



CENTRO DE SALUD FAMILIAR
Pedro Aguirre Cerda



DEPARTAMENTO DE SALUD

P
L
A
N
D
E
S
A
L
U
D
C
O
M
U
N
A
L
2
0
1
8

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA APS	9
3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	10
4. RED DE ESTABLECIMIENTOS ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA.	12
5. MARCO JURIDICO RED APS	13
6. ANÁLISIS DEL ENTORNO	14
6.1 ANTECEDENTES FÍSICOS DEL TERRITORIO COMUNAL	14
6.2 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES	15
6.3 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS DE LA COMUNA	16
6.4 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	17
6.5 DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS EN LA RED DE APS LA SERENA	19
6.5.1 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Cardenal José María Caro	20
6.5.2 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Dr. Schaffhauser Acuña	22
6.5.3 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	26
6.5.4 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Las Compañías	28
6.5.5 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Juan Pablo II	33
6.5.6 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Pedro Aguirre Cerda	38
6.5.7 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Equipo Médico Rural	39
6.5.8 Principales Resultados del Levantamiento de Información	41
6.6 DIAGNÓSTICO DE LAS OFICINAS DE INFORMACIÓN, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS) Y GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA	42
6.6.1 Gestión de Reclamos 2016	42
6.6.2 OIRS y Satisfacción Usuaría	43
6.6.3 Proyección 2018	44
6.7 POBLACION PER CÁPITA	45
6.7.1 Inscripción Per Cápita	45
6.7.2 Sistema de Inscripción Biométrica	45
7. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION CON PROYECCION 2018	47
7.1 PROGRAMAS DE SALUD POR CICLO VITAL CON CONVENIOS ASOCIADOS	47
7.1.1 Salud del Niño	47
7.1.1.1 Chile Crece Contigo	47
7.1.1.2 Principios Orientadores	48
7.1.1.3 Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	48
7.1.1.4 Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral	48
7.1.1.5 Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	49
7.1.1.6 Desafíos 2018	49
7.1.2 Salud Escolar	50
7.1.2.1 Programa Piloto de Salud Escolar (CONVENIO)	50
7.1.2.2 Actividades del programa	50
7.1.2.3 Diagnóstico de Salud Escolar diciembre año 2016	50
7.1.3 Salud del Adolescente	51
7.1.3.1 Área Estratégica: Promoción	52

7.1.3.2	Área Estratégica: Prevención.....	52
7.1.3.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	53
7.1.3.4	Desafíos 2018.....	54
7.1.4	Espacios Amigables para Adolescentes en APS.....	54
7.1.4.1	Objetivo General.....	55
7.1.4.2	Objetivos Específicos.....	55
7.1.4.3	Estrategias.....	55
7.1.4.4	Componente Promoción en Salud.....	56
7.1.4.5	Atención de Salud Integral en Establecimientos de Salud.....	56
7.1.4.6	Atención de salud integral en Establecimientos Educativos.....	57
7.1.4.6	Espacio Amigables en la Comuna al 2018.....	58
7.1.4.7	Consejos Consultivos Adolescentes.....	59
7.1.4.8	Proyección 2018:.....	59
7.1.5	Salud de la Mujer.....	60
7.1.5.1	Salud Materna y Neonatal.....	60
7.1.5.2	Salud Sexual y Reproductiva.....	60
7.1.5.3	Salud de la Mujer en Etapa de Climaterio.....	61
7.1.5.4	Desafíos 2018.....	61
7.1.6	Salud del Adulto.....	62
7.1.6.1	Área Estratégica: Promoción.....	63
7.1.6.2	Área Estratégica: Prevención.....	63
7.1.6.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	63
7.1.6.4	Área Estratégica: Rehabilitación.....	64
7.1.7	Salud del Adulto Mayor, Familia y Cuidadoras/es.....	64
7.1.7.1	Área Estratégica: Promoción.....	64
7.1.7.2	Área Estratégica: Prevención.....	64
7.1.7.3	Área Estratégica: Tratamiento.....	65
7.1.7.4	Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados.....	65
7.1.8	Programa más Adultos Mayores Autovalentes.....	66
7.1.8.1	Propósito.....	66
7.1.8.2	Objetivos.....	67
7.1.8.3	Objetivos Específicos.....	68
7.1.8.4	Ejes Transversales.....	68
7.1.8.5	Total de población intervenida por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.....	70
7.1.8.6	Actividad de Bienvenida.....	70
7.1.8.7	Terapias Complementarias.....	71
7.1.8.8	Capacitación de Líderes Comunitarios.....	71
7.2	PROGRAMAS TRANSVERSALES EN SALUD CON PROYECCION 2018.....	74
7.2.1	Atención Respiratoria.....	74
7.2.2	Red de Curación Avanzada de Pie Diabético.....	75
7.2.3	Salud Oral: Programas Odontológicos en Atención Primaria.....	76
7.2.3.1	Programa GES Odontológico Familiar.....	76
7.2.3.2	Programa Odontológico Integral.....	76
7.2.3.3	Programa de Mejoramiento del Acceso Odontológico.....	78
7.2.3.4	Programa Sembrando Sonrisas.....	79
7.2.4	Rehabilitación Comunitaria en APS.....	79
7.2.4.1	Rol del modelo de Rehabilitación en la A.P.S.....	80
7.2.5	Programa de Resolutividad en Atención Primaria.....	81
7.2.5.1	Resolutividad:.....	81
7.2.5.2	Resultados 2016.....	82
7.2.5.3	Programa Imágenes Diagnósticas en APS.....	83
7.2.5.4	Convenio Apoyo Radiológico Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC):.....	84
7.2.6	Prevención, Promoción y Participación Social en APS.....	85

7.2.7	Promoción de la Salud	88
7.2.7.1	Acciones 2016 – 2017	92
7.2.7.2	Proyección 2018:	93
7.2.7.3	Los Colegios y Jardines focalizados por el Plan Trienal de Promoción	93
7.2.8	Programa Salud Mental Integral	93
7.2.8.1	Proyección 2018:	95
7.2.9	Convenio Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	96
7.2.9.1	Proyección 2018:	97
7.2.10	Convenio Equidad Rural	97
7.2.10.1	Política de Desarrollo Rural 2014-2024	98
7.2.10.2	Propósito del Programa	98
7.2.10.3	Objetivos Específicos	98
7.2.10.4	Baile Entretenido Itinerante	99
7.2.10.5	Caminatas Saludables	99
7.2.10.6	Caminata el Romero	100
7.3	PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA ATENCION PRIMARIA	102
7.3.1	Evaluación Comunal Programa MAIS 2016	102
7.3.2	Programa de Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la Salud en el modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria en la atención primaria	105
7.4	ALIANZA DEPARTAMENTOS DE SALUD Y EDUCACIÓN	108
7.4.1	Programa Odontológico “Sembrando Sonrisas”:	108
7.4.2	Clínica Dental Escolar – Convenio Junaeb:	109
7.4.3	Programa Salud del Estudiante:	109
7.4.4	Plan Piloto de Salud Escolar (APS):	109
7.4.5	Control de salud integral para Adolescentes de 10 a 14 años:	109
7.4.6	Programa Espacio Amigable:	109
7.4.7	Consejos Consultivos Adolescentes:	110
7.4.8	Programa Detección, Intervención y Referencia asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (DIR):	110
7.4.9	Programa de Salud Mental Integral:	110
7.4.10	Programa de Acompañamiento Psicosocial a niñas, niños, adolescentes y jóvenes: 110	
7.4.11	Inmunización en Población Escolar:	111
7.4.12	Programa Vida Sana en Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT): 111	
7.4.13	Proyección de la Alianza 2018:	111
7.5	CLINICA DENTAL ESCOLAR COMUNAL - CONVENIO JUNAEB	112
7.5.1	Programa Salud del Estudiante – JUNAEB.	114
7.5.2	Proyección 2018:	115
7.6	CENTROS DE TRATAMIENTOS DE LA COMUNA DE LA SERENA	115
7.6.1	Programa Ambulatorio Básico Cardenal Raúl Silva Henríquez	115
7.6.1.1	Criterios de Inclusión y Exclusión	116
7.6.1.2	Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa	116
7.6.2	Programa Ambulatorio Intensivo ATHTRIPAN “Salir Bien”	118
7.6.2.1	Criterios de Inclusión y Exclusión	119
7.6.2.2	Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa	119
7.6.3	Programa Ambulatorio Intensivo Raúl Silva Henríquez (CIP – CRC SENAME)	119
7.6.3.1	Criterios de Inclusión y Exclusión	119
7.6.3.2	Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa	120
7.6.4	Programa Detección, Intervención y referencia Asistida	121
7.6.4.1	Objetivo General	122
7.6.4.2	Objetivos Específicos	122

7.7	ESTRATEGIAS TECNICAS LOCALES IMPLEMENTADAS (COMITE DE FARMACIA, CALIDAD, CARDIOLOGIA, SAPU, RESOLUTIVIDAD, PIE DIABETICO, MESA DE TRABAJO PROGRAMAS COMUNALES)	125
7.7.1	<i>Estrategias de Atención</i>	125
7.7.1.1	<i>Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):</i>	125
7.7.1.2	<i>Comité Comunal de Farmacia:</i>	127
7.7.1.3	<i>Comité Comunal de Calidad:</i>	128
7.7.1.4	<i>Comité Comunal de SAPU:</i>	129
7.7.1.5	<i>Comité Comunal de Ges- Resolutividad:</i>	130
7.7.1.6	<i>Mesa de Cardiología con Intersector:</i>	130
7.8	COMUNAL DE TRABAJO PARA EL ADULTO MAYOR	131
7.8.2	<i>Intervención Radial Departamento de Salud</i>	133
7.9	BUENA PRÁCTICA COMO DEPARTAMENTO DE SALUD.....	136
7.10	METAS E IAAPS 2016.....	137
7.10.1	<i>Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud</i>	137
7.10.2	<i>Metas Sanitarias</i>	138
7.10.3	<i>Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud.</i>	138
7.10.4	<i>Metas Sanitarias 2017</i>	140
7.10.4.1	<i>IAAPS 2017</i>	140
7.11	EVALUACIÓN Y CONTROL	142
7.11.1	<i>Procedimiento de Evaluación</i>	142
8	GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS EN LA A.P.S.....	143
8.1	DOTACION DE PERSONAL	144
8.2	MARCO LEGAL LEY 19.378, ESTATUTO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.	145
8.2.1	<i>Dotación y Jornada de Trabajo:</i>	145
8.3	ASIGNACIONES MUNICIPALES Y OTROS BENEFICIOS DEL PERSONAL:	147
8.3.1	<i>Marco Normativo de las Remuneraciones, Ley n°19.378</i>	148
8.4	CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES	150
8.4.1	<i>Cuadro: “Esquema General de Fortalecimiento de los convenios docente-asistenciales”</i>	153
8.4.2	<i>Experiencia Piloto de Investigación-Acción: FACULTAD DE MEDICINA UCN</i>	154
8.4.2.1	<i>Objetivo General</i>	154
8.4.2.2	<i>Objetivos Específicos</i>	154
8.4.2.3	<i>Proyección 2018</i>	156
8.5	BONIFICACIONES POR LEY 19.378 A PERSONAL A.P.S:	157
8.5.1	<i>Bono Conductores:</i>	157
8.5.2	<i>Bonificación Desempeño Difícil:</i>	157
8.5.3	<i>Asignación de Mérito:</i>	158
8.5.6	<i>Asignación de Desempeño Colectivo Ley N° 19.813:</i>	159
8.5.8	<i>Bono de Retiro Voluntario Ley N° 20.919:</i>	159
8.6	ENCUESTA TRATO USUARIO: UN DESAFIO AL 2018.....	160
8.6.1	<i>Antecedentes:</i>	160
8.6.2	<i>Proyección 2018:</i>	161
8.6.3	<i>Comités de Protocolos de Riesgos Psicosocial</i>	162
8.6.4	<i>Normas Técnicas y Legales que lo regulan en su implementación</i>	162
8.6.5	<i>Estudios de Clima Organizacional</i>	164
8.7	PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN SALUD 2018:.....	164
8.7.1	<i>Evaluación de Satisfacción de la Calidad de las Capacitaciones A.P.S 2017</i>	165
8.7.1.1	<i>Cuadro.- Dimensiones de Evaluación de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017</i>	166
8.7.1.2	<i>Cuadro: Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017</i>	166
8.7.1.3	<i>Gráfico.-</i>	167

8.7.1.4	Gráfico.-	167
8.7.1.5	Gráfico.-	168
8.7.2	Comité Comunal Bipartito de Capacitación	169
8.7.3	Funciones de la Unidad de Gestión y Desarrollo de Personas:	169
8.7.4	Rol de la Dirección de los Establecimientos en el proceso de Capacitación:	170
8.7.5	Rol del funcionario de la Atención Primaria de Salud Municipal:	170
8.8	PROYECCIÓN PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN A.P.S 2018.	171
8.8.1	Marco Legal Ley N° 19.378 y Decreto N° 1.889: Párrafo 6°	171
8.8.1.1	Cuadro: Resumen General de Presupuesto 2018 Actividades de Capacitación Personal de Atención Primaria de Salud.	173
9	REDUCCIÓN DE BRECHAS SANITARIAS	174
9.1	INFRAESTRUCTURA	174
9.2	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA PMI 2017	175
9.3	MODIFICACIONES FARMACIA COMUNAL	175
9.4	BRECHA REAL DE FINANCIAMIENTO SAPU	177
9.5	BRECHA EN INFRAESTRUCTURA:	177
9.6	BRECHA EN MANTENCIÓN DE EQUIPOS.	178
9.7	BRECHA EN MANTENCIÓN MOVILIZACIÓN.	178
10.	LEVANTAMIENTO DE INICIATIVAS DE INVERSIÓN	179
11	FINANCIAMIENTO DEPARTAMENTO DE SALUD	180
11.1	CONVENIOS	180
11.2	FINANCIAMIENTO DE SAPU 2017	181
11.3	RESUMEN FINANCIAMIENTO	182
12	GASTOS DE OPERACIÓN	183
12.1	RESUMEN ANUAL	183
	ANEXO N° 1: ORGANIGRAMA CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA	184
	ANEXO N° 2: ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD	185
	ANEXO 3.	186
	ANEXO 4.	190
	GLOSARIO	191
	COORDINACIÓN Y EDICIÓN.	195

PRESENTACIÓN

Los Objetivos Sanitarios para la década 2010 – 2020 así como las Políticas y Estrategias Prioritarias propuestas por el Ministerio de Salud (MINSAL), constituyen el lineamiento técnico fundamental para la formulación de los instrumentos de planificación de todo Departamento de Salud del país.

