL



CONSEJO CONSULTIVO JUVENIL



CONSEJO CONSULTIVO, REUNIONES, BINGO.



5.12 EJECUCION PROGRAMA DE MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA 2016

5.12.1 Requerimiento solicitado en PMI 2016:

SERVICIO SALUD	COMUNA	NOMBRE DEL PROYECTO	AMBITO	Nº REQUISITO	MONTO ASIGNADO	OBSERVACIONES
COQUIMBO	La Serena	Instalación malla antivectores	Infraestructura	61-189	\$ 2.500.000	Instalación de malla antivectores en: CESFAM Pedro Aguirre Cerda, CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, CESFAM Cardenal José M ^a CARO, CESFAM Las Compañías, Posta Lambert, Posta Las Rojas, Posta Algarrobito, Posta El Romero, CECOSF Villa Lambert, CECOSF Villa Alemania y CECOSF Villa El Indio.
		Adquisición de contenedores	Equipamiento salas REAS	184-189	\$ 855.000	Adquisición de contenedores con tapa en: Posta Lambert, Posta Las Rojas, Posta Algarrobito, Posta El Romero, CECOSF Villa Lambert, CECOSF Villa Alemania y CECOSF Villa El Indio.
		Construcción de Sala de Lavado	Infraestructura	53-69-180-181-182-771	\$ 1.200.000	Construcción y habilitación de sala para aseo en SAPU de CESFAM Raúl Silva Henríquez, para cumplir con requerimientos exigidos en la Autorización Sanitaria.
		Instalación de Grupo Electrónico	Infraestructura	874	\$ 2.000.000	Instalación de grupo electrónico en CESFAM Cardenal Caro.
		Levantamiento Arquitectónico	Consultoría	25-26	\$ 400.000	Para iniciar proceso de Autorización Sanitaria en Posta Lambert, Posta Las Rojas, Posta Algarrobito y sus respectivas salas REAS.

5.12.2 Tipo de acciones a realizar

1	Instalación malla antivectores
2	Adquisición de contenedores
3	Adquisición e instalación de Grupo electrónico
4	Construcción de Sala de Lavado
5	Levantamiento arquitectónico

5.12.3 Construcción e instalación de Mallas Antivectores

N°	Centro	Acciones	Descripción
1	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA	Malla antivectores	Sala matrona
			Sala SAPU
			Bodega de leche
			Vacunatorio
2	CESFAM CARDENAL CARO	Malla antivectores	Box 12
			Sala matrona
			Baños
			Pasillo jardín
			Sala procedimientos
			Reponer
			Reponer
3	CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	Malla antivectores	Sala REAS
			Box procedimientos
			Sala matrona (verde)
			Sala matrona box 13
			Sala matrona box 10
			Esterilización
4	CESFAM LAS COMPAÑÍAS	Malla antivectores	Vacunatorio
			Podología
			Box procedimientos
			Sala matrona box 28
			Sala matrona box 34
			Sala matrona box 20
			Toma de muestra
5	Posta Lambert	Malla antivectores	Vacunatorio
			Sala proc, enf, y méd.
			Sala matrona
			Sala REAS
6	Posta Las Rojas	Malla antivectores	Sala REAS
			Sala matr, enf.
			Sala procedimientos
7	Posta Algarrobito	Malla antivectores	Sala REAS
			Sala procedimientos
			Sala matrona
8	Posta El Romero	Malla antivectores	Sala matr, proc, enf, méd.
			Baño
			Sala leche
			Sala aseo
9	CECOSF Villa Alemania	Malla antivectores	Matrón
			Box procedimientos
			Sala matrona
10	CECOSF Villa El Indio	Malla antivectores	Sala matrona

Mallas antivectores



5.12.4 Adquisición de Contenedores

Nº	Centro	Acciones	Descripción
1	Clínica Dental	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
2	Posta Lambert	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
3	Posta Las Rojas	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
4	Posta Algarrobito	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
5	Posta El Romero	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
6	CECOSF Villa Lambert	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
7	CECOSF Villa Alemania	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts
8	CECOSF Villa El Indio	Compra de contenedores	01 cont.amarillo 120 Lts - 01 cont. Rojo 120 Lts - 01 cont. Gris 240 Lts



Contenedor 120 lts



Contenedor 120 lts



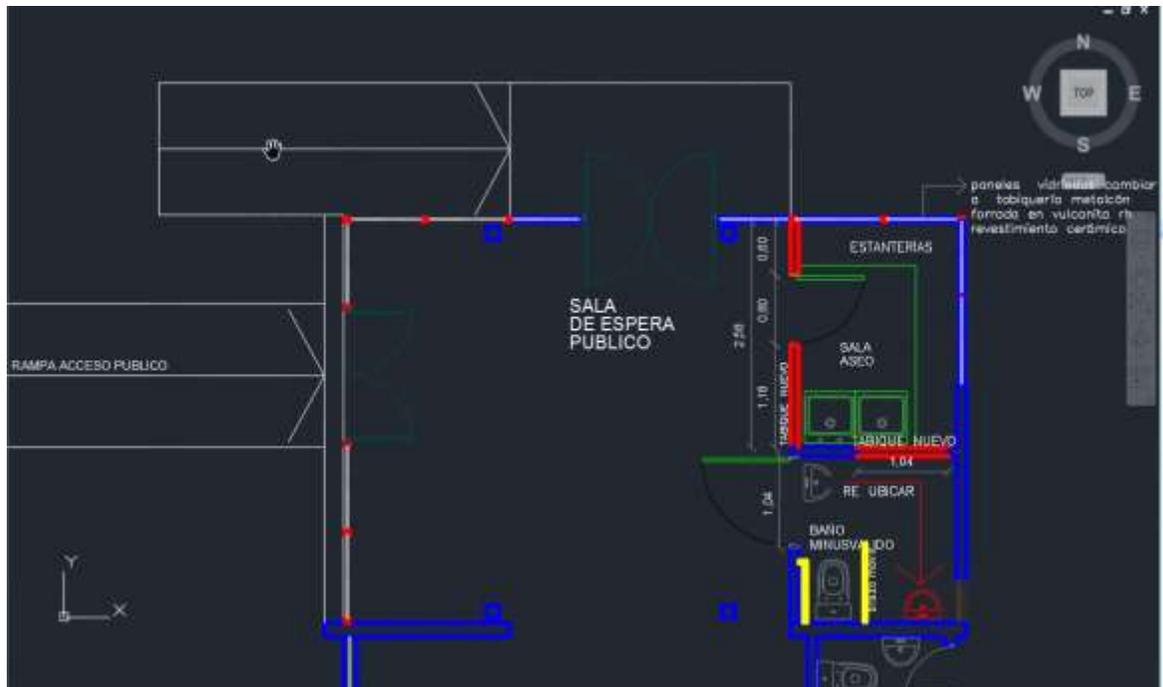
Contenedor 240 lts

5.12.5 Instalación Grupo Electrónico



5.12.6 Construcción de Sala de Lavado





5.12.7 Descripción Levantamiento Arquitectónico Salas REAS Postas



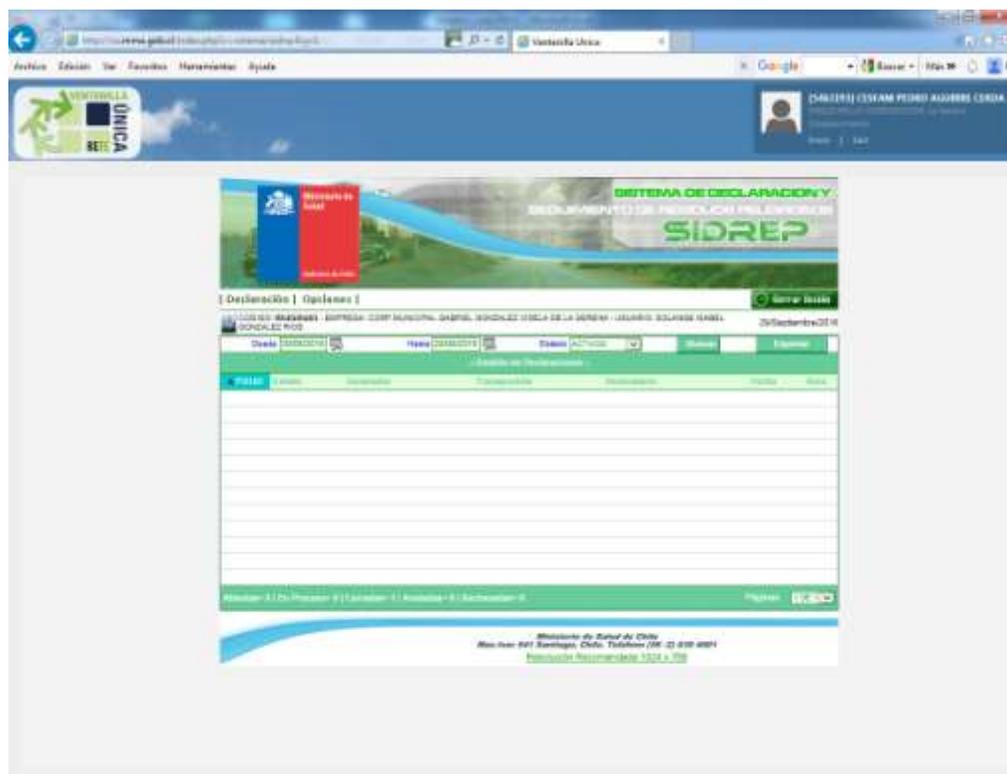
5.12.8 Disminucion de Brechas Sanitarias

N°	Centro	Acciones	2013-15	2016
1	CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
2	CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Regularización nuevos Box de atención	Idea	En Proceso
3	CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
4	CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	Autorizado
5	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
6	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado
7	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Adecuación y mejoramiento SAPU	Idea	Mejorado
8	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularización Sala Procedimiento	En Proceso	En Proceso
9	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
10	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
11	CESFAM Las Compañías	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado
12	CESFAM Las Compañías	Adecuación y mejoramiento SAPU	Idea	En Proceso
13	CESFAM Las Compañías	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
14	CESFAM Las Compañías	Adecuación sala PNAC -PACAM	Idea	Mejorado
15	CESFAM Las Compañías	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
16	CESFAM Las Compañías	Regularizar licencias de operación Autoclave	Idea	En Proceso
17	CESFAM Dr. Schaffhauser	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
18	CESFAM Dr. Schaffhauser	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado

N°	Centro	Acciones	Estado	Estado
19	CESFAM Dr. Schaffhauser	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
20	CESFAM Dr. Schaffhauser	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
21	CESFAM Cardenal Caro	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
22	CESFAM Cardenal Caro	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado
23	CESFAM Cardenal Caro	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
24	CESFAM Cardenal Caro	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
25	CESFAM Cardenal Caro	Adecuación SAPU	Idea	Autorizado
26	Clinica Dental Escolar	Adecuación sala REAS	Idea	Idea
27	Clinica Dental Escolar	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	En Proceso
28	Posta Lambert	Adecuación sala REAS	Idea	En Proceso
29	Posta Lambert	Reposición Posta	Idea	Idea
30	Posta Las Rojas	Adecuación sala REAS	Idea	En Proceso
31	Posta Las Rojas	Reposición Posta	Idea	Idea
32	Posta Altovalsol	Adecuación sala REAS	Idea	En Proceso
33	CECOSF Villa Lambert	Adecuación y mejoramiento CECOSF	Idea	En Proceso
34	CECOSF Villa Alemania	Adecuación y mejoramiento CECOSF	Idea	Autorizado
35	CECOSF Villa El Indio	Adecuación y mejoramiento CECOSF	Idea	Autorizado
36	Clinomovil Dental Escolar	Regularización Clinomovil Dental JUNAEB	Idea	En Proceso
37	Clinomovil Dental Rural	Regularización Clinomovil Dental Rural	Idea	En Proceso

5.12.9 Ingreso a ventanilla unica Ministerio de Medio Ambiente

Sala REAS	SEREMI de Salud	Ministerio de Medio Ambiente Plataforma RETC
CESFAM Juan Pablo II	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
CESFAM Dr. Schaffhauser	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
Anexo Schaffhauser	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
CESFAM Las Compañías	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
CESFAM Cardenal Caro	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
Posta El Romero	Autorizada	Ingresada al Sistema SIDREP
Posta Lambert	En proceso	Ingresada al Sistema SIDREP
Posta Las Rojas	En proceso	Ingresada al Sistema SIDREP
Posta Algarrobito	En proceso	Ingresada al Sistema SIDREP
CECOSF Villa El Indio	En proceso	En proceso
CECOSF Villa Alemania	En proceso	En proceso
CECOSF Villa Lambert	En proceso	En proceso



5.12.10 Entrega de Móviles para Salud



Entrega de Unidad Dental Movil por parte del Ministerio de Salud a la Comuna de La Serena (monto inversion M\$ 70.000.- aprox.)