En ese marco, presentamos el Plan de Salud 2018 de la Comuna de La Serena, el cual comprende las actividades proyectadas por el Departamento de Salud y sus equipos locales, de acuerdo a las estrategias de salud nacional y en cumplimiento de las normas y programas impartidos por el Ministerio de Salud.

Asimismo, en cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de la Ley 19.378 “Estatuto de Atención Primaria de Salud”, cada año este Departamento presenta al Concejo Municipal el Plan de Salud 2018 para su aprobación.

Tras la aprobación del presente, a la luz del Art. 65 letra a) de la Ley Orgánica Constitucional 18.695, éste será remitido al Servicio de Salud Coquimbo antes del 30 de noviembre de 2017.



1. INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, comprende 8 ejes o áreas que constituyen la carta de navegación de todo departamento de salud y, por supuesto, del Departamento de Salud de la comuna de La Serena. De esta manera, la consecución de los objetivos nacionales de salud, se traduce operativamente en lo que cada equipo de salud local interviene, a la luz de un enfoque participativo y territorial.

Es en ese marco, que cada Municipio, al ser el garante del acceso a la primera puerta a la salud pública de nuestros usuarios, debe formular un Plan de Salud Comunal, que integre tanto al visión de la comunidad como la proyección técnica de su equipo. Asimismo, éste debe ser parte fundamental del Plan de Desarrollo Comunal de este ente administrador a la luz de la Ley 18.095.

Por consiguiente, lo que a continuación presentamos es el Plan de Salud 2018 de la Comuna de La Serena, el cual, además de estar en sintonía con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud según lo establecido en la Ley 19.378, integra aspectos del contexto local no sólo desde una mirada epidemiológica, sino también desde una mirada que incorpora la percepción de nuestros usuarios al comprenderlos como integrantes activos de la implementación de la política pública de salud. Es así como este Plan tiene sintonía con lo levantado por cada equipo en sus Diagnósticos Participativos Territoriales, los cuales son parte fundamental de este documento.

El presente, por cierto, intenta exponer lo que en cada área de desarrollo del Departamento de Salud de La Serena realizamos en conjunto a los equipos locales liderados por sus directores y encargados, exponiendo lo anterior desde un encuadre de “ciclo vital” de nuestros programas, integrando además en este análisis a Convenios, Programas Transversales y áreas de impacto como lo son la Gestión de Personas, el Plan Anual de Capacitación, Infraestructura, Relación Docente Asistencial, Proyectos, Desafíos, entre otros.

De esta manera, presentamos nuestra propuesta técnica de proyección al 2018, integrando aspectos de la ejecución a Diciembre 2016 como marco referencial de cumplimiento de nuestros indicadores y metas.

2. 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***

3. 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”.

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



Fuente: Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y Comunitario. MINSAL año 2013.

- **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, 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. Incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. 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:** 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. RED DE ESTABLECIMIENTOS ATENCION PRIMARIA 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)
- **4 CECOSF** (Villa Lambert, Villa El Indio, Villa Alemania, Arcos de Pinamar)
- **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)
- **3 Centros de Rehabilitación Comunal** (en CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser Acuña, CESFAM Pedro Aguirre Cerda y CESFAM 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 entendiendo 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.

5. MARCO JURIDICO RED APS

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. ANÁLISIS DEL ENTORNO

6.1 ANTECEDENTES FÍSICOS DEL TERRITORIO COMUNAL.

La comuna de La Serena junto con las comunas de La Higuera, Vicuña, Paihuano, Andacollo y Coquimbo conforman la provincia del Elqui, la cual junto con las provincias de Limarí y Choapa forman la Cuarta Región de Coquimbo.

La ciudad de La Serena, capital de la región, es una de las más antiguas del país, fundada en 1544 por Don Juan Bohon y refundada cinco años después por Francisco de Aguirre. A partir de entonces, ha mantenido un estilo propio con un aspecto de ciudad colonial, carácter que fue revitalizado por el “Plan Serena”, impulsado por el Señor Presidente don Gabriel González Videla, en la década de los años 50.

La Serena se encuentra ubicada a 470 Km. al norte de Santiago y sus límites son los siguientes:

- Al Norte con la comuna de La Higuera, mediante una línea de cumbres que limita por el sur con la hoya de la Quebrada Juan Soldado.
- Al Este, con la Quebrada Los Choros desde el cerro La Laja hasta la línea de cumbres que limita por el norte con la hoya de la Quebrada La Marquesa (sector La Serena – Vicuña).
- Al Sur, con la línea de cumbres que limita al Sur la hoya del río Elqui desde el Cerro Chaguar hasta el Portezuelo de Huachalalume, Quebrada de Peñuelas, desde el sector de Huachalalume hasta el costado norte del camino de Tierras Blancas a Peñuelas.
- Al Oeste, el Océano Pacífico desde la localidad de Peñuelas hasta la desembocadura de la Quebrada Juan Soldado.

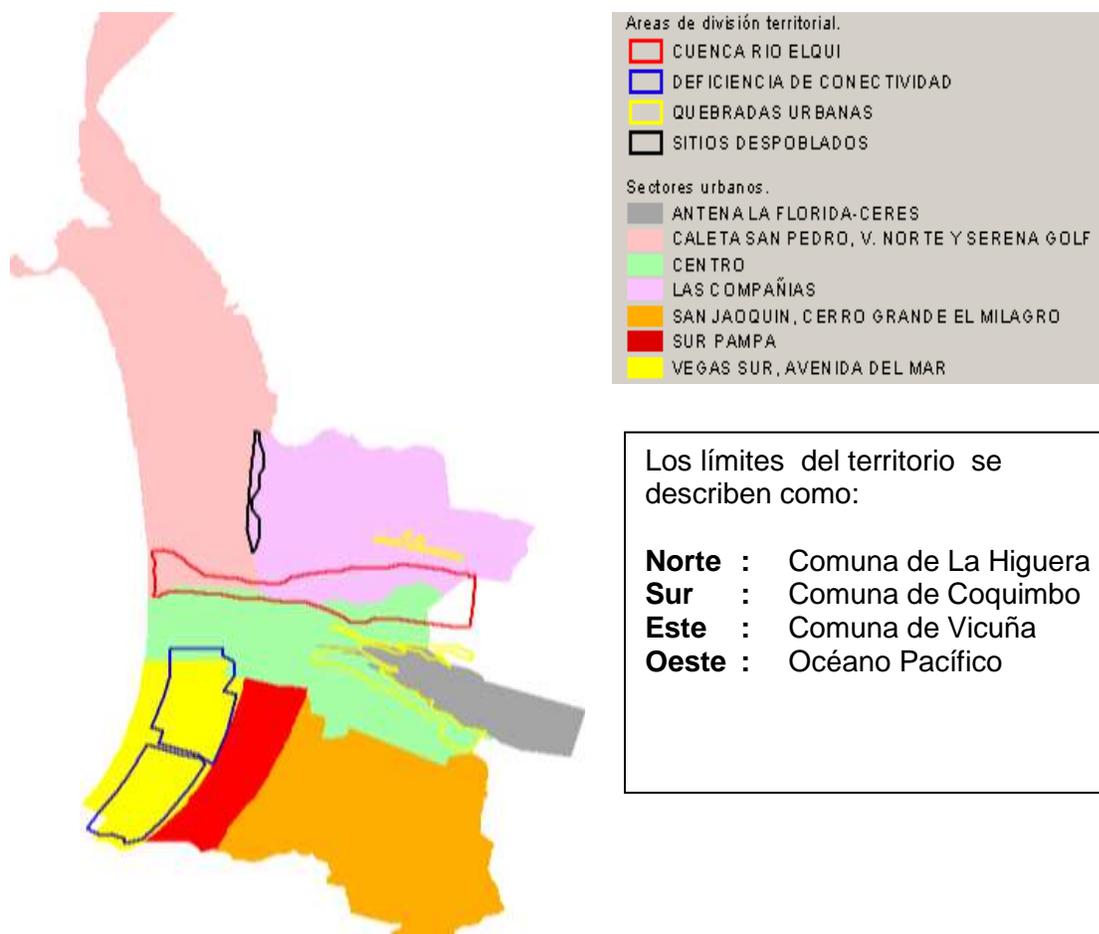
En la comuna de La Serena existen las siguientes unidades geográfico-físicas: La Montaña Media, Los Valles transversales, con el Valle de Elqui y sus terrazas fluviales y las Planicies Litorales con las cinco terrazas marinas donde se localiza la ciudad capital propiamente tal.

El clima predominante en la comuna de La Serena corresponde al conocido como de Estepa con nubosidad abundante, cuya característica más importante es la presencia de nubosidad nocturna y matinal originada por la incidencia de aire subtropical y el mar frío adyacente, que provee la humedad. El agua caída en un año normal es de 78,5 mm. y la humedad relativa media anual alcanza a un 80%.

El régimen térmico está moderado por la influencia oceánica y la alta nubosidad reinante, siendo por lo tanto una zona templada, con temperaturas medias anuales de 13,7° C.

6.2 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

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

6.3 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS DE LA COMUNA

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, esta transición tiene su origen en la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad acontecidos en la segunda mitad del siglo XX. A raíz de esto se presentan situaciones como el envejecimiento de la población y la disminución en la proporción de población económicamente activa. El INE ha proyectado para el año 2050 que la población de 60 años y más se aproximará al 30% del total.

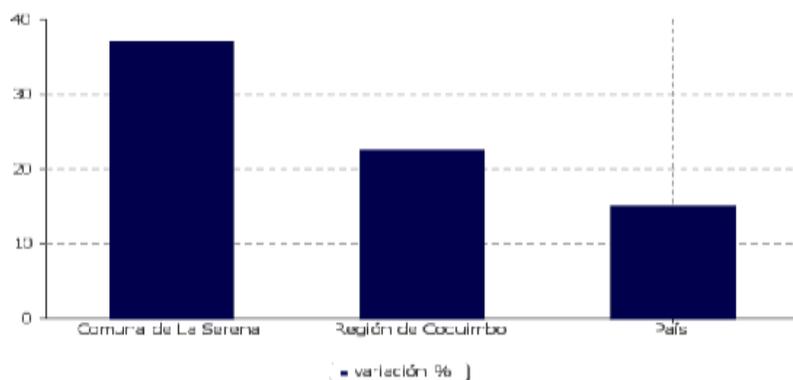
Las Informaciones Estadísticas son consideradas sólo con datos Censo 2002 y proyecciones para 2012 o más, esto debido a la situación de entredicho que se encuentra Censo 2012.