Entrega de tres ambulancias Mercedes Benz y un Vehiculo de Traslado de personas con capacidades diferentes por parte del Gobierno Regional a la Comuna de La Serena (monto inversion M\$ 155.080.- aprox.)

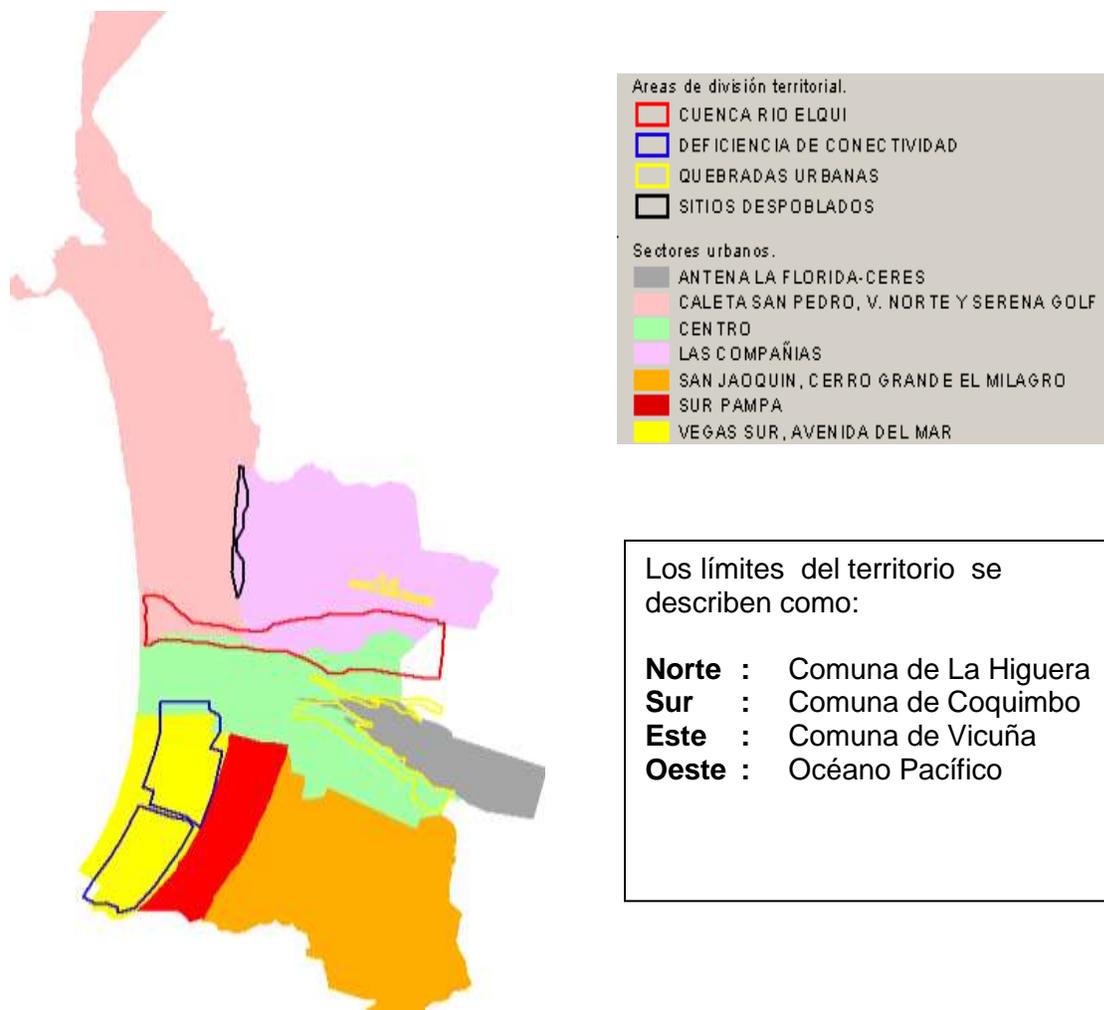
5.12.11 Inicio Trabajos Nuevo CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser



En el casco histórico de La Serena, específicamente entre las calles Colón / Pedro Pablo Muñoz, se ubica el terreno para la reposición del CESFAM Emilio Schaffhauser, proyecto muy añorado por la comunidad de La Serena. Gracias a un esfuerzo de las autoridades regionales y comunales, este proyecto comenzó a concretarse este año 2016, esperando que pueda entrar en funcionamiento a fines del año 2018. Monto de inversión aprox. M\$ 4.500.-

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
TOTAL	100	163.372	67.143	1.302	16.623	27.125	15.965	1.209	19.077	148.444	100	14.928	100
TOTAL % POBLACION		100	41	1	10	17	10	1	12			9	

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 2015)
La Serena	197.337

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 \$ **4.895.-** mensuales.

6.3.1 Sistema de Inscripción Biométrica

FONASA incorporo este nuevo sistema de inscripción biométrica en las instituciones públicas de salud, para lo cual entregó 10 Lectores Biométricos de Huella Dactilar, cantidad insuficiente para dar cobertura a la Inscripción Per cápita en APS de la Comuna de La Serena, por esto que la Corporación Municipal, adquirió otros 19 lectores, completando así **29 lectores** para agilizar la Inscripción Percápita de usuarios.

La gran ventaja de esta adquisición realizada en el mes de Abril 2016, es que con este nuevo sistema, se logro:

Traslados hacia nuestra Comuna	5.820 usuarios.
Nuevos inscritos	2.958 usuarios
Traslados hacia otras comunas	11.161 usuarios
Fallecidos	1.276 usuarios

Actualmente se cuenta con una Población validada al **30 de Septiembre 2016** **192.062.-**

Centro de Salud Familiar Cardenal Caro	41.343
Centro de Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez	30.475
Centro de Salud Familiar Juan Pablo II	22.333
Centro de Salud Familiar Las Compañías	28.534
Centro de Salud Familiar Pedro Aguirre Cerda	28.519
Consultorio Emilio Schaffhauser	40.858
TOTAL	192.062

Fuente: Departamento de Informática Corporación Municipal Gabriel González Videla

6.4 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EN COMUNA DE LA SERENA

PROBLEMA DE SALUD	REGIONAL	COMUNAL
Tasa de natalidad (por 1000 hab)	15,18	14,9
Tasa de mortalidad general (por 1000 hab)	5,4	5,5
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NV)	8,7	7,5
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	14,4
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	13
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	0,15
Malnutrición por exceso- sobrepeso	23,41	22,10
Malnutrición por exceso- obesidad	9,98	9,59
Proporción de niños con LME a los 6 meses		44,6
Ingreso embarazo menores 14 semanas (%)	87	89,46
Cobertura PAP vigente	55	42
Consultas morbilidad medico año 2015	355175	46589
Consultas medicas año 2015	283301	56629
Atención de urgencia SAPU año 2015	332749	140514
Cobertura Hipertensión arterial % (diciembre 2015)		85,6
Efectividad hipertensión (%) diciembre 2015		85,58
Control de DIADA antes de los 10 días	70	73
% Ecografías antes de las 20 semanas	51	64,44
% de mujeres en regulación de control de fecundidad	43	32

PROBLEMA DE SALUD	REGIONAL	COMUNAL
Cobertura Diabetes Mellitus arterial % diciembre 2015		89,04
Efectividad diabetes (%) diciembre 2015		83,14
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 Clínica Móvil 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 (%) Diciembre 2015	98,65	101,70
* Mujeres mayores de 15 años victimas VIF en tratamiento (%) Diciembre 2015	3,9	4,6
*Niños y adolescentes en tratamiento por maltrato infantil (%) Diciembre 2015	0,9	1,2
*Niños y adolescentes con trastornos hipercinéticos y de atención (%) Diciembre 2015	4,7	7
*Niños y adolescentes en tratamiento por trastornos emocionales o conductuales (%) Diciembre 2015	13,2	9,9
Consultas tecnólogo medico en UAPO Diciembre 2015		3549
Consulta oftalmólogo en UAPO Diciembre 2015		1146
Consulta otorrino Diciembre 2015		299
Audífonos entregados a Diciembre 2015		69
Cirugías menores realizadas a Diciembre 2015		582

*El dato corresponde a la población aludida respecto a la población bajo control del Programa de Salud Mental Integral

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

Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014										
Región y comuna	Mortalidad General*							ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total		Hombre		Mujer		Indeterminado	Total	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*				
Total País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3	17	77,9%	72,7%	83,7%
De Coquimbo	4.133	5,4	2.215	5,9	1.918	5,0	0	78,0%	73,3%	83,5%
La Serena	1.177	5,5	626	6,0	551	5,1	0	75,6%	68,8%	83,3%

Defunciones y Mortalidad General según área urbano-rural, por Región. Chile, 2014				
País, Región	Urbano		Rural	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	88.055	5,7	13.905	6,1
De Coquimbo	3.282	5,3	851	6,0

CIE-10	Región, gran grupo de causa y sexo	Total
Total País		101.960
De Coquimbo		4.133
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	138
C00-D48	Tumores (neoplasias)	1.159
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	209
F00-F90	Trastornos mentales y del comportamiento	45
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	150
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	1.107
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	363
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	248
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	115
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	40
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	167
V00-Y98	Causas externas de mortalidad	280
	Resto de causas	67

Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes de ambos sexos, según región y comuna*. Chile, 1997 a 2012			
Región / Comuna			2012
País			71,6
De Coquimbo			68,6
	4101	La Serena	65,6
	4102	Coquimbo	64,2

Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025			
Periodo	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2010-2015	79,1	76,12	82,2
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

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.

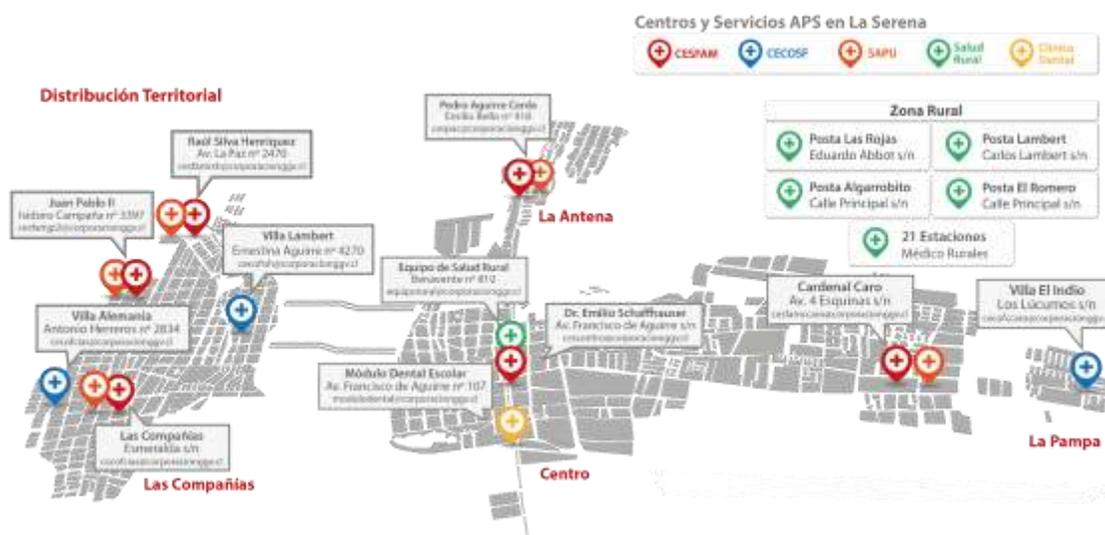
Componentes Contemplados en SIDRA

- 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
- Registro en plataforma Chile Crece Contigo de niños con alguna vulnerabilidad.
- Entrega de Guías anticipatorias.
- Consejería en alimentación saludable, actividad física, tabaquismo (mayores de 5 años), y otras temáticas.
- Consejería en rechazo de vacunas.
- Rescate telefónico y/o domiciliario de inasistentes a control, vacunas, Rx de pelvis, etc.
- 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 Control Kinésico Respiratorio (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.
- Entrega de Guías anticipatorias.
- Rescate telefónico y/o domiciliario de inasistentes a control, vacunas, etc.
- 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 Infante 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 2016

Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)
220	PROGRAMA ODONTOLOGICO HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	6.952.095
221	REFUERZO CAMPAÑA VACUNACION INFLUENZA	1.900.000
223	REFUERZO CAMPAÑA INVIERNO AGL	7.897.812
224	CONVENIO A LA GESTION LOCAL APS (ENDODONCISTA EN APS)	6.000.000
225	PROGRAMA MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	6.646.018
227	PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	16.845.836
229	PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	113.289.280
231	PROGRAMA VIDA SANA INTERVENCIONES BREVES	31.680.243
232	PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL	170.897.405
233	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	12.042.236
231	PROGRAMA VIDA SANA INTERVENCIONES BREVES	31.680.243
234	PROGRAMA DE GES ODONTOLÓGICO ADULTO (NIÑOS DE 6 AÑOS, ATENCION DENTAL EMBARAZADA, ATENCION URGENCIA DENTAL, ADULTO 60 AÑOS)	114.949.603
236	PROGRAMA APOYO DESARROLLO BIO-PSICOSOCIAL EN LAS REDES ASISTENCIALES ENTRE SERVICIO SALUD COQUIMBO E MUNICIPALIDAD LA SERENA (Chile Crece Contigo)	102.581.714
237	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA	38.073.922
238	PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	26.377.824
240	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II, CCR PEDRO AGUIRRE CERDA, CECOF VILLA EL INDIO , CEFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ, DECRETO 1331	94.244.824
240-A	ADDENDUM PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II, CCR. PEDRO AGUIRRE CERDA, CECOF VILLA EL INDIO, CEFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ	
240-B	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II, CCR PEDRO AGUIRRE CERDA, CECOF VILLA EL INDIO , CEFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ , DECRETO 1100	76.754.09
241	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA ESTABLECIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL	6.100.000
242	PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN A.P.S. (MEDICO GESTOR, UAPO, CIRGIO MENOR, OTORRINO, CASTRO)	118.609.648
243	PROGRAMA REFORZAMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, IRA EN SAPU	10.407.406
244	PROGRAMA PLANES DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN	
244-A	PLAN AMBULATORIO BASICO , CEFAM CRSH	11.237.880
244-B	PLAN AMBULATORIO INTENSIVO , CEFAM CIAS - ATRIPAN	65.037.360
244-C	PAI MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD , CIP-CRC	83.046.480
245-A	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA EL INDIO.	
245-B	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA ALEMANIA	189.782.557
245-C	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA LAMBERT	
246	PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS (MAMOGRAFIA, ECO MAMARIA, RX DE PELVIS LACTENTE, ECO ABDOMINAL)	112.797.228
248	PROGRAMA DE APOYO A PLANES DE TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y OTROS TRANSORNOS DE SALUD MENTAL PARA EL AÑO 2014 Y 2015, SENDAMINSAL, P.A.L MEDIO LIBRE	80.518.188

Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)
249	PROGRAMA INMUNIZACIÓN INFLUENZA Y NEUMOCOCO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN	2.018.000
250	PROGRAMA VIDA SANA, INTERVENCIÓN EN OBESIDAD NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST. PARTO	42.827.072
251	PROGRAMA APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) MUNICIPAL	30.564.224
252	PROGRAMA PILOTO CONTROL SALUD NIÑO/AS SANO EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL PARA LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 5 A 9, LA SERENA 2015	19.738.774
253	PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN LOCAL EN APS, REFUERZO SAPU, CAMPAÑA INVIERNO 2015	10.000.000
254	PROGRAMA MODELO ATENCIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 6 CESEAM 4 POSTAS)	54.756.287
256	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	119.339.932
257	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO	119.339.932
258	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS	119.339.932
259	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU DOCTOR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	119.339.932
260	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II	119.339.932
261	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	119.339.932
262	CONVENIO DE TRANSFERENCIA ENTRE SENADIS Y CORPORACION	9.090.000
263	PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD, SEREMI DE SALUD E I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	14.073.895
264	DIGITADORES GES	23.094.960
266	CONVENIO ANTICIPO DE APORTE ESTATAL BONIFICACION POR RETIROVOLUNTARIO ESTABLECIDO POR LEY 20.589 PARA FUNCIONARIOS DE APS	105.448.473
268	PROGRAMA DE APOYO A BUENAS PRACTICAS EN EL MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO EN APS	27.926.876
270	PROGRAMA FONDO FARMACIA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	61.683.134
275	PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	27.879.108
275-A	ADDENDUM PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	10.673.773
		2.615.409.970

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

8.2 FINANCIAMIENTO DE SAPU

FINANCIAMIENTO SAPU		
ESTABLECIMIENTO	APORTE CONVENIO	BRECHA
SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	\$119.339.932	-\$ 41.831.197
SAPU CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO	\$119.339.932	-\$ 43.600.822
SAPU LAS COMPAÑÍAS	\$119.339.932	-\$ 41.869.215
SAPU DOCTOR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	\$119.339.932	-\$ 43.793.589
SAPU JUAN PABLO II	\$119.339.932	-\$ 37.410.174
SAPU CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	\$119.339.932	-\$ 41.254.206

BRECHA FINANCIAMIENTO SAPU

Convenio SAPU por Establecimiento	Ingreso Mensual total por Establecimiento	N	Anual
	\$ 9.944.994	6	\$ 716.039.592
Gasto Promedio en SAPU x Establecimiento	Gasto Mensual Promedio x Establecimiento	N	Anual
	\$ 13.413.871	6	\$965.798.795
Brecha REAL Anual de Financiamiento RR.HH Básico SAPU	\$249.759.203		

8.3 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.

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

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

8.3.2 Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados

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

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

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. Por otro lado, la Corporación Municipal procede a la postulación de pacientes dismovilizados para el pago de estipendios mensuales para el cuidador en situación de vulnerabilidad, realizado éste por la SEREMI de Desarrollo Social. Se entiende por estipendio un valor en dinero, el cual aporta al ingreso económico del grupo familiar de nuestro usuario.

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 en coordinación con la SEREMI de Desarrollo Social, 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"> • Prótesis Removibles. • Endodoncias.
Promoción y prevención odontológica (Apoyo Odontológico CECOSF)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF en relación al total de ingresos CECOSF año actual.

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

La OMS ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países. Esta relevancia se relaciona no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera.

La atención de salud mental en la Atención Primaria se ha ido desarrollando de manera progresiva a partir del primer Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud. La incorporación de servicios de salud mental en la Atención Primaria fue en el año 1992, el "Programa Psicosocial de APS" con dedicación a salud mental en 60 centros de salud primarios. Posteriormente, se consideraron en la canasta per cápita algunas acciones básicas de salud mental en lo que sería una canasta elemental y que luego fueron incluidas en el Plan de Salud Familiar desde los inicios de la incorporación de la modalidad per cápita en la APS. Posteriormente, se fueron incorporando una serie de programas de salud mental a la APS como Programas de Reforzamiento, que luego se fundieron en el "Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria (PSMI)".

En términos programáticos, el año 2015 se realizó una reformulación al Programa de salud mental integral en APS (PSMI) que reorganizó sus acciones en dos componentes, uno de acciones de prevención y promoción de la salud mental, y otro componente de detección precoz, diagnóstico y la entrega de una atención integral, accesible, oportuna y eficaz, a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales, para los cuales se definieron estrategias para su implementación.

Al año 2015, la población bajo control del Programa de Salud Mental Integral fue de 5.712 usuarios a nivel comunal, correspondiendo al 14% de la prevalencia comunal (22%) del total de inscritos en La Serena mayores de 5 años.

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 Salud del Estudiante 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.

Es un Programa de atención integral de estudiantes en condiciones de desventaja social, económica, psicológica o biológica, de los niveles de educación pre-escolar, básica y media, otorgando atención médica especializada en oftalmología, otorrino, columna y psicosocial.

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.

Respecto al **Servicio de Oftalmología**, el objetivo es detectar disminución de la agudeza visual, realizar diagnóstico, tratamiento y control regular. Atiende vicios de refracción que disminuyen la capacidad visual y contempla la pesquisa, el pre-diagnóstico profesional, la atención del especialista, la entrega de tratamientos y considera controles periódicos durante su etapa escolar en forma bianual o anual, de acuerdo a la patología que presente el estudiante. Su focalización es Pre-Kínder, Kínder, 1º Básico y Autopesquisa 6º Básico.

En el caso de Estrabismo, todos aquellos menores que se sospeche esta patología, si tienen menos de 9 años y tiene estrabismo pueden ser ingresados al PLAN AUGE a nivel de atención primaria que asegura su atención

Respecto al **Servicio de Otorrino**, el objetivo es pesquisar, diagnosticar y otorgar tratamiento integral al alumno (a) que presenta algún grado de pérdida auditiva (hipoacusia) dando continuidad a los controles médicos y sus tratamientos. Atiende patologías asociadas a disminución de la capacidad auditiva y contempla la pesquisa, el pre-diagnóstico profesional, la atención del especialista y la entrega de tratamientos (audífonos, implantes cocleares, medicamentos) y controles periódicos durante su etapa escolar. Su Focalización es Pre Kínder, Kínder y 1º Básico.

Finalmente, respecto del Servicio de **Traumatología** (columna), el objetivo es detectar, diagnosticar, tratar y controlar alteraciones en el desarrollo de la columna que deriven en deformidades de ésta, principalmente escoliosis, dorso curvo severo. Atiende alteraciones en el desarrollo de la columna, especialmente escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores y contempla la pesquisa, el pre-diagnóstico profesional, atención del especialista, y tratamientos (corsés y realces, radiografías,

ejercicios kinesioterapia) para mejorar problemas posturales de los estudiantes, y controles periódicos durante su etapa escolar. La pesquisa se realiza sólo en 7º Básico.

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 8º 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 se traslada a las diversas localidades, instalándose durante períodos variables de tiempo en los colegios dependientes de la Corporación Municipal con el fin de otorgar atención odontológica a toda la comunidad escolar rural.

8.8 PROMOCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

La relación entre Sociedad Civil y Estado en la Salud Pública 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 CESFAM, Centros Comunitarios de Salud Familiar CECOSF, y Postas Rurales. Se trabaja transversalmente con una mirada promocional en todo el ciclo vital, incorporando diversas actividades relacionadas a la incorporación de hábitos saludables que favorezcan el mejoramiento en la calidad de vida de las personas. Para ello se contemplan 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, ambientes libres del humo de tabaco, entre otros.

Algunos ejemplos de actividades de promoción en APS son Educación para la salud (individual y grupal); Visita Domiciliaria; Consulta Social; Reuniones con vecinos, usuarios, comisiones, asociaciones, instituciones educativas, deportivas, otras; eventos masivos (ferias, programas radiales, campañas, entre otras); talleres

promocionales en establecimientos educacionales, que instalen o fortalezcan estilos de vida saludable y de autocuidado en niños/niñas y adolescentes.

Paralelamente a lo que cada Programa realiza en términos de Promoción de la Salud en APS, existe un Plan de Promoción que cumple lineamientos ministeriales, y que actualmente centra su foco en la mal nutrición por exceso. Es por ello, que se establece desde este año 2016, el que cada comuna ejecute un Plan Trienal de Promoción de Salud, diseñándose un modelo de intervención comunal.

Los componentes claves de la Promoción de la Salud en nuestra comuna son:

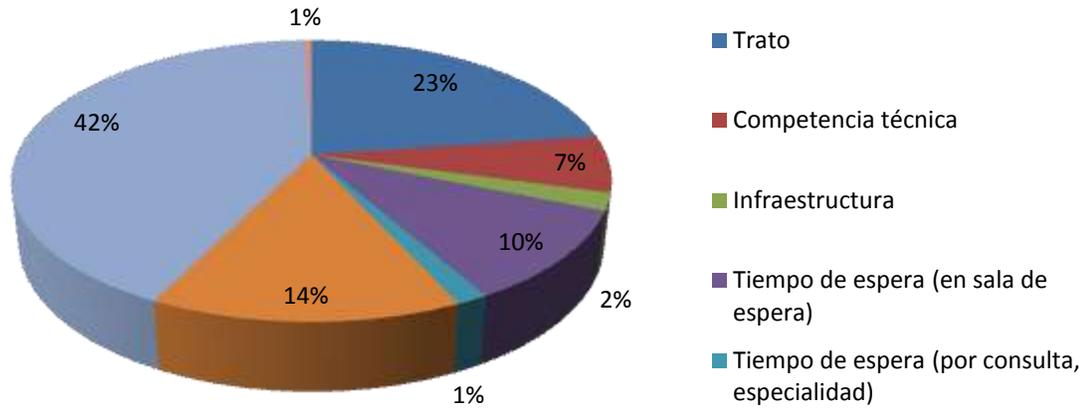
- Políticas saludables.
- Fortalecimiento de la participación social.
- Fortalecimiento de destrezas y potencialidades individuales.
- Creación de entornos saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.

Por su parte, respecto de la **Participación Ciudadana** y la **Satisfacción Usuaría**, la política de salud estableció la implementación de las **Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS)** al interior de todos los Establecimientos de Salud urbanos y rurales de La Serena. Lo anterior, con la finalidad de recoger demandas ciudadanas y favorecer la relación colaborativa entre la comunidad y el sector primario de salud, facilitando el acceso de ésta a la información y generando un modelo de control social como lo son las cuentas Públicas y los diálogos ciudadanos. Se potencian así los Consejos Consultivos de Salud y los Grupos Funcionales con personalidad jurídica que apoyan la gestión de los Centros de Salud contando con esta instancia participativa en todos los Centros de Salud Familiar urbana y en las cuatro postas rurales de La Serena. Además, se crean los Comités de Satisfacción Usuaría, de modo que en toda solicitud ciudadana que ingrese al sistema OIRS, sea también la comunidad la que vele por el fortalecimiento de la comunicación fluida, acortando la brecha de insatisfacción usuaria.

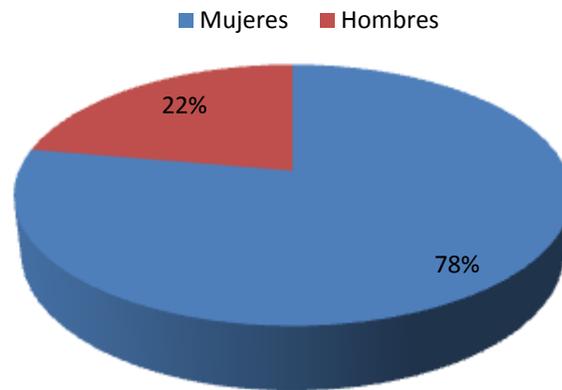
En este sentido, comentar que al año 2015, el número de reclamos a nivel comunal fue de 553, siendo el desglose por tipificación, el siguiente: Trato 126, Competencia Técnica 36, Infraestructura 11, Tiempos de espera (en sala) 58, Tiempo de espera (por consulta a especialidad) 8, información 78, **procedimientos administrativos 233** y GES 3.

Comentar, además que el 78% de los reclamos son realizados por mujeres, mientras que el 22% por hombres, con porcentajes similares en el caso de la Felicitaciones que nos llegan.

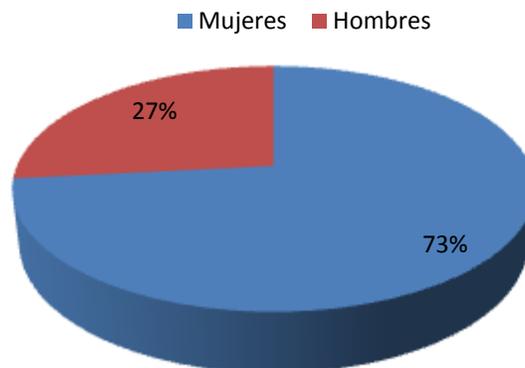
Reclamos 2015 Atención Primaria La Serena



Tipificación de Reclamos por Sexo



Felicitaciones



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

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 asequibles 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, matrona, enfermera 3 veces a la semana de 17 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
 - i) 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.

ii) Comunitaria

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

iii) 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 psico-social en APS 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.

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 Ministerio de Desarrollo Social.

En ese ámbito, al año 2016, se incorpora a nivel comunal un nuevo Programa Piloto en APS denominado **Acompañamiento a niñas, niños, adolescentes y jóvenes de Familias con Alto Riesgo Psicosocial en APS**, que tiene como objetivo *“mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental y programas en general de la atención primaria”*.

De esta manera, en La Serena trabajamos por la creación de un vínculo de acompañamiento a nuestros usuarios, trabajando intersectorial e intrasectorialmente en el mejoramiento de la calidad de vida de éstos.

Cada CESFAM y su equipo, en el marco de la territorialización de su población, trabajan a la luz del Modelo de Salud Familiar, administrando la información clínica en carpetas familiares. De esa manera, entender una problemática de un usuario, pasa sin duda por entender la realidad familiar que vive, siendo esta mirada clave en el trabajo psicosocial a realizar por los equipos.

De esa forma, el trabajo psico-social en APS, concentra sus gestiones en el apoyo mutuo hacia las personas vulnerables de derechos, centrandolo, por ejemplo, sus acciones con tribunales de Familia en casos principalmente de VIF o abusos y 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, a 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 del 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 psicosocial en APS reconoce, gestiona y mantiene el apoyo de un estipendio económico en coordinación con la MIDESO, para aquellos cuidadores y postrados que se encuentren en vulnerabilidad según instrumentos del Municipio.

Otra 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 del Sistema de Protección Social.

Asimismo, otra de las tareas principales de la reforma es la Promoción y Participación de la comunidad, por tanto el trabajo psicosocial es fundamental en la formación y proceso de vida de las diversas instancias de participación como lo son los consejos consultivos de salud de cada CESFAM y Equipo Rural, el único ente organizado de la comunidad reconocido para Salud en apoyo a la gestión local, comunal y regional. Se suman a éstos los Comités de Satisfacción Usuaría y los Comités Locales de Promoción de la Salud, constituidos en alianza con el Depto. de Educación y sus establecimientos educacionales en el marco del trabajo promocional en la reducción de la malnutrición por exceso.

9.1 PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Es una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

PROPÓSITO:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria

Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención

promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

Se desarrollará inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular, de una dupla Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional¹⁷ u otro profesional de la salud capacitado, dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores, anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo.

Para lo anterior, se requiere de una estrecha vinculación con las organizaciones sociales de adultos mayores locales para fomentar su relación con el Centro de Salud y fomentar la evaluación de sus integrantes mediante el EMPAM, para pesquisar precozmente a aquellos con disminución de la funcionalidad y riesgo de dependencia. Se espera que el Programa se desarrolle con los adultos mayores integrantes de agrupaciones locales (Clubes de Adulto Mayor, Centros de Madres, Clubes Deportivos, Juntas de Vecinos, entre otras) y con los adultos mayores que no participan en organizaciones y que son pesquisados en el Centro de Salud.

Se establece además, para la correcta implementación y desarrollo del Programa, la inserción en el equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el equipo del Centro de Salud y en la Red Local de servicio, propiciando la participación social de los adultos mayores en una red capacitada y fortalecida en Envejecimiento Activo y Autocuidado del Adulto Mayor.

Se espera potenciar las capacidades propias de cada comunidad, y las resultantes de la interacción equipo de salud-comunidad. Los adultos mayores participarán activa y permanentemente en el proceso educativo, enriquecido al convertirse en un proceso grupal y comunitario, con retroalimentación constante y con contenidos programados en conjunto.

El trabajo comunitario en salud, permitirá difundir la estrategia de intervención, acercar a los adultos mayores no inscritos o sin control de salud, a los Centros de Salud. Permitirá ampliar la mirada de atención hacia una mirada sociosanitaria, que logra cambios en las conductas de los Adultos Mayores, capacita y fortalece sus competencias y las de su comunidad y que legitima su rol en nuestro país.

Este programa se desarrollará a nivel nacional, en todos aquellos Centros de Salud municipales y dependientes de Servicio de Salud que cuenten con más de 20.000 personas inscritas, apuntando al cumplimiento de los siguientes objetivos:

9.1.1 Objetivos

Prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 y más años.

9.1.2 Objetivos Específicos

1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.
2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

9.1.3 Ejes Transversales

i) Intersectorialidad

El trabajo fuera del Centro de Salud genera asociaciones entre los diferentes sectores del ámbito público que se ocupan de salud, envejecimiento, planificación comunitaria, transporte, cultura, recreación, deporte, servicios sociales, también el sector privado. La autodeterminación y la autovaloración se refuerzan por una cultura que reconoce, respeta e incluye a las personas mayores.

El trabajo con clubes de adulto mayor y programas de Oficinas relacionadas a deportes y otras actividades educativas, culturales y de participación social, para realizar los EMPAM en forma coordinada y oportuna a los Adultos Mayores vinculados, permitirá aumentar la cobertura y cercanía del equipo de salud con la comunidad, sin depender para su realización de la llegada de los Adultos Mayores a los CESFAM debido a situaciones de salud. De este modo, se ampliarán las posibilidades de cobertura del Programa, incorporando a los Adultos Mayores con EMPAM vigente y promoviendo su realización en aquellos inscritos en los CES y sin aplicación de EMPAM y la inscripción y control de salud en aquellos no inscritos en el CES.

ii) Promoción de la 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.

iii) Fomento de La Participación Social

Para otorgar coherencia a la política pública de salud, orientada hacia el logro de los objetivos sanitarios desde el enfoque integral del modelo de salud familiar, se hace

necesario incluir el enfoque de participación ciudadana desde la etapa de planificación de la Atención Primaria.

En este programa, la participación social integra la visión de la comunidad de los problemas y prioridades de salud y genera acciones de salud de acuerdo a ellos y al contexto local. La satisfacción de las necesidades y expectativas de la población usuaria constituye un objetivo de la acción de los establecimientos y servicios de la red pública de salud.

iv) Trabajo Comunitario en Salud

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, tiene un enfoque y accionar preferentemente comunitario, revalorizando la acción de salud planificada y realizada con la comunidad, superando las prácticas efectuadas en salud basadas en el espontaneísmo y la instrumentalización de la participación comunitaria.

El equipo del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, deberá conocer su localidad y dinámica comunitaria y lograr posicionarse desde la dimensión ética del trabajo comunitario, donde el “para qué profundo” del accionar del equipo de salud, promueve la participación, el fortalecimiento de las capacidades existentes en cada comunidad y/o el empoderamiento de su población en el ejercicio de sus derechos, para el logro de una real incidencia de la comunidad en situaciones que les afectan, superando las iniciativas aisladas de trabajo hacia los adultos mayores con una iniciativa coordinada de trabajo con los adultos mayores, revalorizando sus necesidades, conocimientos, experiencias, y el ejercicio del derecho a participar.

v) Trabajo en Equipo en Salud

El equipo de trabajo que se incorpora en esta estrategia debe ser considerado como parte del equipo del centro de salud (CES) y en ese contexto se debe propiciar su incorporación a las actividades transversales así como la participación de equipo en las actividades que implican el desarrollo del actual programa. Esta iniciativa motivaría la colaboración de todo el equipo de salud en las sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable y promoverá el reforzamiento de las sugerencias y premisas que el equipo de salud indica a los adultos mayores incorporados en el Programa.

Se espera que todo el equipo de salud, acompañe a la dupla en su proceso de inducción al funcionamiento del centro y la red local. Del mismo modo, deberán interiorizarse en los instrumentos de registro utilizados en la atención de los adultos mayores (Carné de Control, Ficha de Atención, Tarjetero, etc.)

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, además representa para la red asistencial de salud primaria, formar la masa crítica en relación a las necesidades de recursos humanos especializados que se requieren, de modo que experimenten y se comprometan en la aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, y los lineamientos ministeriales así como locales.

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

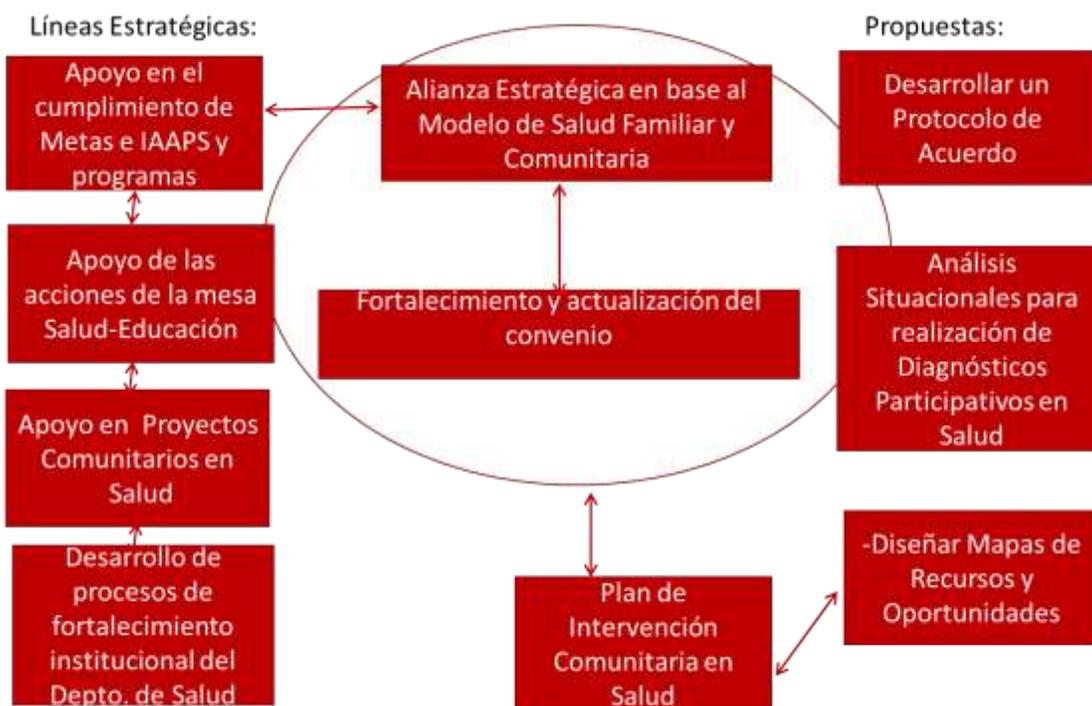
La Norma General Técnica y Administrativa que regula la Relación Asistencial- Docente y establece Criterios para la Asignación y Uso de los Campos para la Formación Profesional y Técnica en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud, aprobada por Resolución Exenta N°254 de 09 de julio de 2012.