Población total 2002 y proyección 2012 INE

Territorio	Año 2002	Proyección 2012	Variación (%)
Comuna de La Serena	75.823	82.973	37,1
Región de Coquimbo	603.210	739.153	22,5
País	15.116.435	17.402.630	15,1

Fuente: Censo 2002 y proyección 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La Serena, Región de Coquimbo, País: Variación de población 2002-Proyección 2012



Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2002 y proyección 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

6.4 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA COMUNA DE LA SERENA

Indicador	Región de Coquimbo	Comuna de La Serena	Fuente y año actualización
Tasa de natalidad (por 1000 hab)	15,2	15,5	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa de mortalidad general (por 1000 hab)	5,4	5,5	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NV)	7,3	7,5	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa de mortalidad 1 – 4 años (por 1000 hab)	0,31	0,4	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Mortalidad por enf. del sist. circulatorio año 2014 (tasa por 100.000 hab)	145,8	142,0	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Mortalidad por tumores malignos año 2014 (tasa por 100.000 hab)	146,1	139,7	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Mortalidad por enf. del sist. respiratorio año 2014 (tasa por 100.000 hab)	47,8	52,2	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa de fecundidad año 2014 (por 1000 mujeres en edad fértil)	2,0	2,0	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 NV)	17,3	30,3	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Tasa VIH (por 100.000 hab)	16,1	14,4	Sin actualización
Atención profesional del parto	99,62%	99,61%	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Egresos hospitalarios por enf. Del sist. Circulatorio (%)	7,6	8,6	Sin actualización
Egresos hospitalarios por enf. Del sist. Respiratorio (%)	9,7	9,6	Sin actualización
Nacidos vivos con peso menor a 2000 grs (%)	2,2%	2,7%	Estadísticas Vitales DEIS, 2014
Proporción de embarazadas adolescentes en control (%)	15,4%	13,5%	REM DEIS, 2015
Tasa de hepatitis A (por 100.000 hab)	1,2	0,9	Sin actualización
Tasa de hepatitis B (por 100.000 hab)	4,5	5,3	Sin actualización
Tasa de hepatitis C (por 100.000 hab)	2,3	2,7	Sin actualización
Tasa de fiebre tifoidea (por 100.000 hab)	0,1	0,0	Sin actualización
Tasa de gonorrea (por 100.000 hab)	12,5	9,4	Sin actualización
Tasa de sífilis (por 100.000 hab)	20	15,1	Sin actualización
Tasa de tuberculosis (por 100.000 hab)	10,1	14,7	Sin actualización
Tasa de chagas (por 100.000 hab)	17,6	12,9	Sin actualización
Tasa de hidatidosis (por 100.000 hab)	1,3	0	Sin actualización
% desnutrición niños menores de 9 años	0,21%	0,15%	REM DEIS, 2015
Malnutrición por exceso- sobrepeso niños menores de 9 años	22,7%	22,1%	REM DEIS, 2015
Malnutrición por exceso- obesidad niños menores de 9 años	12,0%	11,1%	REM DEIS, 2015
Proporción de niños con LME a los 6 meses	53,6%	57,8%	REM DEIS, 2015
Ingreso embarazo menores 14 semanas (%)	84,3%	89,3%	REM DEIS, 2015
Cobertura PAP vigente	55	42	Sin actualización
Consultas morbilidad médico año 2015	315.290	56.629	REM DEIS, 2015
Consultas médicas año 2015	283.301	56.629	Sin actualización

Fuente: Elaborado por SEREMI de Salud Región Coquimbo 2017

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA COMUNA DE LA SERENA

Indicador	Región de Coquimbo	Comuna de La Serena	Fuente y año actualización
Atención de urgencia médico SAPU año 2015	332.749	140.514	REM DEIS, 2015
Cobertura Hipertensión arterial % (diciembre 2015)		85,6	Sin actualización
Efectividad hipertensión (% población bajo control compensada) diciembre 2015	63,4%	61,9%	REM DEIS, 2015
Control de DIADA antes de los 10 días	70	73	Sin actualización
% Ecografías antes de las 20 semanas	51,0	64,4	Sin actualización
% de mujeres en regulación de control de fecundidad	43	32	Sin actualización
Cobertura Diabetes Mellitus arterial % diciembre 2015		89,04	Sin actualización
Efectividad diabetes (% población bajo control compensada) diciembre 2015	46,6%	41,7%	REM DEIS, 2015
Salud Oral 60 años Agosto 2014		69,1	Sin actualización
Salud oral 6 años Agosto 2014		88,1	Sin actualización
Salud oral embarazada Agosto 2014		66,4	Sin actualización
Total atención urgencia odontológica Agosto 2014		20.212	Sin actualización
Prevención salud bucal población preescolar APS (%) Agosto 2014		14,0	Sin actualización
Prevención salud bucal población preescolar APS entrega set higiene (%) Agosto 2014		14,0	Sin actualización
Prevención salud bucal población preescolar APS aplicación flúor barniz (%) Agosto 2014		28,0	Sin actualización
Apoyo odontológico en Cecosf Agosto 2014		94,6	Sin actualización
Atenciones Clínica Móvil Agosto 2014		3915,0	Sin actualización
Atención odontológica integral para MHER Agosto 2014		74,75	Sin actualización
Auditorías clínicas atención odontológica MHER Agosto 2014		50,0	Sin actualización
Prótesis dentales Agosto 2014		45	Sin actualización
Endodoncia Agosto 2014		50,0	Sin actualización
Índice de actividad Gestión de reclamos (%) Diciembre 2015	98,7	101,7	Sin actualización
* Mujeres mayores de 15 años víctimas VIF en tratamiento (% del total de ingresos al programa de salud mental) Diciembre 2015	3,9%	3,2%	REM DEIS, 2015
* Niños y adolescentes en tratamiento por maltrato infantil (% del total de ingresos al programa de salud mental) Diciembre 2015	1,4%	1,3%	REM DEIS, 2015
* Niños y adolescentes con trastornos hiperactivos y de atención (%) Diciembre 2015	4,1%	6,3%	REM DEIS, 2015
* Niños y adolescentes en tratamiento por trastornos emocionales o conductuales (%) Diciembre 2015	16,6%	12,5%	REM DEIS, 2015
Consultas tecnólogo médico en UAPO Diciembre 2015		3.549	Sin actualización
Consulta oftalmólogo en UAPO Diciembre 2015	3.392	1.146	REM DEIS, 2015
Consulta otorrinolaringólogo Diciembre 2015	11.242	7.612	REM DEIS, 2015
Audífonos entregados a Diciembre 2015	364	69	REM DEIS, 2015
Cirugías menores realizadas a Diciembre 2015		582	Sin actualización

Fuente: Elaborado por SEREMI de Salud Región Coquimbo 2017

6.5 DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS EN LA RED DE APS LA SERENA.

En los últimos años, la salud de la población chilena ha experimentado una serie de cambios que han provocado que sea indispensable un enfoque más integral y participativo por parte de los profesionales de la salud, al momento de tratar de resolver los problemas de la comunidad.

Para cumplir con estos desafíos en salud, ha sido necesario complementar las prácticas médicas del modelo con otras que tengan una mirada sistémica y multidimensional de los problemas de la salud, centrándose no sólo en la curación de las enfermedades. Esto se ha conseguido gracias al nuevo Modelo de Atención Integral, donde la atención primaria en salud (APS) adquiere un rol protagónico como principal responsable de la atención de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación a la prevención y promoción.

En este marco, es que los *Diagnósticos de Salud Participativos*, son una herramienta clave en los procesos de planificación de los equipos de salud. Con esta herramienta, se busca identificar situaciones que representen problemas para la comunidad, generando además un cruce con los datos de situación de salud de la población, y con ello generar planes de disminución de brechas. El que sea participativo es fundamental en la gestión e implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el cual se funda la acción de la Red de Atención Primaria. A la luz de ello, la comunidad participa activamente entregando su opinión, brindando una visión cercana de la realidad de su territorio y priorizando las necesidades para generar un plan con acciones que logren mejorar la situación de salud, desde un enfoque que involucre un análisis de los determinantes sociales.

En el caso de la comuna de La Serena, cada Centro de Salud Familiar, Centro Comunitario de Salud Familiar y Equipo Médico Rural, realiza su propio diagnóstico local de manera participativa, a partir de lo cual construyen su carta de navegación, avances del cual van evaluando comunitariamente.

Respecto de la frecuencia de actualización de los diagnósticos, se estableció desde el Servicio de Salud, que para este año 2017 serán válidos los diagnósticos territoriales realizados con posterioridad a Junio del año 2015, por lo que en algunos casos, el levantamiento será el mismo presentado en el Plan de Salud del año 2015 y 2016.

A continuación se presentarán los principales resultados obtenidos del levantamiento de información realizado por cada Equipo de Salud.

6.5.1 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Cardenal José María Caro.

Junio 2016

En el caso de este Cefsam del territorio sur de La Serena, el diagnóstico se elaboró con apoyo de alumnos de la Universidad Católica del Norte (UCN), levantando información de diversos actores sociales, integrando a representantes de la Primera Comisaría de La Serena, establecimientos educacionales y organizaciones de adultos mayores. En el caso del trabajo realizado con Adultos Mayores, la información se agrupó en 5 áreas: los concernientes a problemas medioambientales, a problemas de seguridad, a Tránsito, a Problemas con Adultos Mayores, y los concernientes al CESFAM propiamente tal.

Importante es destacar que tras el levantamiento realizado, el equipo local del centro de salud, elaboró un **Plan de Trabajo con la comunidad**, de modo de ir abordando de manera progresiva las articulaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades detectadas.

De esta manera, el levantamiento diagnóstico arrojó las siguientes necesidades:

Problemas	Grupo Guallís	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 “CESFAM”, fue la temática “*información limitada*” y “*entrega de horas muy temprano*”, las que más se repitieron en los grupos. Respecto al área “SEGURIDAD”, fue el “consumo de drogas y alcohol” el más relevado, mientras que en el área de “MEDIO AMBIENTE”, fueron “perros vagos”.

Problema	Magnitud	Vulnerabilidad	Trascendencia.	Recursos	Total
Delincuencia	5	5	4	5	19
Drogas y Alcohol	7	7	7	7	28
Tránsito	6	6,5	5	2	19,5

Fuente: Elaboración propia Alumnos UCN

Problema	Magnitud	Vulnerabilidad	Trascendencia	Recursos	Total
Perros Vagos	5,5	5,5	7	5	23
Contaminación acústica	6	6	7	1	20
Basura	5,5	4,5	6	6	22

Fuente: Elaboración propia Equipo Alumnos UCN

Respecto del trabajo con establecimientos educacionales, el resultado fue el siguiente:

PREGUNTAS	CONCLUSIONES 1	CONCLUSIONES 2
¿Cuáles creen que son los principales problemas de esta comunidad?	Fácil acceso a alcohol y marihuana	Obesidad y estrés
¿Alguno de estos problemas afecta directamente tu salud?	Si, el alcohol es un tema muy presente dentro de la comunidad	Si, la obesidad y los malos hábitos alimenticios son un tema muy controversial y actual
¿Alguno de los problemas afecta de forma indirecta su calidad de vida?	Si, ya que el consumo de alcohol y drogas afecta directamente el rendimiento escolar y lleva a tomar comportamientos riesgosos para la salud	Si, ya que la obesidad incita al bullying entre compañeros, estrés o problemas graves de salud al afectado
¿Han recibido alguna intervención de salud por parte del CESFAM Cardenal José María Caro?	Si, sobre sexualidad, pero sólo en los niveles mayores	Si, sobre sexualidad
¿Estas intervenciones le han servido para fortalecer su salud?	Si	Si

Fuente: Elaboración propia Alumnos UCN

6.5.2 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Dr. Schaffhauser Acuña.

Marzo 2017

En el caso del levantamiento del CESFAM Céntrico de nuestra comuna, éste se realizó en una jornada donde participaron tanto funcionarios del centro como grupos comunitarios y del intersector, siendo liderado por su propia Directora y Equipos de Cabecera. Específicamente, participaron 94 actores sociales, representantes de Juntas de Vecinos, Colegios, Hogares de Menores, Instituciones Públicas, Iglesias, Centro Semi Cerrado, Organizaciones Religiosas, Universidades, participantes de Grupos de Autocuidado del centro de salud, entre otros.

En el caso de la metodología utilizada para el diagnóstico de este Cesfam, se destaca el criterio geográfico - territorial, de modo que cada *equipo de sector* estableció una instancia de identificación de sus actores sociales, sus necesidades y sus recursos favoreciendo la intervención con enfoque de salud familiar y comunitario.

Posterior al levantamiento, los resultados del diagnóstico fueron presentados a la comunidad y en conjunto se elaboró un **plan de trabajo coherente con la Meta Sanitaria N° 7 referida al Plan de Participación Social**. De esta manera, se aseguró el seguimiento mensual que el Comité de Participación y el Consejo Consultivo de Salud realiza de las acciones, apuntando a la disminución de las brechas detectadas.