CENTRO FORMADOR	CARRERAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	RENOVACION /Fecha aviso de término
Universidad de La Serena	Enfermería, Kinesiología, Odontología y otras carreras afines	26/10/2015	10 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 y Magister de Salud Publica	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 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)
Centro odontológico Núñez y Secchi	Auxiliar Paramédico Odontología	01-01-2006 / Modificación 30-12-2010	Indefinido	Aviso con 30 días de anticipación, previo acuerdo de ambas partes.
Kether Capacitación Limitada	Auxiliar Paramédico Odontología	01/06/2012	1 año	Automático / término previo acuerdo ambas partes

Capacitación y Educación Carvajal Ltda.	Carreras Área Salud (Tec Dental / Podología)	02/01/2010	1 año	Automática / 1 mes de anticipación al vencimiento
Centro de Formación Técnica Juan Bohon	TENS	01/08/2011	1 año	Automática / 2 meses previo a renovación
Instituto Profesional IPCHILE	TENS, TOD, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional, y Fonoaudiología	04/12/2013	3 años	Automática/ 3 meses previo a renovación

10.1 ESQUEMA GENERAL DE FORTALECIMIENTO DE EJECUCIÓN DE CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES 2013-2017.



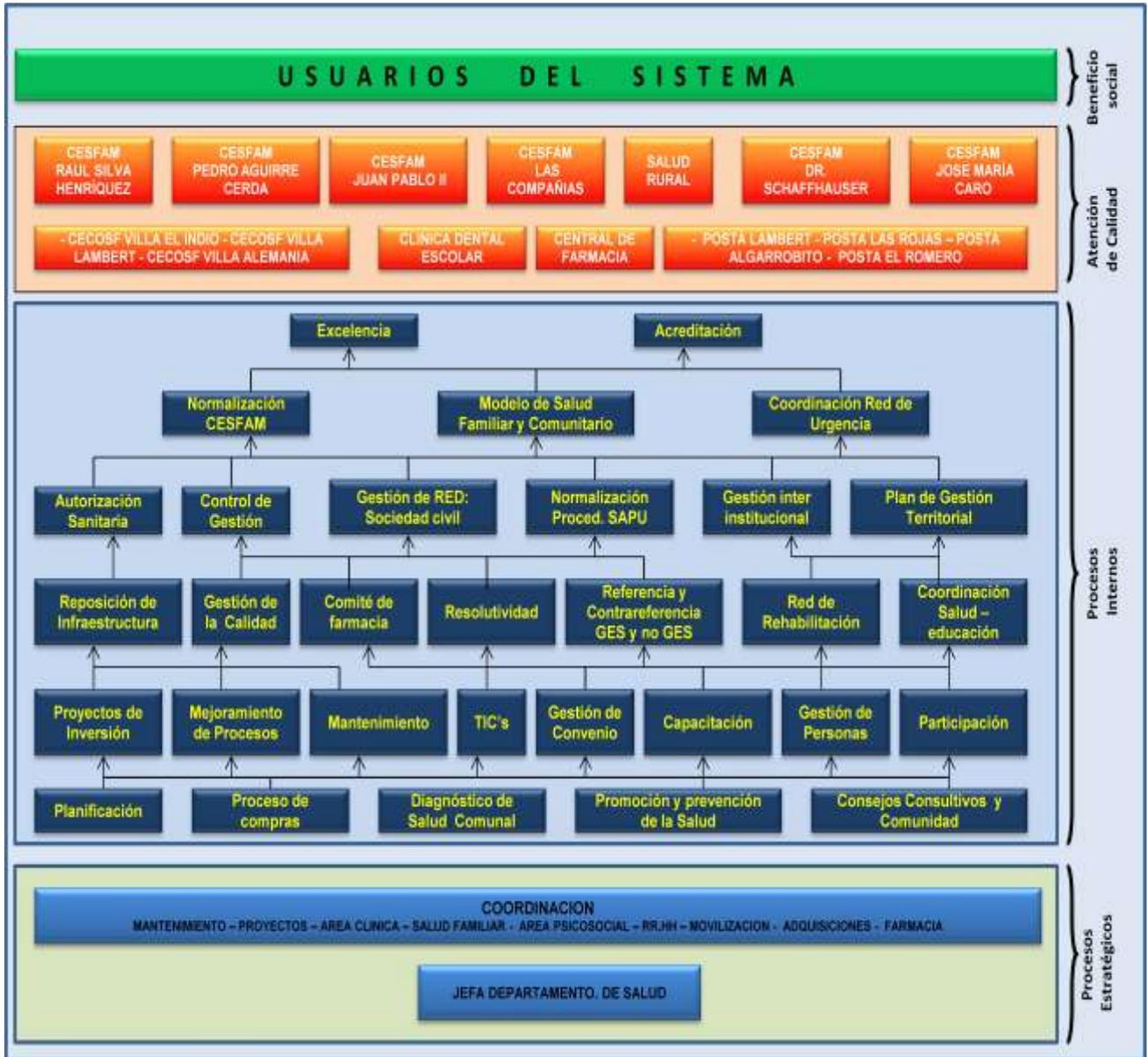
11 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES

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.

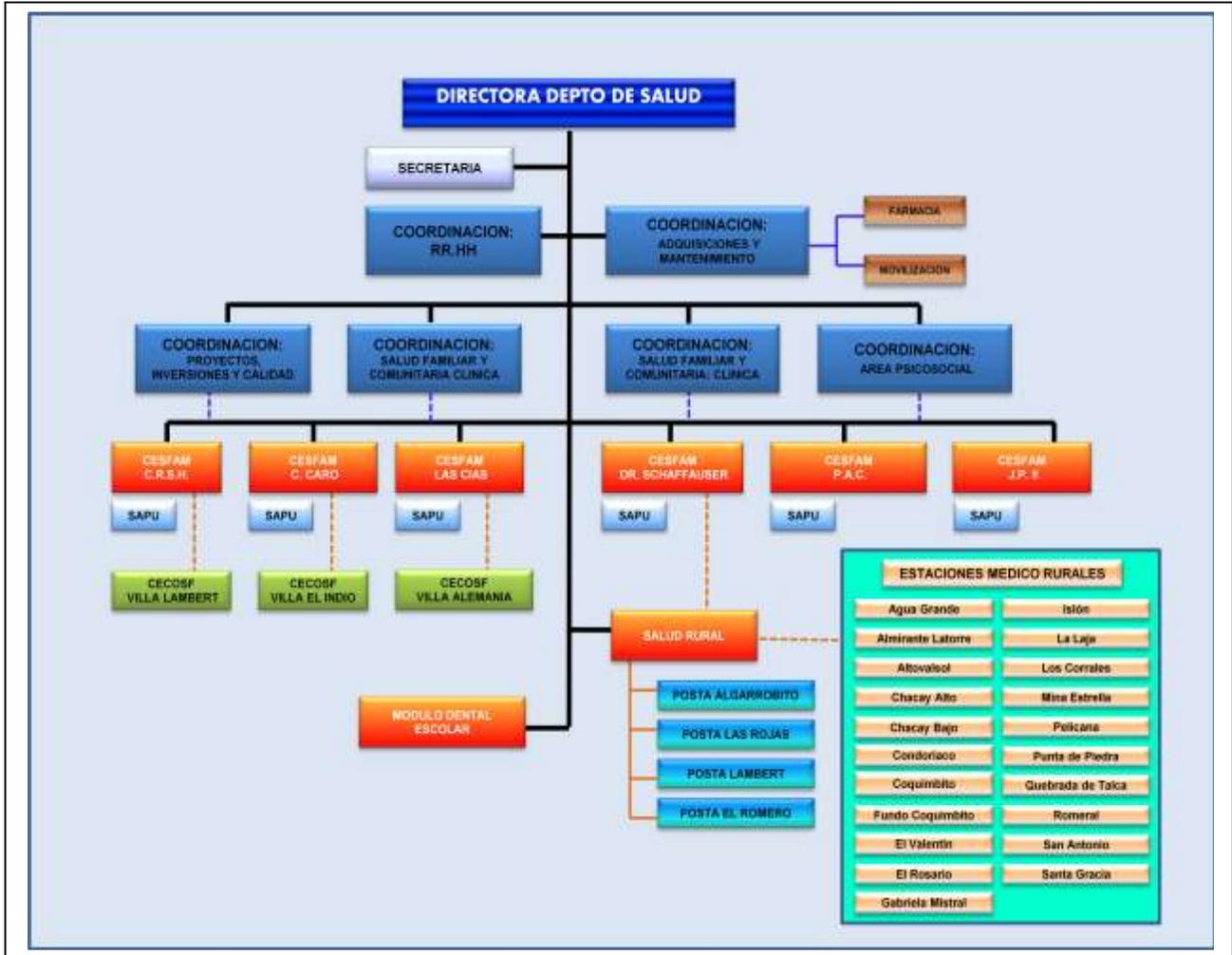
11.1 LINEAS ESTRATÉGICAS 2015

1	MODELO DE ATENCION	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	RECURSOS HUMANOS	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	RECURSOS FINANCIEROS	Programación Actividades y Adquisiciones: Presupuestos Percapita, Convenios, Ingresos Propios y Aporte Municipal
4	CONTROL DE GESTION	Monitoreo Ejecución de Actividades, Metas y Ejecución Presupuestaria
5	COORDINACION INTRA E INTER SECTOR	Convenio Asistencial Docente, Coordinación Red Asistencial, Relación Interinstitucional, Relación Departamento de Educación
6	ADQUISICIONES, ABASTECIMIENTO Y MANTENCION	Ejecucion compras relacionadas con: Farmacos, Insumos, Equipamiento, Infraestructura y Ejecucion compras obtenidas de Recursos Procedentes de Convenios

11.2 MAPA PROCESOS DEPARTAMENTO DE SALUD



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.

Además, el Plan Anual de Capacitación, se enmarca en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud, artículo N° 38, consignado como un componente de la carrera funcionaria, y de esta forma se debe otorgar a cada funcionario de la Dotación APS, 40 horas cronológicas, lo que en términos de horas académicas o pedagógicas, son 53 horas. Esto implica que se debe garantizar por norma, ya referida, 150 puntos a las Categorías A-B y 117, a las categorías C-D-E-F.

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 cursos Nivel básico-Nivel Medio	21	60
Modelo de Gestión en RED	Conocimiento 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	1 curso Actualización del curso	21	30
	Manejo Farmacológico en Patologías GES en Salud Mental	1 curso Nivel Avanzado	21	30
	Dg. En Salud Mental Patologías A.P.S	1 curso Nivel Avanzado	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
	Manejo Avanzado de Primeros Auxilios-RCP Básico y RCP Avanzado en la red asistencia	2 cursos Nivel Avanzado	21	60

Lineamientos	Temáticas	Cantidad de Cursos	Nº Pedagógicas	Total Funcionarios Capacitados
Mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	Liderazgo Estratégico y Trabajo para un mejor clima laboral	3 cursos	21	90
Tecnologías de información y comunicación (TICs)	Manejo Avanzado de Excell	1 curso Nivel Avanzado	21	30
Gestión Administrativa física y financiera	Gestión de Salas R.E.A.S	1 curso Nivel Avanzado	21	30
	Gestión en Calidad y Acreditación en la red A.P.S	1 curso Nivel básico	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 19.418	2 cursos 1 Nivel Básico 1 Nivel Medio	21	60
Totales	15	22	294	660
Financiamiento Total	S 53.280.000			

Línea de Capacitación Jornadas Autocuidado:

Establecimientos A.P.S	Funcionarios APS	Nº de Jornadas Autocuidado	Horas Pedagógicas	Monto (\$)
9	654	9	9	12.000.000

Línea de Capacitación Jornadas Internas:

Establecimientos A.P.S	Funcionarios APS	Nº de Jornadas Internas	Horas Pedagógicas	Monto (\$)
9	654	9	16	6.000.000

Línea de Capacitación Jornadas Metas:

Establecimientos A.P.S	Funcionarios APS	Nº de Jornadas Internas	Horas Pedagógicas	Monto (\$)
9	654	9	7	6.000.000

Resumen:

N° Cursos	Cupos	Programa	Hrs Peda.	Puntaje	Costo
21	660	PAC 2017	21	60/47	\$ 53.280.000
9	654	Jornadas Autocuidado	9	30/24	\$ 12.000.000
9	654	Internas	16	30/24	\$ 6.000.000
9	654	Metas	7	30/24	\$ 6.000.000
TOTAL		4	53	150/117	\$ 77.280.000

13. ACTIVIDADES PRIORIZADAS EN ORIENTACIONES 2017

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 Peridas 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 morbimortalidad 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 ellas³⁷ 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 coledolitiasis, 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 neumocócica polisacárida.
- 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.

- 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.

14.1 METAS SANITARIAS

METAS SANITARIAS
META 1: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
META 2 : COBERTURA DE PAPANICOLAU
META 3a: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS
META 3b: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA EN EMBARAZADAS
META 3c: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS
META 4: COBERTURA EFECTIVA DE DM2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS
META 5: COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS
META 6: COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA
META 7: PLANES DE PARTICIPACION SOCIAL
META 8: EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DM BAJO CONTROL DE 15 AÑOS Y MÁS

14.2 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.