Respecto de la metodología utilizada, los problemas detectados en cada grupo asociado a los sectores territoriales del Cesfam, fue trabajada a la luz de la siguiente matriz de priorización:

PROBLEMA DE SALUD (Ejemplo: Contaminación Medio ambiental, adicciones, etc.)	Importancia del Problema para la Comunidad	Capacidad de la Comunidad para resolver este problema	Compromiso de la Comunidad para solucionar este problema	Capacidad del equipo de salud para resolver el problema	Afecta el problema a la salud de la población	Puntaje Total
---	--	---	--	---	---	---------------

Los resultados obtenidos en este diagnóstico participativo son los siguientes:

MESA TERRITORIAL DE SECTOR VERDE

PROBLEMAS	PUNTAJE ASIGNADO
Mal nutrición por excesos en población escolar (Coladome, Otusvacábillos)	23
Acceso a salud de usuarios y funcionarios de Hogares de menores	23
Urgencias dentales escolares , CLINICA DENTAL	23
Sexualidad en Colegios	22
Tiempos de espera de Interconsultas y administración de medicamentos de escolares	21

Fuente: Elaboración propia Equipo Cesfam Schaffhauser

MESA TERRITORIAL DE SECTOR AZUL

Dificultad de Acceso a la salud de Caleta san pedro y Alfalfares	25
Acceso a la salud de población de Almagro y Rengifo	25
Acceso de niños a atención secundaria (Neurólogos)	22
Problemas de salud de adultos mayores sin redes de apoyo familiar y social	19

Fuente: Elaboración propia Equipo Cesfam Schaffhauser

MESA TERRITORIAL DE SECTOR GRANATE

MAL NUTRICIÓN POR EXCESO	16
SEXUALIDAD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES	16
TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES	16

Fuente: Elaboración propia Equipo Cesfam Schaffhauser

MESA DE GRUPOS AUTOCUIDADOS DEL CESFAM

Canales de información internos -	19
Acceso a la atención (Traslados, cupos)	18
Perros vagos en la calle.	17
Salud de los cuidadores de pacientes	17
Canales de información internos	19
Acceso a la atención (Traslados, cupos)	18
Perros vagos en la calle.	17
Salud de los cuidadores de pacientes	17

Fuente: Elaboración propia Equipo Cesfam Schaffhauser

Mesa Territorial Sector AZUL



Mesa de Grupo de Autocuidado del Cesfam



Mesa Territorial Sector Verde



Mesa Sectorial constituida por Instituciones del sector Centro de la Ciudad :



Mesa Territorial de sector Granate



6.5.3 Síntesis Diagnóstico Comunitario: CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Marzo 2017

Para el caso de este Cefsam del sector de Las Compañías, el equipo del Centro realizó una investigación de la situación de salud existente en la población con el fin de identificar los problemas más sentidos por su comunidad, planificando luego una estrategia de intervención.

Metodológicamente, se conformaron tres grupos de trabajo dirigidos por los Trabajadores Sociales del Cefsam y del Cecosf Villa Lambert. El levantamiento realizado, arrojó las siguientes problemáticas:

- Atención NO preferencial al adulto mayor.
- Micro basurales.
- Embarazo adolescente.
- Malnutrición por exceso.
- Abuso de menores.
- Acceso limitado a especialidades de salud.
- Aumento de la drogadicción.
- Cese de las atenciones por el paro de la salud.
- Violencia entre los jóvenes.
- Contaminación por basuras.
- Insuficientes horas médicas.
- Tenencia irresponsable de mascotas.
- Problemas dentales.
- Problemas psicológicos.
- Drogadicción.
- Acceso a SAPU.

Posterior a este levantamiento, cada integrante ordenó los problemas de acuerdo a la matriz de priorización de problemas expuesta a continuación:

PROBLEMA DE SALUD (Ejemplo: Contaminación Medio ambiental, adicciones, etc.)	Importancia del Problema para la Comunidad	Capacidad de la Comunidad para resolver este problema	Compromiso de la Comunidad para solucionar este problema	Capacidad del equipo de salud para resolver el problema	Afecta el problema a la salud de la población	Puntaje Total
--	--	---	--	---	---	---------------

Posteriormente, cada encargado de grupo entregó un consolidado con los principales problemas priorizados por éstos, arrojando la siguiente radiografía local:

Grupo amarillo:

PROBLEMA DETECTADO	PROMEDIO
Atención no preferencial al adulto mayor	3
Microbasurales	3,5
Embarazo adolescente	5
Mal nutrición por exceso	5
Abuso de menores	5

Grupo azul:

PROBLEMA DETECTADO	PROMEDIO
Acceso limitado a especialidades de salud	3
Aumento de la drogadicción	5
Cese de atenciones por el paro de salud	3
Violencia entre jóvenes	3.5
Contaminación por basuras	3.6
Falta de horas médicas	3.5

Grupo rojo:

PROBLEMA DETECTADO	PROMEDIO
Tenencia irresponsable de mascotas	3
Embarazo adolescente	4
Problemas dentales	3
Mal nutrición por exceso	5
Problemas psicológicos	3.5
Drogadicción	5
Acceso a SAPU	3.5

En síntesis, al desarrollar la asamblea entre los 3 grupos, se pudo establecer que los principales problemas que éstos visualizan son los siguientes:

- En casi todos los grupos se observa que el problema más grave que observa la población es la **malnutrición por exceso** de la población en general, pero en especial en los más pequeños.

- Otro problema latente que observa la comunidad es el **consumo de sustancias** en especial el aumento que observan durante los últimos años en sus sectores.
- También llama mucho la atención el **aumento en los embarazos adolescentes**, situación que en casi la totalidad de los grupos es descrito como un problema complejo.
- Se observa como necesidad, el poder contar con un **sistema de educación audiovisual dentro del Cesfam**, de modo de potenciar una estrategia de educación de la población en hábitos de alimentación saludable, entre otras campañas.



Diagnóstico Cesfam Cardenal Raul Silva Henríquez

Finalmente, el equipo de salud del Cesfam Cardenal Raul Silva Henríquez, elaboró un **Plan de Trabajo con la comunidad**, de modo de ir abordando cada problema expuesto en el diagnóstico participativo,

6.5.4 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Las Compañías.

Julio 2015

En el caso del Cesfam Las Compañías, el diagnóstico se realizó en el segundo semestre del año 2015.

Al igual que en los otros diagnósticos de la comuna, contempló una etapa de análisis de información primario y secundario, incorporando información cuantitativa y cualitativa para su análisis. Respecto de los participantes del nivel comunitario, éstos fueron:

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES	Nº PARTICIPANTES
• TALLER LABORAL "EL ESFUERZO"	14
• GRUPO ADULTO MAYOR "VIVA LA VIDA"	19
• GIMNASIA PROGRAMA CARDIOVASCULAR "NUEVA"	10
• JUNTA DE VECINOS "ARCOS DE PINAMAR"	15
• AUTO AYUDA PROGRAMA SALUD MENTAL "ANSIADAD"	09
• BAILE RECREATIVO ZUMBA	09
• CONSEJO CONSULTIVO DESALUD	06
Nº TOTAL DE PARTICIPANTES:	82

En términos metodológicos, posterior al levantamiento de necesidades en salud manifestadas por los participantes, se priorizaron las más significativas, a partir de un proceso de jerarquización realizado por los mismos, donde con nota "siete" se expresaba la necesidad de primera prioridad y con nota "uno" la de menor prioridad. Posterior a ello, el resultado fue difundido entre las organizaciones participantes con quienes se realizó la planificación del **Plan de Mejora del Centro de Salud**.

Las áreas relevadas en el **trabajo de priorización**, etapa posterior al levantamiento de información, fueron:

TRATO		
	1° Jerarquización	2° Jerarquización
TRATO DEFICIENTE DE FUNCIONARIOS HACIA EL ADULTO MAYOR	6	6
DEFICIENTE PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN	7	3
FALTA DE FISCALIZACIÓN A FUNCIONARIOS DENTRO DE LA JORNADA LABORAL	7	4
DEFICIENTE ATENCIÓN EN FARMACIA (FUNCIONARIOS HACEN OTRAS COSAS PERSONALES)	7	7
PERCEPCIÓN DE "MEDICINA FRÍA", (ANTES ERA MÁS HUMANA)	7	3
TRATO DEFICIENTE DE ALGUNOS FUNCIONARIOS	6	0
AUSENCIA DE PERSONAL QUE MONITOREE EL TRATO QUE LE DAN LOS FUNCIONARIOS A LOS PACIENTES	3	0
DEFICIENTE EMPATÍA Y AMABILIDAD EN LA ATENCIÓN DE PÚBLICO	7	0
DEFICIENTE SOLIDARIDAD CON EL ADULTO MAYOR	6	0
DEFICIENTE ATENCIÓN EN BOX 38 Y EN SOME	7	7
SE DEBE RESPETAR TIEMPOS DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	6	0
SE DEBE MEJORAR MODO DE ATENCIÓN (MAS CORDIAL Y ATENTO)	7	5
SE DEBE MEJORAR ATENCIÓN DE LOS AUXILIARES EN EL TRATO CON EL USUARIO	7	2
DEFICIENTE MANEJO DE INFORMACIÓN (POCO CLARO)	5	0

Trato Usuario: 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 la atención del auxiliar hacia el usuario” jerarquizada en primera instancia con nota 7 y en segunda jerarquización con nota 2. Finalmente, el “respeto del tiempo de duración en box de la atención del paciente”, después de la discusión grupal para jerarquizar las necesidades de nota 6, obtuvo nota 0.

MÉDICOS		
	1° Jerarquización	2° Jerarquización
AUSENCIA DE ESPECIALIDAD EN LOS MÉDICOS	7	7
DEFICIENTE N° DE MÉDICOS EXTRANJEROS (ES MEJOR ATENCIÓN)	7	7
DEFICIENTE N° DE HORAS DE MÉDICOS	7	7
DIFICULTAD DE PERSONAS JÓVENES PARA OBTENER HORA A MÉDICO	6	6
MÉDICO DE CABECERA DEBERÍA SER SIEMPRE EL MISMO	7	7
DEFICIENTE N° DE MÉDICOS	7	7
QUE SE ENCUENTRE EL MÉDICO CUANDO SE ESTÁ CITADO/A (CONFIRMAR HORA POR TELÉFONO)	5	5
FALTA DE RECURSO MEDICO EN SAPU	6	0
DEFICIENTES NÚMEROS PARA DENTISTA	5	0

Médicos: 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 “falta de horas de médico” y “más médicos extranjeros es mejor atención”, esta expresión podría relacionarse con una apertura hacia médicos extranjeros y que si bien para algunos pacientes se percibía con resistencia su presencia, después de la experiencia de ser atendido por un profesional extranjero se han considerado un aporte a la APS. Es generalizada la necesidad de contar con más médicos en SAPU, sin embargo a la hora de jerarquizar las necesidades expresadas, esta fue calificada con nota 6 y luego 0, 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, volver al día siguiente o ir al SAPU.

FARMACIA		
	1° Jerarquización	2° Jerarquización
AGILIZAR LA ENTREGA DE REMEDIOS	6	6
FARMACIA SE DEMORA MUCHO EN ENTREGAR FÁRMACOS (SE ESPERA DESDE LAS 10 HASTA LAS 14)	6	5
FALTA MONITOREAR LA ENTREGA DE REMEDIOS ANTE LA POSIBILIDAD DE QUE NO CORRESPONDA (RIESGO PERSONAS QUE NO SABEN LEER)	7	7
DEMORA EN FARMACIA (HASTA 2 HRS.)	7	4
FALTA DE INFORMACIÓN EN FARMACIA SOBRE HORARIO DE ENTREGA MEDICAMENTOS	5	0
MONITOREAR LA ENTREGA PERTINENTE DE MEDICAMENTOS	7	7
LARGA ESPERA EN FARMACIA	5	0
MONITOREAR EL CAMBIO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA	7	7

Farmacia: La entrega pertinente de medicamentos mantiene una jerarquización con nota 7, siendo la principal preocupación detectada. Según los usuarios, son los adultos mayores, los pacientes con problemas de visión, con comprensión lectora y/o usuarios no alfabetizados el grupo que podría estar en riesgo al no poder 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.

TROS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS		
	1° Jerarquización	2° Jerarquización
HORARIO DE ENTREGA DE ATENCIÓN	7	5
URGENCIA LENTA SAPU	2	2
DEMORA INTERCONSULTAS	5	5
SI NO HAY HORAS QUE DEN EXPLICACIONES	7	2
CAMBIO DE HORAS DE MÉDICO	6	2
LENTA INTERCONSULTA (HACE 6 MESES NO LA HAN CITADO A HACER ESPIROMETRÍA)	5	1

Plan Comunal de Salud 2018

FALTA INFORMACIÓN DEL CESFAM A LA COMUNIDAD HORARIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS A CRÓNICOS)	5	5
POCA FLEXIBILIDAD EN LA TOMA DE HORAS	6	1
PREFERENCIA PARA EL ADULTO MAYOR	7	2
NO MÁS FILAS PARA EL ADULTO MAYOR	7	6
MAYOR TIEMPO PARA EXAMINAR PACIENTES	7	4
PROGRAMA DISMOVILIZADO NO RESPETA EL CALENDARIO DE AT. EN DOMICILIO	7	7
PIERDEN HORA MEDICA	6	3
CUANDO EL MEDICO NO LLEGA DEBERÍAN AVISAR POR TELÉFONO	6	0
CAMBIAN LA HORA Y NO SE AVISA, SE PIERDE LA RECETA DE SALUD MENTAL	6	0
FALTA DE MEDICAMENTOS	7	7
NO ENTREGAN MEDICAMENTO CUANDO UNO OLVIDA LA FECHA DE RETIRO	5	0
HACER LÍNEA TELEFÓNICA PARA LA TERCERA EDAD	5	0
QUE LOS FUNCIONARIOS ENTREGUEN LA HORA CON EL NOMBRE CORRECTO	6	0

Procedimientos Administrativos: Se destacan dos jerarquizadas con nota siete. La primera se refiere a la “falta de 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 asociados a la organización del usuario, refiriendo a que en ocasiones se olvidan de la fecha de retiro de medicamentos, debiendo esperar hasta el siguiente control para retirarlos.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - HORARIO		
	1° Jerarquizac	2° Jerarquización
HORAS CRÓNICOS NO TAN TEMPRANO	7	6
HAY QUE ESTAR MUY TEMPRANO	6	7
LARGOS TIEMPOS DE ESPERA PARA PERSONAS CRÓNICAS	5	6
SACAR N° DE AT. MUY TEMPRANO	7	5
MÁS HORAS CON DENTISTA Y QUE SE ENTREGUEN EN EL HORARIO MÁS ACCESIBLE (NO TAN TEMPRANO)	7	7

EXTENDER EL HORARIO DE ENTREGA DE HORAS MÉDICAS	6	7
QUE SAPU FUNCIONE LAS 24 HRS.	7	4
VOLVER AL SISTEMA ANTIGUO PARA HRS DE CRÓNICOS Y EVITAR FILAS	7	7
QUE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL DEN LAS HORAS Y EVITAR TOMAR HR DESPUÉS Y PERDERLAS	6	0
QUE EXISTA UN SAPU DENTAL	7	3

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.