IAAPS

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 ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN INSCRITA Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MÁS

META 12: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS CON TRASTORNOS MENTALES

COMPONENTE GES

BRINDAR ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HASTA LAS 20 HORAS DE LUNES A VIERNES

DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES

15 EVALUACIÓN Y CONTROL

15.1 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

16 DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS TERRITORIALES 2016

El Diagnóstico de Salud de tipo participativo, es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes.

En la etapa propiamente diagnóstica, incluye los siguientes elementos:

- Identificación, análisis y priorización de problemas.
- Selección de intervenciones.
- Evaluación de resultados e impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.
- Se espera que esta tarea sea de tipo sistemática en el trabajo con la comunidad, de manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.
- La frecuencia de actualización de diagnóstico dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, en todo caso es importante que la recopilación de datos no se transforme en un proceso tedioso, sino que tenga claramente estipulada la información que se requiere para un trabajo productivo.

En este sentido, para el caso de cada Territorio, se levantaron las siguientes problemáticas:

16.1 CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ (RSH)

En el caso del Cesfam RSH, se realizó un levantamiento comunitario con diversas organizaciones del territorio, además de incluir a colegios.

Dentro del levantamiento de necesidades, se detectó:

- Existencia de plaza al lado de la multicancha del sector, sin habilitar
- Infraestructura Deficitaria
- Déficit de máquinas de ejercicios en plazas del sector
- Existencia de Micro basurales
- Déficit de actividades físicas para niños y jóvenes
- Drogas y Basurales
- Aumento de la obesidad en la población
- Déficit de horas médicas

Se realizó, además, un trabajo de levantamiento de información en **5 colegios** pertenecientes al territorio del Cesfam, estableciéndose las siguientes necesidades a abordar por Salud, según su nivel de prioridad:

De prioridad 1: Drogas (Consumo de Marihuana), Bulling, Embarazo Adolescente, Cambios Físicos y Mentales del Adolescente

De prioridad 2: Mala Alimentación y Prevención de drogas y OH

De prioridad 3: Tabaquismo, Embarazo, Caries, Sexualidad

De prioridad 4: Sedentarismo, Higiene

De prioridad 5: VIF, Depresión

Los Colegios participantes fueron Isabel Riquelme, Liceo Jorge Alessandri, Colegio Martin de Porres, Colegio Versalles, Liceo Técnico Femenino y Colegio San Manuel.

16.2 CESFAM LAS COMPAÑIAS

En el caso del Cefam Compañías, el diagnóstico de necesidades se realizó en referencia a áreas temáticas:

1. TRATO A USUARIOS: La necesidad de mayor importancia refiere a la deficiente atención en Farmacia, jerarquizada con nota 7; luego el trato de funcionarios en general hacia el adulto mayor con nota 6; le sigue “Mejorar atención del auxiliar hacia el usuario” jerarquizada en primera instancia con nota 7, en la segunda jerarquización la expresión obtuvo nota 2. El “respeto del tiempo de duración en box de la atención del paciente”, después de la discusión grupal para jerarquizar las necesidades, sólo obtuvo nota 2.

2. MEDICOS: En relación a los médicos, las necesidades más significativas expresadas por las y los participantes se refieren a la aspiración de que sea el mismo médico que los examine y/o controle siempre, jerarquizada en las dos instancias con nota 7. También fueron jerarquizadas con nota 7 “Faltan horas médico” y “más médicos extranjeros es mejor atención”, esta expresión podría relacionarse con una apertura hacia médicos extranjeros que en algunos pacientes era resistida su presencia y que después de la experiencia de ser atendido por un profesional extranjero se valore y considere un aporte en la APS. Es generalizada la necesidad de contar con más horas médicos, sin embargo a la hora de jerarquizar las necesidades expresadas, esta fue calificada con nota 6 evidenciando que de todas maneras las personas consiguen atención. El usuario más joven expresa que le cuesta conseguir hora de atención puesto que niños y adultos mayores son prioritarios al seleccionar la demanda, teniendo que retirarse sin conseguir un cupo de atención y volver al día siguiente o ir al SAPU.

3. FARMACIA: La entrega pertinente de medicamentos mantiene una jerarquización con nota 7, siendo la principal preocupación detectada. Según los usuarios, los adultos mayores, los pacientes con problemas de visión, comprensión lectora y usuarios no alfabetizados son un grupo que podría estar en riesgo al no chequear sus recetas médicas. En un segundo nivel de importancia se encuentran los “Tiempos de espera en Farmacia”, refiriendo que en ocasiones esperan por tiempos prolongados, la entrega de medicamentos. En un tercer nivel de importancia, según sus necesidades, se encuentra la “Falta de información en horarios de farmacia”, siendo jerarquizada en primera instancia con nota 5 y en segunda instancia con nota 1.

4. ENTREGA DE HORAS DE ATENCIÓN: Algunos usuarios sugirieron volver al sistema antiguo en el cual al paciente crónico en el último control de salud se le entregaba inmediatamente la hora de su próximo control. Otro grupo de participantes manifiesta su necesidad de mayor cantidad de entrega de horas dentales y en un horario más accesible

5. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS: Se destacan dos jerarquizadas con nota siete. La primera se refiere a la “stock de medicamentos”. La segunda, es la discontinuidad de las atenciones domiciliarias que deben recibir los pacientes del programa Dismovilizados. Esto obliga a los cuidadores a tener que solicitar al jefe de sector las visitas domiciliarias correspondientes. Algunas necesidades planteadas son más bien problemas y se refieren a que en ocasiones se olvidan la fecha de retiro de medicamentos, debiendo esperar hasta el siguiente control para retirarlos.

16.3 CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA

En el caso del Cesfam PAC, el levantamiento de necesidades se realizó en función de la metodología de Priorización de Hanlon, donde el 1 es la mayor prioridad y 7 la menor. Se contó con la participación de representantes sociales de agrupaciones comunitarias, centros de madres agrupaciones deportivas, más el Delegado Municipal, carabineros, directiva del Consejo Consultivo y profesionales del Cesfam Pedro Aguirre Cerda.

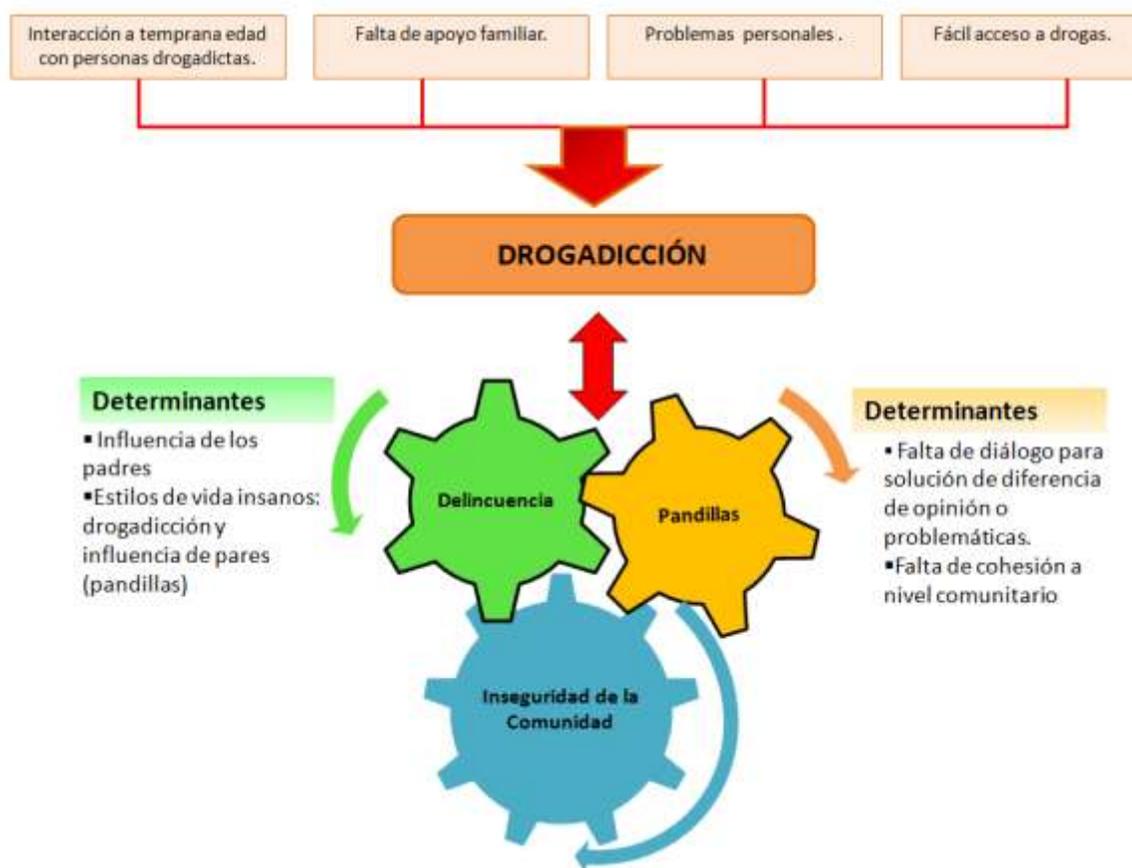
Temáticas	Promedio	Prioridad
Necesidad de horas médicas y continuidad en el tratamiento con el mismo médico	16,83	3
Necesidad de horas dentales y continuidad en el tratamiento con el mismo dentista	18,75	1
Deficiencia de la Línea 800 (horas médicas para rural y adulto mayor)	15,33	5
Falta de información sobre servicios y prestaciones del CESFAM	18,75	1
Trato por parte del personal hacia los usuarios	17,5	2
Falta de empatía por parte de equipo del SAPU	9	7
Falta de cobertura de exámenes y medicamentos	16	4
Problemas de mantención e infraestructura	15	6
Disminución de operativos de salud	16	4

16.4 CESFAM JUAN PABLO II

Este levantamiento de información se llevó a cabo con diversas organizaciones de la comunidad y con jóvenes del territorio representantes de 9 colegios del Sector las Compañías, tales como:

- ❑ Colegio Saint John's School
- ❑ Colegio Alonso Ercilla
- ❑ Colegio Jorge Alessandri
- ❑ Colegio Dario Salas
- ❑ Colegio Carlos Condell de la Haza
- ❑ Colegio Villa San Bartolomé
- ❑ Escuela Isabel Riquelme
- ❑ Liceo Técnico femenino
- ❑ Colegio Arturo Prat

El siguiente cuadro hace referencia al levantamiento de necesidades realizados por los colegios.



Respecto de los temas priorizados por las organizaciones territoriales, éstos fueron:

- 1.- Información sobre solicitudes ciudadanas 2015
- 2.- Trabajo con adolescentes embarazadas
- 3.- Implementación Módulo del adulto mayor
- 4.- Selección de la Demanda, especialmente en Dental
- 5.- Metas e IAAPS 2015
- 6.- Trabajo de la UAPO, requisitos, conductos regulares
- 7.- Proyectos del año 2015
- 8.- Trabajo con grupos

Asimismo, se trabajó en un Taller en el cual se plantearon nodos y desafíos que tiene el CESFAM, según la mirada de la comunidad, y que debiesen concretarse mediante un trabajo conjunto CESFAM- comunidad.

Los resultados del ejercicio fueron:

DESAFÍOS / NODOS:

1.- Fortalecer el Consejo Consultivo: Tareas del equipo de salud:

- Entregar mayor información.
- Llamar a los pacientes que asistan a reunión
- Talleres para diabéticos
- Tener más acercamiento con la comunidad y poner pizarras y entregar volantes.
- Ver el modo de integrar gente joven

Tareas de la comunidad:

- Acercarse a su CESFAM, requerir información
- Fortalecer la asistencia de los usuarios con folletos
- Llamar a las juntas de vecinos a participar en el Consejo
- Fomentar un apoyo real y conciso

2.- Creación del Consejo Consultivo de Jóvenes: Tareas del equipo de salud:

- Trabajo colaborativo con establecimientos educacionales, promoviendo el C. Consultivo de adolescentes.
- Idear nuevas estrategias
- Llamar a los adolescentes
- Participación del equipo en reuniones con jóvenes

- Implementar talleres de prevención de drogas y alcohol en los jóvenes
- Evaluación positiva de la apertura de espacios con la juventud

Tareas de la comunidad:

- Apoyar a los niños y niñas
- Apoyo de padres y apoderados
- Motivar a grupos de jóvenes (vecinos, dirigentes)
- Apoyar desde su labor comunitaria y CESFAM

3.- Formación de nuevos grupos de autoayuda: Tareas del equipo de salud:

- Ayudar a los enfermos en temáticas de drogas y alcohol
- Convocar a través de folletos
- Realización de Talleres de enfermedades como Alzheimer y charlas preventivas sobre demencia senil
- Es primordial la autoayuda para los usuarios
- Es necesario estimular el sentimiento de autoayuda

Tareas de la comunidad:

- Debe entenderse que el egoísmo no es bueno
- Comprometerse con el Consultorio y la comunidad
- Invitar a clubes de adulto mayor a talleres

4.- Mantener cumplimiento de indicadores y metas:

- Más organización y publicidad, con información y trabajo con la comunidad
- Crear instancias preventivas de embarazo adolescente, ya que los índices se elevan en el tiempo

5.- Trabajar en Proyecto Sede comunitaria-cultural: Tareas del equipo de salud:

- Formar una comisión encargada de este Proyecto y comprometerla, apoyando a la nueva Directiva

Tareas de la comunidad:

- Presentar Proyecto
- Hacer actividades con la comunidad

6.- Potenciar trabajo del Comité de Satisfacción Usuaría: Tareas del equipo de salud:

- Relevar la importancia que tiene el usuario.
- Respetar a los usuarios

Tareas de la comunidad:

- Respeto para los profesionales

7.- Otros: Potenciar el aseo con folletos que destaquen la limpieza que deben cuidar los usuarios y fortalecer CCR: personas en situación de discapacidad (centro de Rehabilitación)

16.5 CESFAM CARDENAL CARO

En el caso de este Cefsam del Territorio Sur de La Serena, el levantamiento diagnóstico arrojó las siguientes necesidades, siendo de éstas las que presentan 3 cruces, las que se repitieron en cada grupo conformado por diversas organizaciones comunitarias.

Problemas	Grupo Guallis	Grupo Luciérnagas	Grupo Espigas Doradas
Medio Ambiente			
Gran cantidad de perros callejeros	X	X	X
Ruidos en las calles	X	X	X
Basura en las calles	X	X	X
Contaminación		X	
Falta de basureros	X		X
Seguridad			
Delincuencia	X	X	X
Seguridad calles en la noche		X	
Poca frecuencia de carabineros	X		
Pandillas	X	X	X
Robos	X		X
Drogas	X	X	X
Alcohol jóvenes	X	X	X
Tránsito			
Tacos Balmaceda	X	X	X
Locomoción deficiente	X		X
Semáforos muy cortos		X	
Movimiento de camiones			X
Carreras de autos	X		X
Autos estacionados en la vereda		X	
Mala infraestructura de calles	X		X
Paso peatonal	X	X	
Accidentes en Avenida	X		
Problemas adultos mayores			
Poco respeto a los mayores		X	X
Adultos mayores solos		X	
CESFAM			
Carencia de profesionales de la salud		X	X
Cambios de hora	X	X	
Mala atención		X	
Insuficiencia de estacionamiento en CESFAM	X		X
Información limitada	X	X	X
Entrega de horas muy temprano	X	X	X
Pocas horas de atención		X	
Falta de limpieza en baños			X
aire acondicionado	X	X	
más consultorio	X		
Otros varios			
Techo centro comunitario	X	X	
Escaso apoyo en organizaciones sociales			X
Participación ciudadana			X
Individualismo		X	

Cabe destacar que en relación al área de “seguridad” de acuerdo a la población adscrita al CESFAM Cardenal Caro, es el consumo de drogas y alcohol es más relevado, mientras que en el área de “medio ambiente”, son los perros vagos.

16.6 EQUIPO RURAL

Respecto del levantamiento realizado con las comunidades de las **4 postas rurales** de La Serena, el resultado, en tanto necesidades territoriales, fue:

POSTA ALGARROBITO	MICROBASURALES
	OBESIDAD INFANTIL
	DROGADICCION
	ESCASAS HORAS MATRONA Y NUTRICIONISTA
POSTA LAS ROJAS	PROBLEMAS DE FLUJO DE DERIVACION SALUD MENTAL ESCUELA-POSTA
	ALCOHOLISMO
	PERROS ABANDONADOS
POSTA EL ROMERO	PROBLEMAS DE FLUJO DE DERIVACION SALUD MENTAL ESCUELA-POSTA
	ESCASEZ HORAS PROFESIONALES
POSTA LAMBERT	ALCOHOLISMO Y DROGADICCION
	MICROBASURALES
	PERROS ABANDONADOS
	BAJOS CUPOS JARDIN INFANTIL

16.7 CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA

Finalmente, para el caso del Cesfam Céntrico de nuestra comuna el levantamiento realizado tanto con funcionarios como con los grupos comunitarios en relación a los diversos aspectos de mejora, arrojó lo siguiente:

Planteamientos de la comunidad

Fortalecer el trabajo de los grupos de autoayuda reuniendo a todos los grupos del CESFAM.

Propuestas de mejoras del equipo de salud

Dirección del CESFAM:

- Asignará trabajadores sociales para coordinar el 100% de los grupos de autocuidado.

- Encargada de participación y promoción del CESFAM elabora programa educativo con temas de base para 100% de los grupos, que incluye necesidades y temas de cada grupo.

- Evaluación semestral del trabajo grupal a cargo de trabajador social y equipo de programa al que pertenece el grupo.

Reapertura de postas en caleta San Pedro y Alfalfares como necesidad de las comunidades

- Equipo directivo del CESFAM evalúa viabilidad del proyecto con Departamento de salud municipal.

- Equipo sector azul y equipo directivo de CESFAM evalúa compromiso comunitario.

Fortalecer y crear cronogramas del CESFAM

- Equipo gestor crea cronogramas

Incorporar en el diseño del nuevo CESFAM a la comunidad.

- Equipo directivo se encuentra participando en primera etapa de diseño que deberá informar al consejo consultivo para coordinar su participación, dentro de las posibilidades que entregue el equipo técnico del diseño.

Instaurar cambios en la modalidad de trabajo, apelando hacia mayor trabajo con los grupos de autoayuda.

- Asignará trabajadores sociales para coordinar el 100% de los grupos de autocuidado.

- Encargada de participación y promoción del CESFAM elabora programa educativo con temas de base para 100% de los grupos, que incluye necesidades y temas de cada grupo

- Evaluación semestral del trabajo grupal a cargo de trabajador social y equipo de

Asimismo, respecto de las problemáticas territoriales levantadas, éstas fueron:

PROBLEMÁTICAS CON MAYOR PONDERACIÓN			
	PROBLEMA	PUNTAJE TOTAL	PROMEDIO
GRUPOS DE AUTOCUIDADO	FALTA DE HORAS MÉDICAS	Puntaje total: 25	Promedio: 5,0
	INFRAESTRUCTURA DEFICIENTE	Puntaje total: 25	Promedio: 5,0
	FALTA DE PROFESIONALES - APOYO PARA LAS ACTIVIDADES GRUPALES	Puntaje total: 21	Promedio: 4,2
	INFRAESTRUCTURA DEFICIENTE	Puntaje total: 25	Promedio: 5,0
SECTOR VERDE	INFRAESTRUCTURA DEFICIENTE	Puntaje total: 25	Promedio: 5,0

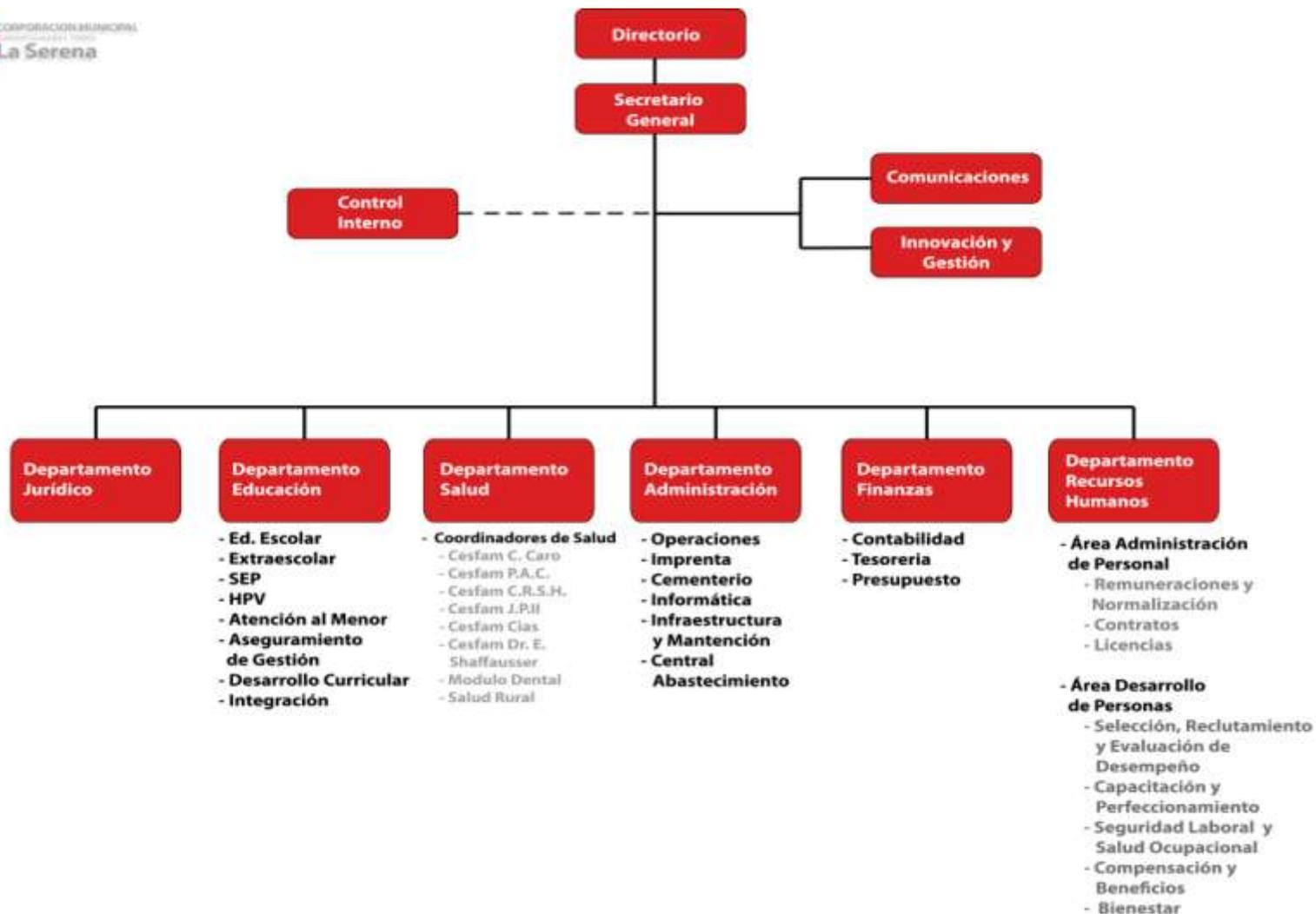
	COMUNICACIÓN - FALTA DE TELÉFONO	Puntaje total: 21	Promedio: 4,2
	FALTA DE PROFESIONALES	Puntaje total: 21	Promedio: 4,2

SECTOR AZUL	FALTA DE HORAS MÉDICAS	Puntaje total: 20	Promedio: 4,0
	INSEGURIDAD CIUDADANA	Puntaje total: 19	Promedio: 3,8
	ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN - ADOLESCENTE	Puntaje total: 19	Promedio: 3,8
SECTOR GRANATE	MICROTRÁFICO - EN COLEGIOS	Puntaje total: 20	Promedio: 4,0
	ALCOHOLISMO Y DROGAS - EN ADOLESCENTES	Puntaje total: 19	Promedio: 3,8
	SEDENTARISMO (COLEGIOS) - OBESIDAD - MALA ALIMENTACIÓN	Puntaje total: 18	Promedio: 3,6