6.5.5 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Juan Pablo II.

Junio 2016

El levantamiento de información referido a este centro de salud del sector de Las Compañías, se realizó en el primer semestre del año 2016 con ayuda de alumnos de la Universidad Católica del Norte (UCN). Tal como en el resto de los centros, involucró recopilación de información primaria (encuestas y reuniones con la comunidad), información recopilada secundariamente y, finalmente un **Plan de Trabajo** elaborado de manera participativa. Respecto de los participantes, éstos fueron:

Grupo de Jóvenes de Colegios Las Compañías: Con apoyo de la Delegación Municipal de Las Compañías y personal del mismo CESFAM se organizó una instancia de participación con los jóvenes, en donde se aplicó un FODA grupal a 9 colegios del sector con la temática “Percepción de Salud en Chile, con alcances en el sector donde vives”.

Los alumnos participantes, pertenecían a los siguientes colegios:

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

Club de Adulto mayor “Atardecer del Portal”: Se aplicó un Árbol de Problemas a un grupo aproximado de 25 personas, con énfasis a los problemas de la comunidad, sus causas y posibles soluciones.

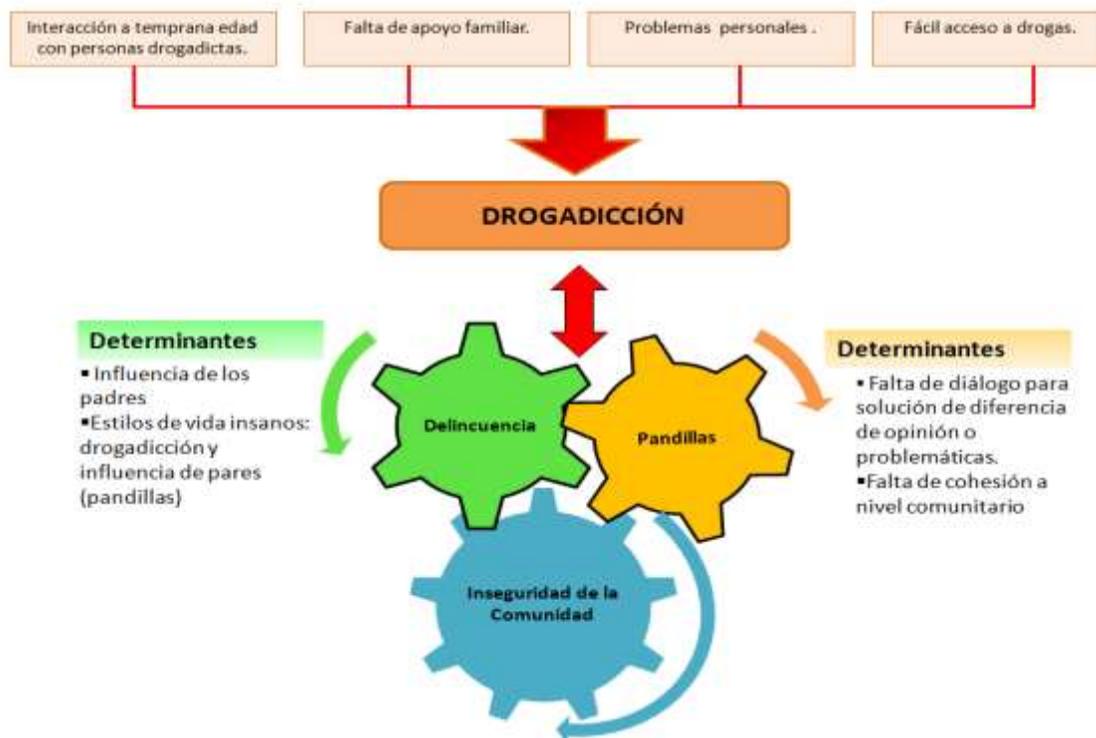
Colegio Carlos Condell de la Haza: Se realizó un Philips 6/6 a un grupo de alumnos desde 5to a 8vo entre 10 a 16 años, teniendo por temática central “Cómo vivo mi Salud y la de mi entorno”, enfatizando en las problemáticas, sus orígenes y soluciones.

Respecto de los resultados, en el trabajo con los colegios se obtuvo el siguiente análisis a la luz del FODA:

	<u>Fortalezas</u>	<u>Debilidades</u>
	Análisis Interno	Mayor Importancia(= ó>3 repeticiones)
✓ Buena atención por parte de los profesionales		✓ Demora en la atención de pacientes
Menor Importancia(< a 3 repeticiones)		
✓ Arquitectura moderna ✓ Recibimiento de atención oportuna ✓ Contar con los recursos adecuados por ejemplo Tecnologías		✓ Mal aseo sanitario ✓ Mala atención de ciertos funcionarios ✓ Falta de personal ✓ Falta de horas médicas
Análisis externo	<u>Oportunidades</u>	<u>Amenazas</u>
	Mayor Importancia(= ó>3 repeticiones)	
	✓ Poder solicitar charlas sobre sexualidad, drogadicción, alcoholismo, violencia intrafamiliar y apoyo psicológico	✓ Muchas botillerías cerca de los consultorios ✓ Pandillas
	Menor Importancia(< a 3 repeticiones)	
✓ Implementación del kiosco saludable ✓ Entrega de medicamentos sin costo	✓ Drogadicción ✓ Delincuencia ✓ Mucha Basura en todas las compañías	

Fuente: Elaboración propia. Información en base a 9 FODA realizados de manera grupal

Este FODA, dio paso al siguiente análisis de inter relación de factores, expresado en el siguiente esquema:



Compilado de fotos de aplicación de FODA a adolescentes y jóvenes representantes de 9 colegios del sector Las Compañías.

Respecto del trabajo realizado con alumnos del colegio Carlos Condell de la Haza, el siguiente cuadro resume las principales percepciones:

Grupo	Perspectiva de su comunidad	Problemas entre sus pares (jóvenes)	Problema priorizado	Posible Causa	Posible solución
1	(1)Drogadicción (2)Delincuencia (3)Muchas Botillerías Otro: Fiestas hasta muy tarde	(1)Drogadicción (2) Delincuencia (3)Pandillas Otro: Muy callejeros	Drogadicción	- Las personas buscan escapar del mundo real - Malas influencias de los padres - Falta de voluntad para dejar las drogas.	- Grupos de autoayuda - Educar a los padres - Campañas de antidrogas en los colegios
2	(1)Mucha Basura (2)Delincuencia (3)Drogadicción	(1)Drogadicción (2)Delincuencia (3)Pandillas	Drogadicción	- "Malas juntas" - Falta de apoyo "personal" - Fácil acceso a drogas.	- Apoyo familiar - Convencer a la persona que no siga consumiendo
3	(1)Delincuencia (2)Mucha basura	(1)Drogadicción	Drogadicción	- La gente vende drogas en todos lados	- Aconsejar y orientar al drogadicto
4	(1)Delincuencia (2)Pandillas (3)Drogadicción	(1)Drogadicción (2)Pandillas	Delincuencia	- Consumo de drogas - Presencia de pandillas - Falta de resguardo por carabineros.	- Evitar peleas en la comunidad
5	(1)Pandillas (2)Drogadicción (3)Delincuencia Otros: Rapto de niños	(1)Pandillas (2)Drogadicción (3)Delincuencia	Pandillas	- Falta de diálogo	- Las madres deben poner más atención sobre sus hijos - Grupos de ayuda - Cámaras de seguridad -Ayuda de los mayores.
6	(1)Pandillas (2)Drogadicción (3)Delincuencia	(1)Pandillas (2)Drogadicción (3)Delincuencia	Drogadicción	- Malas amistades - Problemas personales - Comercio a menores - Ambiente de convivencia perjudicial.	- Recibir ayuda de psicólogos y familia - Orientación - Medidas drásticas por las autoridades

Elaboración propia. En base a Phillips 66 con apoyo una guía de trabajo, en 6 grupos de alumnos de 5to a 8vo básico.

De lo anterior, los problemas priorizados por los participantes fueron:

Problema	Frecuencia de elección	Porcentaje
Drogadicción	4	66,7%
Delincuencia	1	16,7%
Pandillas	1	16,7%

Fuente: Elaboración propia. En base a Phillips 66 realizado en Colegio Carlos Condell de la Haza

Finalmente, respecto de los **temas priorizados** por la comunidad, se trabajó aproximadamente con 25 personas pertenecientes al **Club de Adultos Mayores “Atardecer del Portal”**, los cuales a través de un árbol de problemas expresaron su opinión con respecto a las problemáticas más relevantes. El trabajo de priorización, por consiguiente, se acordó la siguiente matriz:

Matriz de priorización de problemas					
Problemas	Magnitud	Vulnerabilidad	Trascendencia en relación a los objetivos	Recursos existentes	Puntaje
Población Envejecida	5	4	5	5	19
Pobreza	4	5	4	2	15
Muertes por Enfermedades del Sistema Circulatorio	4	4	4	5	17
Delito de Robo	5	6	5	1	17
Drogadicción	7	6	7	3	23
Baja participación en Organizaciones y Actividades de Participación de los Jóvenes	3	3	2	2	10
Falta de Áreas Verdes y Micro - basurales	4	3	4	1	12

*Fuente: Elaboración propia en base al Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, MINSAL, 2015

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.

6.5.6 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Cesfam Pedro Aguirre Cerda.

Octubre 2015

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.

El resultado arrojó la siguiente priorización, con su consecuente Plan de Trabajo.

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

6.5.7 Síntesis Diagnóstico Comunitario: Equipo Médico Rural.

Diciembre 2016

En el caso del Equipo Médico Rural, el diagnóstico trabajado participativamente con la comunidad, se focalizó en los territorios de cada Posta de Salud Rural, los cuales son: Algarrobito, Las Rojas, Lambert y El Romero. Se trabajó en base a una metodología de carácter cualitativo, incorporando una matriz de priorización de necesidades - problemas pesquisados por la comunidad, tras lo cual, al igual que el resto de los Centros de Salud que trabajaron con matriz de priorización, implementaron un Plan de Trabajo.

Los asistentes de la comunidad trabajaron en conjunto a funcionarios del Equipo Médico Rural, unificando ideas y criterios que facilitaron evidenciar necesidades territoriales.

**Matriz Diagnóstico Participativo 2016
Posta Las Rojas y Estaciones Médico Rural (E.M.R.)**

PROBLEMA DE SALUD	IMPORTANCIA PARA LA COMUNIDAD	COMPROMISO DE LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONARLO	CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD PARA RESOLVERLO	CAPACIDAD DEL EQUIPO PARA RESOLVERLO	MANERA EN QUE AFECTA A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	PUNTAJE TOTAL
Educación sexual insuficiente, pandillas. Trabajo intersector	5	2	4	2,5	3	3,3
Alcoholismo-Drogadicción	5	2	4	4	5	4
Infraestructura insuficiente	4	1	5	2	4	3,2
Educación en salud insuficiente en estaciones médicas	4	2	1	5	5	3,4

Posta Algarrobito y Estaciones Médico Rural (E.M.R.)

PROBLEMA DE SALUD	IMPORTANCIA PARA LA COMUNIDAD	COMPROMISO DE LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONARLO	CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD PARA RESOLVERLO	CAPACIDAD DEL EQUIPO PARA RESOLVERLO	MANERA EN QUE AFECTA A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	PUNTAJE TOTAL
Posta Cerrada varias veces al mes sin reemplazo	5	1	2	4	2	2,8
E.M.R. Falta de horas por profesionales. (El Rosario)	5	5	5	3	4	4,4
Capacitación a los encargados de EMR para categorizar y priorizar horas con los profesionales	5	5	3	5	4	4,4

Posta El Romero y Estaciones Médico Rural (E.M.R.)

PROBLEMA DE SALUD	IMPORTANCIA PARA LA COMUNIDAD	COMPROMISO DE LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONARLO	CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD PARA RESOLVERLO	CAPACIDAD DEL EQUIPO PARA RESOLVERLO	MANERA EN QUE AFECTA A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	PUNTAJE TOTAL
Falta más rondas medicas	5	2	3	4	5	3,8
Falta de canales de comunicación entre el equipo y la comunidad	5	2	3	3	5	3,6
Demandas de extensiones horarias	5	2	3	3	5	3,6
Difusión de la función del TENS y horarios de atención	5	3	5	5	5	4,6
Perros Vagos	5	3	5	4	5	4,4
Falta de financiamiento para promoción de salud	5	5	5	5	3	4,6
Alcohol y drogas	5	3	3	3	5	3,8

Posta Lambert y Estaciones Médico Rural (E.M.R.)

PROBLEMA DE SALUD	IMPORTANCIA PARA LA COMUNIDAD	COMPROMISO DE LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONARLO	CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD PARA RESOLVERLO	CAPACIDAD DEL EQUIPO PARA RESOLVERLO	MANERA EN QUE AFECTA A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	PUNTAJE TOTAL
Obesidad infantil y juvenil	5	3	2	4	5	3,8
Alcoholismo y drogadicción	5	2	1	3	5	3,2
Cupos limitados para horas medicas	5	1	1		3	2,6
Salud Mental	4	2	2	3	4	3
Acceso a sala cuna	5	2	2	1	4	2,8

6.5.8 Principales Resultados del Levantamiento de Información

Diagnósticos Comunitarios Territoriales

TRANSVERSAL	RED APS LA SERENA
1. Malnutrición por exceso	1. Necesidad de más horas dentales y médicas
2. Drogadicción y Alcoholismo	2. Necesidad de potenciar el mejoramiento en la interacción equipos de salud - usuarios
3. Embarazo adolescente y trastornos de salud mental en adolescentes	3. Necesidad de manejar mayor información de la oferta y funcionamiento de la RED APS por parte de la comunidad
4. Micro basurales	
5. Delincuencia	

En relación a lo anterior, cada Equipo de Salud Territorial realiza un Plan de Acción Participativo con directrices comunales, en donde se relevan las problemáticas detectadas, generando acciones para la disminución de brechas.

Ejemplos: Plan Trienal de Promoción: Foco en malnutrición por Exceso, Aumento de Cobertura del Programa Espacios Amigables para Adolescentes, Trabajo en Comités de Satisfacción Usuaría y Comités de Participación Local (Consejos Consultivos), entre otros

6.6 DIAGNÓSTICO DE LAS OFICINAS DE INFORMACIÓN, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS) Y GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA

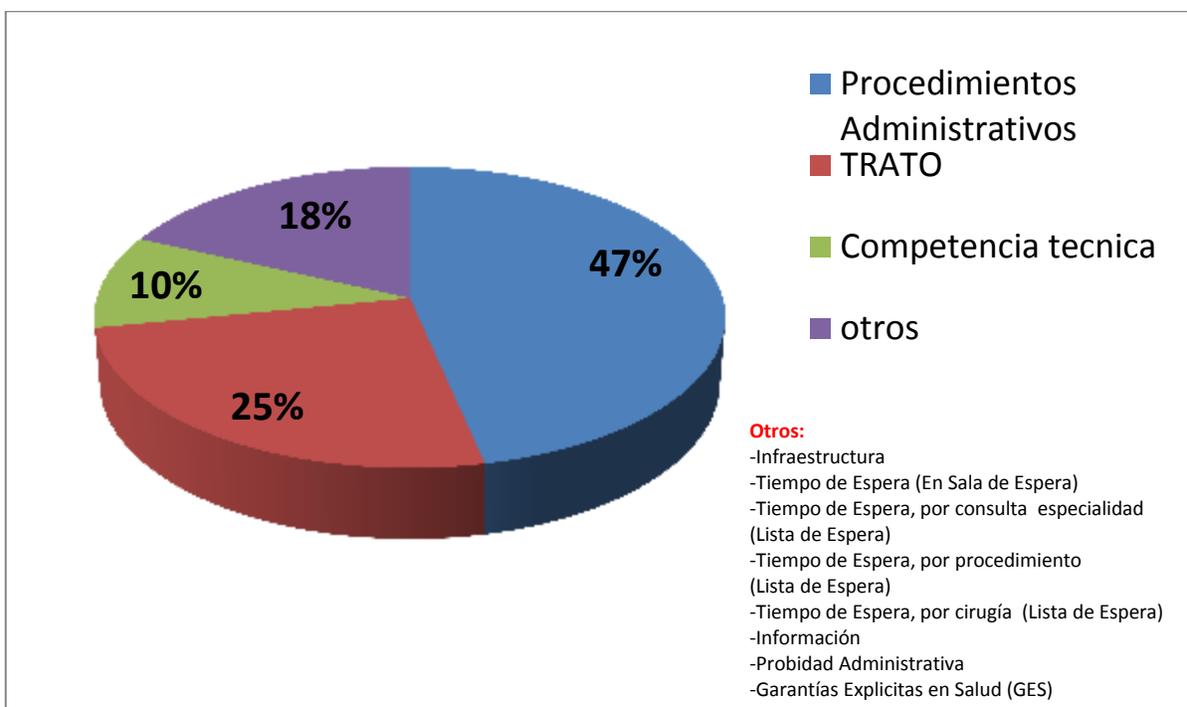
La gestión de la satisfacción usuaria es clave para la Red de Atención Primaria. Para ello, en cada establecimiento de Salud, existen las OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias), a través de las cuales nuestros usuarios pueden plasmar sus inquietudes.

En relación a la gestión a diciembre 2016, los datos estadísticos arrojan que de **519 reclamos** a nivel comunal, **242 responden a la tipificación Procedimiento Administrativo**, 131 a Trato y 52 a Competencia Técnica. El 18% restante corresponde a diversas tipificaciones.

Este número, en relación a las 133.784 Consultas de Morbilidad y Controles Médicos (según REM 2106), corresponde a un **0,38%**. Por consiguiente, podemos inferir que independiente a la importancia que cada reclamo en sí mismo significa para nosotros, la cantidad sigue siendo muy baja en relación a las prestaciones que realizamos en APS.

Asimismo, respecto de este dato, pero ahora en relación al número de consultas OIRS anual, las que fueron 46.445 (según REM 2016), sigue siendo un indicador bajísimo.

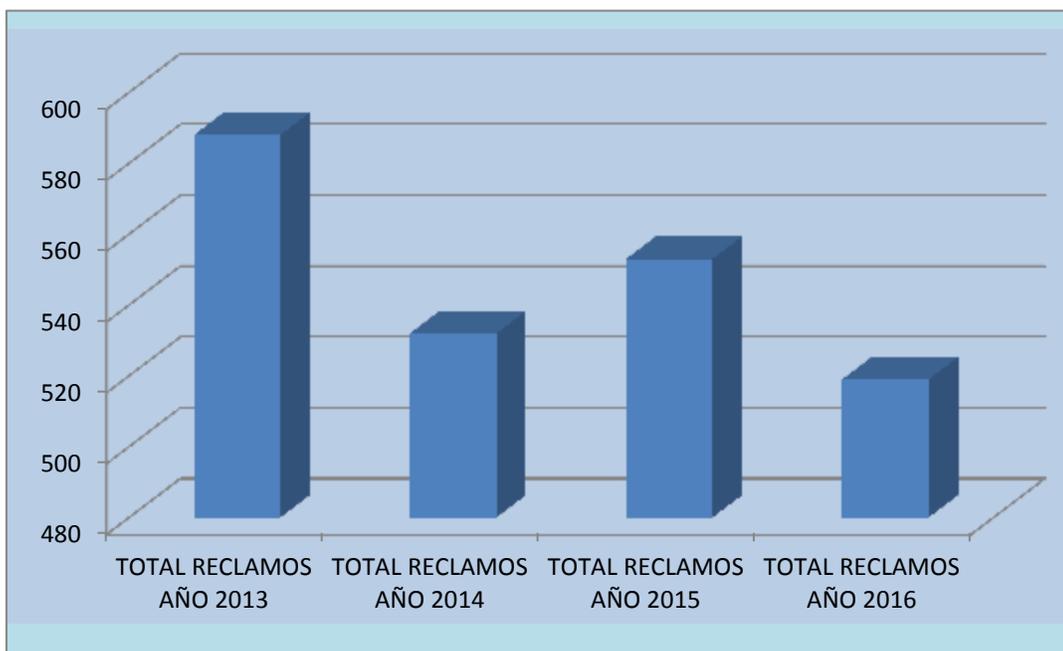
6.6.1 Gestión de Reclamos 2016



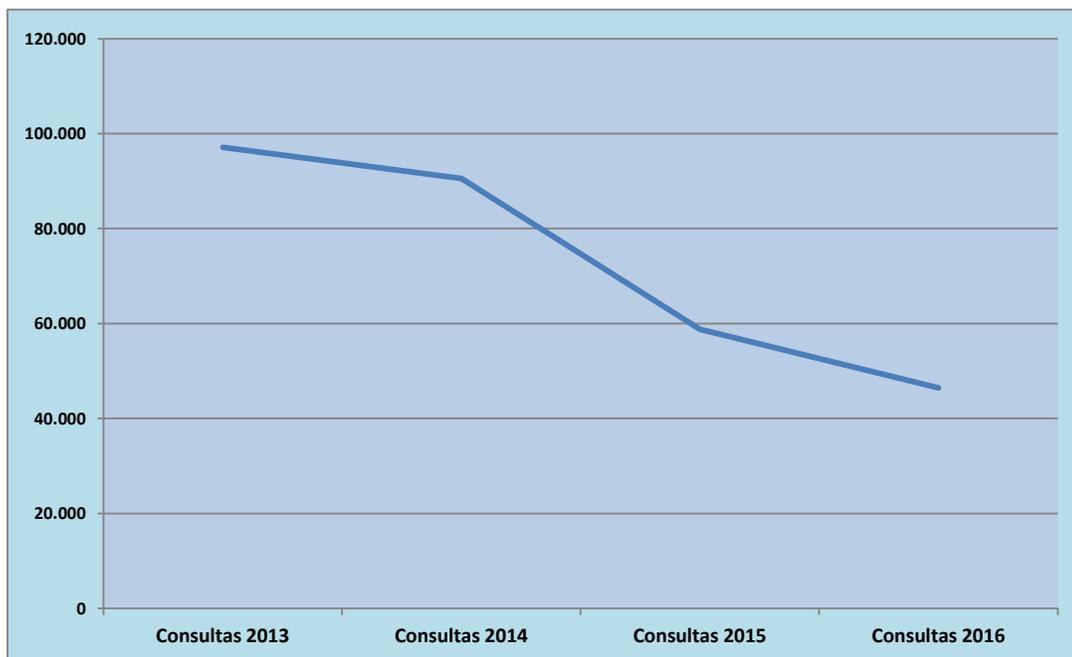
Si el dato lo analizamos en relación a los últimos 4 años, es decir, del 2013 al 2016, podemos evidenciar la disminución que hemos tenido en relación a los **reclamos** y en

relación a las **consultas** otorgadas por las OIRS de cada centro. En el caso de los reclamos, de 588 en el 2013, bajamos a 519 en el 2016.

6.6.2 OIRS y Satisfacción Usuaría:

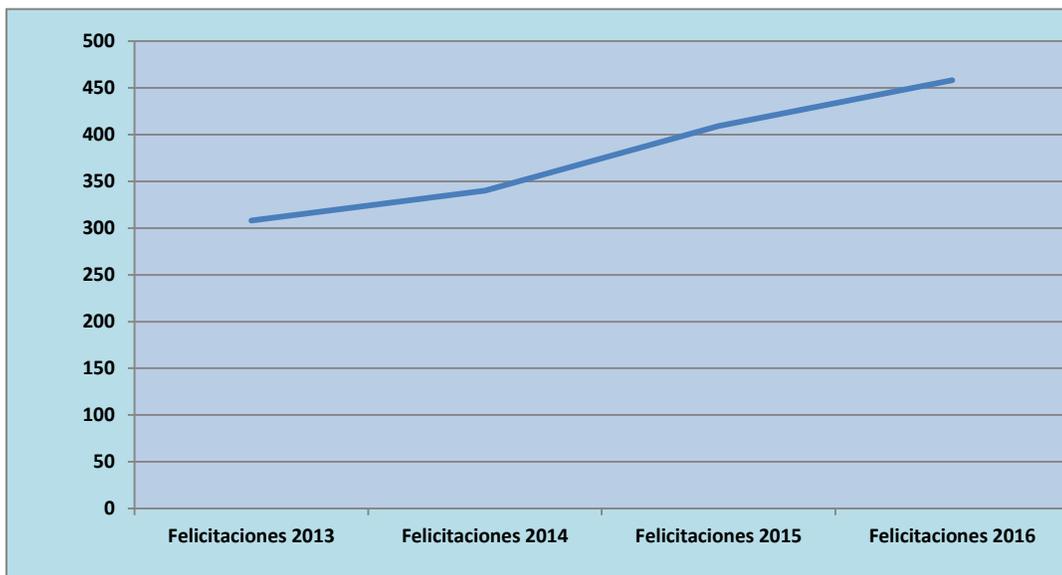


Total de Reclamos 2013 - 2016



**Nº de Consultas 2013-2016
(De 97.095 bajamos a 46.445)**

Sin embargo, este comportamiento a la baja, no se evidencia en relación al N° de **Felicitaciones**, las cuales, por su lado, aumentaron en casi un 49% desde el 2013.