ANEXOS

ANEXO N° 1: ORGANIGRAMA

CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA

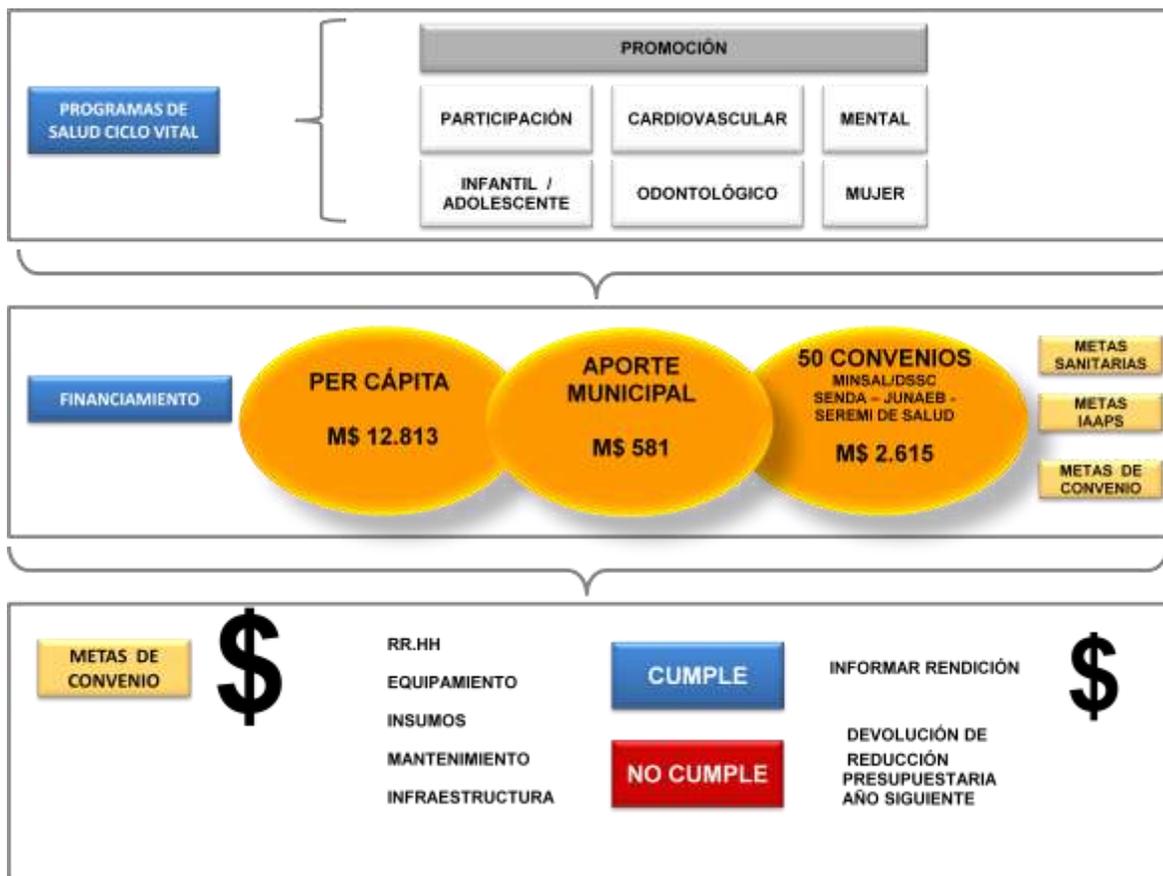


ANEXO Nº 2: DOTACION DE RECURSO HUMANO SOLICITADA AÑO 2016

PLANILLA RECOLECCION DE DATOS DOTACION 2017										
FUNCIONARIOS ATENCION PRIMARIA LEY 19.378										
IV REGION										
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA SERENA										
CAT.	ESCALAFON	DOTACION SOLICITADA AÑO 2017								
		Nº FUNCIONARIOS SEGÚN Nº HORAS CONTRATADAS								
		Nº FUNC.	44	33	22	11	6	TOTAL HORAS	CANT.	JUSTIFICACION
A	CIRUJANO DENTISTA	34	30	1	2	1		1.408	4.917	Solo aumenta en 11 hrs ya que no tenemos mayor capacidad fisica para instalar nuevos box dentales.
	MEDICO CIRUJANO	69	51	3	7	8		2.585		Se mantiene por necesidad asistencial de la poblacion a cargo
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	1	0	0	0		44		Se mantiene
	BIOQUIMICOS	0						0		
B	ASISTENTE SOCIAL	25	24	0	1			1.078	8.674	Se regularizan 22 horas por indicacion del SSC por programa de Salud Mental
	ENFERMERA/O	63	58	3	2	0		2.695		Se regularizan por necesidades asistencia IAAPS 14
	FONOAUDIOLOGO	3	3	0	0	0		132		se mantiene
	MATRONA/ON	31	30	1				1.353		se mantiene
	NUTRICIONISTA	20	19	0	1	0		858		se rebaja por falta de infraestructura
	PSICOLOGA/O	27	22	0	5	0		1.078		Se mantiene
	KINESIOLOGA/O	27	18	3	5	0	1	1.007		Se regulariza 1 cargo por necesidad asistencial
	TECNOLOGO MEDICO	1		1				33		Se mantiene
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	2	0	0	0	0	88		Se mantiene
	EDUCADORA DE PARVULOS	8	8	0	0	0	0	352		Se mantiene
	INGENIERO	0						0		
	ABOGADO	0						0		
	OTRO PROFESIONAL (INDICAR PROFESION)	0						0		
C	CONTADOR	0						0	6.116	
	ESTADISTICO	0						0		
	PROGRAMADOR	7	7	0	0	0	0	308		Se mantiene
	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN SALUD	102	102	0	0	0	0	4.488		Se aumenta por necesidad asistencial
	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN GESTION DE APOYO	30	30					1.320		Se regularizan 11 nuevos TANS
	TECNICO EN ODONTOLOGIA	1	1		0	0	0	44	Se regulariza en Dotación	
	PODOLOGO	7	2	0	5	0	0	198	Necesidad Asistencial de la poblacion	
D	AUXILIAR DE ALIMENTACION	0						0	2.728	
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	30	30	0	0	0	0	1.320		Se mantiene
	AUXILIAR DE FARMACIA	3	3	0	0	0	0	132		Se requiere por necesidad asistencial
	AUXILIAR DE LABORATORIO	0	0	0	0	0	0	0		
	AUXILIAR DENTAL	29	29	0	0	0	0	1.276		Aumenta por necesidad asistencial
E	ADMINISTRATIVO/A	46	46					2.024	2.024	Se rebaja por traspaso de categoría de E a C
	SECRETARIA/O	0	0	0	0	0	0	0		Se elimina estamento por traspaso a TANS
F	AUXILIAR DE SERVICIO	39	39	0	0	0	0	1.716	2.552	Se requiere por necesidad asistencial
	CHOFER	30	0	0	0	0	0	0		Se requiere por necesidad asistencial
	NOCHERO-VIGILANTE	19	19	0	0	0	0	836		Se requiere por necesidad asistencial
TOTALES		654	594	12	28	9		27.253	27.011	

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

ANEXO Nº 3 PRESUPUESTO 2016 AREA SALUD



Fuente: Departamento de Finanzas Corporación Municipal Gabriel González Videla.

ANEXO Nº 4: ASIGNACIONES MUNICIPALES

MODIFICACION PRESUPUESTARIA ÁREA SALUD ITEM ASIGNACIONES ARTÍCULO 45 2016	Monto Mensual (\$)	Monto Anual (\$)	N
Médicos y Odontólogos 44, 33, 22, 11 horas Estimulo Permanencia	\$ 22.278.454	\$ 267.341.448	79
Médicos y Odontologos 30 % Asignacion municipal adicional	\$ 10.761.522	\$ 129.138.264	103
Directores 30 % SB+Asig. APS	\$ 2.295.143	\$ 27.541.716	6
Subdirecciones 15 % SB+Asig.APS	\$ 1.251.306	\$ 15.015.672	8
Coordinaciones Modulo + Equipo Rural 30 %	\$ 715.385	\$ 8.584.620	2
Encargados Comunales 15%	\$ 1.213.012	\$ 14.556.144	7
Asignaciones de Especialidades 44 horas	\$ 358.018	\$ 4.296.216	1
Asignaciones de Especialidades 11 horas	\$ 179.009	\$ 2.148.108	1
Asignaciones de Especialidades 22	\$ 358.017	\$ 4.296.204	2
Coordinaciones CECOSF	\$ 508.094	\$ 6.097.128	3
Homologación Desempeño Difícil 30% del SB	\$ 74.203.038	\$ 890.436.456	654
Incentivo al rendimiento médico art.45	\$ 4.522.192	\$ 54.266.304	69
Totales 2017	\$ 118.643.190	\$ 1.423.718.280	
Año 2016	\$ 104.458.972	\$ 1.262.008.189	
Aumento Gastos	\$ 14.184.218	\$ 161.710.091	

ANEXO Nº 5: RESULTADOS METAS**METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL AÑO 2015 (Comuna La Serena)**

METAS SANITARIAS	CORTE DIC. 2015
META 1: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	122,45%
META 2 : COBERTURA DE PAPANICOLAU	93,82%
META 3a: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	80,47%
META 3b: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA EN EMBARAZADAS	105,11%
META 3c: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS	107,56%
META 4: COBERTURA EFECTIVA DE DM2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	83,14%
META 5: COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	85,58%
META 6: COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	120,18%
META 7: PLANES DE CONSEJOS DE PARTICIPACION SOCIAL	100 %
META 8: EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DM BAJO CONTROL DE 15 AÑOS Y MÁS	86,81%

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2016.

INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2016**Componente A: Actividad General****COMPONENTE ACTIVIDAD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS**

IAAPS	CORTE DIC. 2015
META 1: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS	83,03%
META 2: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS	83,12%
META 3: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMPAM) EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	74,03%
META 4: INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO	102,63%
META 5: PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	97,54%
META 6: GESTIÓN DE RECLAMOS EN APS	101,7%
META 7: COBERTURA DE ATENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	89,04%
META 8: COBERTURA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	85,64%
META 9: COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	100,84%
META 10: TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	89,62%
META 11: COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN INSCRITA Y EPOC EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MÁS	111,91%
META 12: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS CON TRASTORNOS MENTALES	96,48%
COMPONENTE G E S	100%
BRINDAR ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HASTA LAS 20 HORAS DE LUNES A VIERNES	100%
DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES	100%

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2016.

2. EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES¹⁶

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	ENALAPRIL *	Comprimido 10mg				
	ASPIRINA *	Comprimido 100mg				
	LOSARTAN *	Comprimido 50mg				
DIABETES	METFORMINA *	Comprimido 850mg				
	GLIBENCLAMIDA *	Comprimido 5mg				
	INSULINA	Presentación NPH 100 UI/ml				
DEPRESIÓN	FLUOXETINA *	Cápsula/ comprimido 20mg				
	SERTRALINA *	Comprimido 50mg				
DISLIPIDEMIA	ESTATINAS*	Comprimido 20mg				
HIPOTIROIDISMO	LEVOTIROXINA *	Comprimido 100mcg				
ARTROSIS	PARACETAMOL *	Comprimido 500mg				
	TRAMADOL	Comprimido 50mg				
	CELECOXIB (1)	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	ÁCIDO VALPROICO	Comprimido 200mg				
	CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)				
	BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)				
EPOC, Asma, SBR	BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)				
PARKINSON	LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg				

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

El centro cuenta con 100% de disponibilidad de fármacos trazadores ¹⁷ (marque Si/No)	SI:	NO:
--	-----	-----

FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA
Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del Establecimiento

Horario de atención de farmacia		La farmacia estaba funcionando	SI:	NO:
Presencia de letreros que restrinjan el horario de entrega de medicamentos para pacientes, tanto crónicos como de morbilidad.			SI:	NO:

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

¹⁶ Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

¹⁷ 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 Nº 6: BRECHAS INFRAESTRUCTURA Y OPERACION**Brechas en Infraestructura a trabajar durante el 2017**

Brechas detectadas y priorizadas para trabajar durante el 2017, esto a través de la presentación de estas necesidades a diferentes fuentes de financiamientos concursables. Esperando como siempre contar con el apoyo del Honorable Concejo .

ITEM	Monto
Implementación Transporte exclusivo para pacientes en Diálisis.	\$ 50.000.000.-
Reposición vehículos de Transportes Equipo Medico Rural.	\$ 50.000.000.-
Reposición Autoclaves CESFAM Pedro Aguirre Cerda y CESFAM Cardenal Caro	\$ 100.000.000.-
TOTAL	\$ 200.000.000.-

Gastos Mantención Equipos

Recursos estimados para la mantención general de los equipos clínicos de la RED APS:

ITEM	MONTO \$
Mantención Preventiva sillones dentales	\$ 10.000.000.-
Repuestos e insumos equipamiento Dental	\$ 5.000.000.-
Reposición de Equipamiento menor e instrumental	\$ 15.000.000.-
Mantención autoclaves y Equipos	\$ 15.000.000.-
Reposición y/o Adquisición de Mobiliario RED APS	\$ 8.000.000.-
Reposición y/o Adquisición de Equipamiento Computacional RED APS	\$ 5.000.000.-
Mantención y/o Reparación Sistemas de Conectividad RED APS (Equipos de radiocomunicaciones)	\$ 5.000.000.-
TOTAL	\$ 63.000.000.-

Gastos Mantención Movilización

Recursos estimados para la mantención general de la flota vehicular de la RED APS:

ITEM	Monto \$
Mantención Preventiva	\$ 10.000.000.-
Combustible	\$ 30.000.000.-
Reparaciones Correctivas	\$ 15.000.000.-
Seguros	\$ 14.000.000.-
TOTAL	\$ 69.000.000.-

Resumen Anual

ITEM	MONTO (\$)
Mantención movilización	69.000.000
Mantención Equipos	63.000.000
Brecha Financiamiento SAPU	249.759.203
Financiamiento Asignaciones Aprobadas por el Concejo Municipal	1.423.718.280
Total Solicitado	1.805.477.483

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 N° 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 N° 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

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

E.U. Patricia Romero Miqueles
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

Sr. Claudio Garate Troncoso
Coordinador RR.HH Departamento de Salud

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

Ing. Rubén Bravo Zamorano
Coordinador Adquisiciones y Mantenimiento

T. Social. Nicol Cadena Munita
Prof. Apoyo Salud Psicosocial

Srta. Fernanda Contreras Gajardo
Prof. Apoyo Salud RR.HH

Srta. Andrea Taquias Alfaro
Apoyo Abastecimiento

Sr. Miguel Rojas Saldias
Encargado informática Departamento de Salud

Srta. Bélgica Guerra Galleguillos
Secretaria Departamento de Salud

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 Payacan
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^a 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