**N° de Felicitaciones 2013-2016
(De 308 aumentamos a 458)**

6.6.3 Proyección 2018:

Por un lado, se continuará reforzando las estrategias comunitarias en relación al trabajo local de cada equipo, potenciando las instancias de participación que cada 3 meses se realiza con sus usuarios. En éstas, se exponen de modo general los reclamos y las felicitaciones gestionadas en cada OIRS según el período que corresponda, de modo que la comunidad esté en conocimiento de las razones que cada período está motivando a los usuarios a plantear su inquietud. (IAAPS N°3 – 3.1 y 3.2).

Por otro lado, se potenciará localmente el trabajo con los Comités de Satisfacción Usuaría, en la que cada director junto a su equipo de trabajo, incluyendo a un delegado gremial, analizan y proponen estrategias a la luz de la información que exponga el o la encargada de OIRS. En esta instancia mensual, participa además un representante de la comunidad. En este marco, importante son las estrategias locales asociadas a la “unidad más reclamada” y al “estamento más reclamado”, de modo de potenciar una relación fluida y colaborativa entre comunidad y equipo de salud.

6.7 POBLACION PER CÁPITA

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 (30-09-2016)
La Serena	191.998

6.7.1 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 \$ **5.621.-** mensuales.

6.7.2 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 **12.809 usuarios.**
- Nuevos inscritos **5.523 usuarios**
- Traslados hacia otras comunas **20.869 usuarios**
- Fallecidos **2.562 usuarios**

Actualmente se cuenta con una Población validada al **31 de Agosto 2017, 191.161.-**

Centro De Salud Familiar Cardenal Caro	41.145
Centro De Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez	29.890
Centro De Salud Familiar Juan Pablo II	22.888
Centro De Salud Familiar Las Compañías	28.006
Centro De Salud Familiar Pedro Aguirre Cerda	28.440
Consultorio Emilio Schaffhauser	40.792
TOTAL	191.161

Fuente: Departamento de Informática Corporación Municipal Gabriel González Videla

7. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION CON PROYECCION 2018

7.1 PROGRAMAS DE SALUD POR CICLO VITAL CON CONVENIOS ASOCIADOS

7.1.1 Salud del Niño

El Programa Nacional de Salud de la Infancia comenzó en la década de los años 50, fortaleciendo la atención de los niños y niñas, dirigido a disminuir las tasas de mortalidad infantil.

Actualmente el programa se encuentra en rediseño atendiendo a la nueva realidad biopsicosocial de niños y niñas, y las metas planteadas en la Estrategia Nacional de Salud de la década.

Además de reducir los indicadores de mortalidad en los primeros 5 años también incorpora, en sus prestaciones una mirada anticipatoria al daño y la pesquisa precoz de enfermedades con un enfoque preventivo y de curso de vida, poniendo énfasis en la calidad de vida de niños y niñas, lo cual es una prioridad actual y de años futuros. Un hito importante es la instalación del subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

7.1.1.1 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 en razón de su origen social, étnico, geográfico.

7.1.1.2 Principios Orientadores

a) Todos los niños y las niñas tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades.

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.

d) Las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos.

El Sistema de Protección a la Primera Infancia - ChCC, tiene por objeto ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales:

7.1.1.3 Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal

Fortalecimiento de los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar

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

1. Primer control de salud madre, padre, cuidador- hijo e hija, del ingreso a la atención primaria, con el seguimiento de factores de vulnerabilidad psicosocial detectados durante la gestación, apoyo en lactancia, VD, entrega de material educativo y plan de trabajo etc.

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

3. Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña.

4. Intervención psicoeducativa grupal o individual enfocada en el desarrollo de competencias parentales.

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



7.1.1.6 Desafíos 2018

Además de asegurar las coberturas de atención de la población Infantil menor de 6 años.

- Continuar con la incorporación de niños y niñas de 6, 7, 8 y 9 años para la realización del control de Salud Infantil Integral del menor en etapa escolar.
- Coordinar actividades Promocionales y Preventivas para reducir los indicadores de malnutrición por exceso.
- Continuar con el fomento de hábitos de vida saludable en los niños y su entorno familiar. Asegurar el acceso a estimulación psicomotriz de calidad al grupo etario de mayor neuroplasticidad para lograr el mayor enriquecimiento cognitivo y disminuir los indicadores de déficit psicomotriz.

7.1.2 Salud Escolar

En 1992 JUNAEB asume Programa de Salud Escolar, el que nace para apoyar en forma igualitaria a los estudiantes.

En la actualidad el programa contempla pesquisa de problemas de salud frecuentes en la etapa escolar; referidos al área odontológica, ortopédica, auditiva y visual, logrando una gran contribución a la Salud Escolar. Sin embargo este grupo etario requiere de un abordaje integral en el Control de Salud.

De aquí nace el Control de Salud Integral en Establecimientos Educativos de 5 a 9 años, denominado:

7.1.2.1 Programa Piloto de Salud Escolar (CONVENIO)

Consiste en la atención sistemática y periódica proporcionada a un niño o niña con el objeto de vigilar su normal crecimiento y desarrollo, los riesgos físicos, y sociales presentes, que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en etapas posteriores de la vida, entregando acciones básicas de fomento y protección de la Salud.

El programa se desarrolla con un enfoque territorial, acorde a los lineamientos del Modelo de Salud Familiar, está centrado en los niños y sus familias y hace énfasis en la identificación de las redes de apoyo disponibles a nivel local.

7.1.2.2 Actividades del programa

- Atención de niños de Kinder a 4° Básico.
- Motivar el acceso a actividades promocionales y preventivas en Salud.
- Derivación oportuna de los problemas de salud pesquisados.
- Favorecer coordinación entre los programas de apoyo al escolar.

7.1.2.3 Diagnóstico de Salud Escolar diciembre año 2016

POBLACION EVALUADA AÑO 2016: 3.260 ESCOLARES

DIAGNOSTICO DIC 2016	EVALUACION	GESTION	ACCION PROYECTIVA 2018
% de escolares con dg Nutricional de obesidad	18.9 %	Gestión de recursos financieros para hrs Nutricionistas intervención de menores con malnutrición por exceso y por déficit	-Mantener casos asociados a Programa de Promoción. -Fomento en los colegios de Hábitos de Vida Saludable para pob. escolar y familia.
% de escolares con dg Nutricional de riesgo de	21.0%	Gestión de recursos financieros para hrs Nutricionistas intervención de menores	Mantener casos asociados a Programa de Promoción. -Fomento en los colegios de Hábitos de Vida Saludable para

obesidad (sobrepeso)		con malnutrición por exceso y por déficit	pob. escolar y familia
% de escolares con sospecha de problemas de salud	87.2%	Elaboración de capsula educativa de difusión del Programa. Difusión de protocolo de derivación. Entrega de informe a la dirección de cada establecimiento. Coordinación realizada con Salud Escolar de JUNAEB para resolución en el área odontológica, ortopédica, auditiva y visual	-Firmar acuerdos de compromisos de los colegios evaluados para monitorear resolución de problemas --Protocolizar la resolución de problemas pesquisados
% de escolares con dg Nutricional de bajo peso	5.7%	Gestión de recursos financieros para hrs Nutricionistas intervención de menores con malnutrición por exceso y por déficit. Gestión atención dupla psicosocial en Cesfam. Gestión de apoyo nutricional en el colegio Derivación al equipo de salud familiar del sector de su Cesfam.	Mantener coordinación con el colegio para asegurar minuta nutricional. Mantener atención dupla psicosocial en Cesfam de su sector. Mantener intervenciones del equipo de salud familiar del sector del Cesfam.

7.1.3 Salud del Adolescente

La adolescencia es la etapa del ciclo vital con grandes posibilidades de construir y consolidar una forma de vida saludable cuya finalidad es proyectarse a lo largo de la vida.

Es indispensable 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 sí 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:

- 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).

- 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).

7.1.3.1 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 con consumo de riesgo.

7.1.3.2 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.

7.1.3.3 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.

7.1.3.4 Desafíos 2018

- Mantener la estrategia de atención de adolescentes con énfasis en la integralidad de la atención, a cargo de profesionales con dedicación exclusiva a la atención de adolescentes de 10 a 14 años en los establecimientos educacionales.
- Mantener la coordinación con los programas convenios asociados que incorporan buenas prácticas de promoción y prevención, con espacios protegidos y preferenciales para aquellos adolescentes con pesquisas de problemas de riesgo en las áreas: Nutricional, Salud Mental, Salud sexual y reproductiva en coordinación con los profesionales de los equipos de Salud Familiar de los Cesfam de pertenencia y con los programas asociados al riesgo a intervenir.

7.1.4 Espacios Amigables para Adolescentes en APS

Espacios Amigables para Adolescentes, es una estrategia que comienza desde el Ministerio de Salud para contribuir a mejorar el acceso a la salud en la población adolescente y joven, permitiendo que los jóvenes se empoderen de su rol en la sociedad y en las acciones de salud, visibilizando a esta población que por muchos años fue ignorada por considerarse sana.

Los objetivos planteados son abordados desde los ejes de la articulación intersectorial, el trabajo comunitario, la psico-educación y la atención clínica, los focos de atención son la participación social, la atención y educación en salud sexual y reproductiva, como la prevención del contagio de Infecciones de transmisión sexual y del embarazo adolescente, dándole importancia a la atención psicológica para promover relaciones familiares, sociales y de pareja sanas, además de fortalecer la salud mental de los jóvenes y prevenir, pesquisar y tratar los trastornos afectivos en los jóvenes.

Del mismo modo su objetivo realza la idea de validar estrategia de “espacios accesibles 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.

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.

7.1.4.1 Objetivo General

Mejorar el acceso, atención integral y la oferta de servicios respondiendo las necesidades de salud de la población adolescentes 10-19 años, en el ámbito de la promoción y prevención fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando los riesgos y problemas de salud, incentivando la participación, evaluando y promoviendo un crecimiento y desarrollo integral.

7.1.4.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar estrategias promocionales en salud orientadas a instaurar y fortalecer estilos de vida saludable y de auto-cuidado en los y las adolescentes de la comuna.
- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquisando y otorgando el manejo inicial.
- Otorgar y asegurar la continuidad de la atención en salud dentro de la atención
- primaria, realizando derivaciones oportunas según corresponda.
- Generar instancias de participación juvenil en los territorios de la comuna.

7.1.4.3 Estrategias

- Incorporación del Control Joven Sano en los Espacios Amigables, de manera de otorgar una atención de salud integral para adolescentes de 10-19 años.
- Desarrollar acciones promocionales y preventivas en diversas áreas.
- Generar una ambientación de gusto juvenil, en horarios acordes a las necesidades de los y las adolescentes considerando los entornos educacionales en los que se desenvuelven.
- Aplicación de modelos y enfoques integradores, tales como: Diversidad de derechos y género, interculturalidad, participación, curso de vida y determinantes sociales, entre otros.
- Aplicación de principios bioéticas, respeto a la privacidad y garantizar la confidencialidad en la atención.

- Dotación de un equipo de profesionales (matronas, enfermeras, asistente social y/o psicólogo) motivada y capacitada con la problemática juvenil.
- Aplicación de instrumento de registro de Ficha Clap y tarjetero adolescente

7.1.4.4 Componente Promoción en Salud

Implementación de estrategias de promoción en salud orientadas a instalar y fortalecer estilos de vida saludable y conductas de auto-cuidado en los y las adolescentes y sus familias. Esto principalmente con el objetivo de desarrollar instancias de coordinación y articulación territorial con el inter-sector, realización de eventos masivos, reuniones de planificación participativa, jornadas, seminarios y educaciones grupales, con el fin de promover la participación juvenil de forma activa en la comuna.

7.1.4.5 Atención de Salud Integral en Establecimientos de Salud

a) Se realizara el control de salud integral (Control Joven Sano) a todos los adolescentes de 15 a 19 años, mediante este instrumento se realizara la identificación oportuna de factores y conductas protectoras y de riesgo, además de evaluar y promover un crecimiento y desarrollo psicosocial saludable. Esto incluye un screening y examen físico.

b) Atención de la demanda espontanea y/o programada, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, enfocado en los siguientes puntos:

Consejería en Salud Sexual Reproductiva, consejería dirigida a la regulación de fertilidad, consejería prevención VIH e ITS, incluyendo la entrega de preservativos como actividad promocional para “Fortalecer la promoción del sexo seguro y prevención del VIH e ITS”

Incluyendo otras consultas específicas, tales como:

- Consulta anticoncepción de emergencia
- Consulta de regulación de fertilidad
- Consulta Salud Mental
- Intervenciones preventivas en uso de sustancias

7.1.4.6 Atención de salud integral en Establecimientos Educativos

a) Se realiza el control de salud integral (Control Joven Sano) a todos los adolescentes de 15 a 19 años, de la misma forma que el punto anterior, con enfoque en la identificación oportuna de factores y conductas protectoras y de riesgo, evaluando y promoviendo un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.

Utilizando instrumentos para el screening, el cual no incluye examen físico en este caso.

b) Se incluyen además Consejerías en Salud sexual y reproductiva, consejería en regulación de fertilidad, consejería en prevención de VIH e ITS.

c) Entrega de preservativos como actividad promocional para fortalecer el sexo seguro y prevención de VIH e ITS.

d) Consulta y orientación en anticoncepción de emergencia.





7.1.4.6 Espacio Amigables en la Comuna al 2018

Desde sus inicios, la estrategia Espacios Amigables comenzó a posicionarse progresivamente dentro de la comunidad como un programa clave para lograr que los adolescentes se hicieran cargo tanto de su salud física como mental.

Para ello ha sido de suma importancia el trabajo constante con distintos actores comprometidos con este grupo etario tales como: Injuv, red SENAME, mesas regionales, entre otros.

Esta experiencia ha sido evaluada por el Servicio de Salud Coquimbo como positiva en su vinculación con los adolescentes, los cuales han reconocido a los cuatro espacios de la comuna en el constante trabajo con la comunidad adolescente y la necesidad que estos espacios estén para el 2018 en todos los CESFAM de nuestra comuna.

7.1.4.7 Consejos Consultivos Adolescentes

Los Consejos Consultivos Adolescentes, son una línea estratégica de trabajo enmarcada en el eje de **Participación Ciudadana** del Modelo de Salud Familiar, que busca la integración de los jóvenes en el abordaje de temáticas relacionadas con salud primaria. A la luz de ella, se generan instancias de participación local que buscan que los y las jóvenes de cada territorio asociado a los centros de salud familiar, propongan mejoras en cuanto a temas de interés propio, con el fin de generar mayor pertinencia en la política pública adolescente. El trabajo de cada Consejo Consultivo Adolescente, se relaciona en lo operativo con los equipos de los Programas Espacio Amigable, Promoción y Participación y, de manera transversal, con los Establecimientos Educacionales focalizados por el Plan de Promoción. Sesionan varias veces en el año, según un plan de trabajo elaborado participativamente con enfoque de derechos, respetando la diversidad social y cultural.



Foto1: Reunión Consejo Consultivo Adolescente. Liceo Agrícola Familiar Ruta 41

Foto 2: Reunión Consejo Consultivo Adolescente. Cefam Juan Pablo II

7.1.4.8 Proyección 2018:

Se espera que el próximo año se continúe con el trabajo de fortalecimiento de las siete instancias de participación juvenil con las que cuenta la comuna de La Serena, avanzando en la postulación a proyectos locales que potencien el trabajo con este grupo etario y ejecutando el I Encuentro Comunal de Consejos Consultivos Adolescentes.

7.1.5 Salud de la Mujer

7.1.5.1 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).

7.1.5.2 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 Perdas 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.

7.1.5.3 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.



7.1.5.4 Desafíos 2018

Enfatizar el compromiso con nuestra población y con los objetivos ministeriales de contribuir de manera importante al logro de la meta de la Estrategia Nacional de Salud, “Reducir la tasa de mortalidad estimada por cáncer en un 5% al 2020 en la población general”, a través de la mantención de estrategias locales como la pesquisa precoz del Cáncer Cérvico Uterino y de mamas, con actividades tales como:

Gestión eficiente de los exámenes de Papanicolau en la red asistencial y monitoreo de trazabilidad.

- Uso eficiente de PAP móvil.
- Mantener actualizado y socializado los protocolos de traslado de muestras
- Gestión oportuna de los resultados.
- Asegurar insumos de calidad para la toma de muestras, garantizando calidad y bioseguridad tales como Citofijador, espátula Aires modificada/ citobrush o endobrush, los que pueden garantizar una efectiva pesquisa, sin falsos negativos.

7.1.6 Salud del Adulto

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

Principales problemas de salud son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas 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 coleditiasis, o un cáncer de estómago, de testículo y próstata y también de pulmón, vejiga y colorectal entre otros.

7.1.6.1 Área Estratégica: Promoción

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

7.1.6.2 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.

7.1.6.3 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.

7.1.6.4 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)

7.1.7 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.

7.1.7.1 Área Estratégica: Promoción

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

7.1.7.2 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 baciloscopia 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.

7.1.7.3 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.

7.1.7.4 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. Los cuidadores de pacientes Dismovilizados pueden postular al pago de estipendios mensuales en el caso de ser cuidador en situación de vulnerabilidad, realizando postulación a 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.

7.1.8 Programa más Adultos Mayores Autovalentes

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y auto-cuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria. Lo que se espera lograr con la implementación del programa es potenciar las capacidades propias de cada comunidad, y las resultantes de la interacción equipo de salud y 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 de importancia e interés. El trabajo comunitario en salud permitirá ampliar la mirada de atención hacia una mirada social y sanitaria, que logra cambios conductuales en la población Adulto Mayor; de esta manera se fortalecerán sus competencias y las de su comunidad.

El trabajo realizado por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, ha ido mejorando y a la vez fortaleciendo su implementación en la región de Coquimbo. Particularmente en La Comuna de la Serena, se han generado estrategias innovadoras en cuanto al impacto con la población intervenida. La incorporación tanto del nuevo CESFAM Juan Pablo Segundo, así como también la dupla del equipo rural, han sido de gran importancia, para poder intervenir a la población un poco más alejada de la comuna. Cada equipo del programa, han realizado actividades comunales así como también en sus localidades, las cuales cada una de ellas ha sido reconocidas a nivel regional, ya que cada vez se va teniendo una población más empoderada de Adultos Mayores en la Región.

7.1.8.1 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 Ocupacional u otro profesional de la salud capacitada, 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 socio sanitario, 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.

7.1.8.2 Objetivos

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

7.1.8.3 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.

7.1.8.4 Ejes Transversales

- **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.

- **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.

- **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.

- **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.

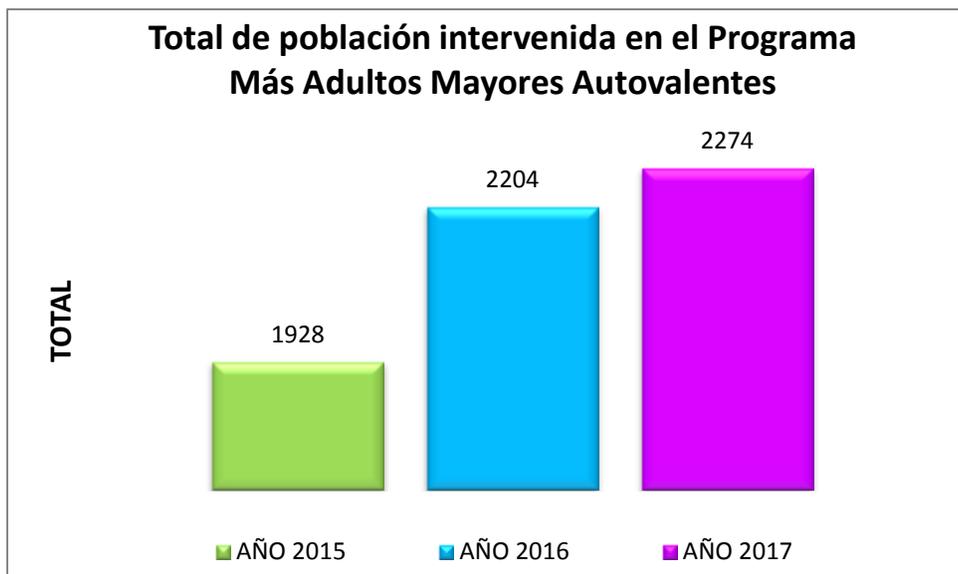
El equipo del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, debe conocer su localidad y dinámica comunitaria y lograr posicionarse desde la dimensión ética del trabajo comunitario, donde el “para qué profundo” del accionar del equipo de salud, promueve la participación, el fortalecimiento de las capacidades 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.

- **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.

Es así como el programa mas adulto mayor logra diferenciarse a nivel nacional aportando al trabajo desde la construcción con ellos y para ellos.

7.1.8.5 Total de población intervenida por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.



La figura N°1 muestra el total de la población intervenida en la Comuna de La Serena, en donde durante el año 2015 se inicia la implementación del Programa y se logra llegar a un total de 1928 adultos mayores sobre los 65 años de edad, inscritos en cinco de los CESFAM de la comuna. Posteriormente durante el año 2016 se aumenta la meta establecida por los Centros de Salud, elevando en un 14% la meta respecto al año anterior, sumado a la incorporación del grupo etario de 60-64 años, lo que favoreció este aumento. Durante el año 2017 se incorpora un nuevo Centro de Salud, sumado a un nuevo equipo del Programa a la zona Rural de La Serena, por lo que al corte de agosto del 2017 se suma un total de 2274 adultos mayores al Programa. Por lo que se eleva en un 17% con respecto a la meta del año 2015 e incrementa en 70 usuarios con respecto al año 2016.

7.1.8.6 Actividad de Bienvenida





7.1.8.7 Terapias Complementarias



7.1.8.8 Capacitación de Líderes Comunitarios





Invitar a los Adultos Mayores a contar sus historias como método terapéutico, para compilarlas en un libro, se realiza **PRIMERA MUESTRA ARTISTICA Y CULTURAL DEL PROGRAMA MAS ADULTO MAYOR AUTOVALENTE.**

Se trabajó con ocho adultos mayores, quienes periódicamente asistían a un taller de manualidades y escritura, implementado por la dupla del Programa, entregándoles un tema para escribir, como “*mi primer amor*”, “*en qué me hubiese trabajar*”, y 6 más, los cuales fueron desarrollados durante el año 2016, continuando el presente año con la transcripción y edición del libro, recibiendo el apoyo de la Corporación Municipal Gabriel González Videla.



7.2 PROGRAMAS TRANSVERSALES EN SALUD CON PROYECCION 2018

7.2.1 Atención Respiratoria

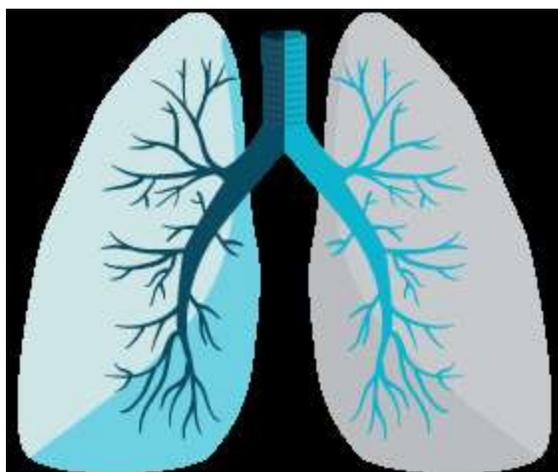
En Chile, las infecciones respiratorias agudas, constituyen un importante problema de salud pública, resultan de alta prevalencia en periodos estacionarios determinados, lo cual sumado al creciente aumento de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas, genera tasas de morbilidad y mortalidad aumentadas.

Cada año se implementa la estrategia de Campaña Invierno, cuyo objetivo es lograr un plan de respuesta sanitaria frente a la realidad epidemiológica de tipo respiratoria que considera guías clínicas, abastecimiento de fármacos e insumos, campaña de vacunación Influenza, campaña comunicacional, vigilancia epidemiológica.

La Campaña Invierno incluye:

- Campaña de vacunación.
- Refuerzo Campaña de vacunación
- Recursos para movilización
- Programa IRA en SAPU
- Refuerzo de Invierno (EEHH) Med. KNS
- Refuerzo SAPU

Cada una de estas estrategias contribuye a mejorar los indicadores sanitarios de incidencia, prevalencia y mortalidad por patologías respiratorias.



7.2.2 Red de Curación Avanzada de Pie Diabético.

La prevalencia de diabetes en nuestro país se estima entre 4,2% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud y la ADICH, respectivamente. En Chile sobre el 85% de las personas que tiene diabetes conoce su condición; el problema radica en la baja proporción de las personas afectadas que está bien controlada (tiene niveles de glicemia dentro de rangos normales 17,6%).

Al analizar la prevalencia según grupos de edad, se observa que ésta aumenta en forma significativa después de los 44 años, alcanza una prevalencia de 0,2% en los menores de esta edad, aumenta a 12,2% en el grupo de 45-64 años y a 15, 8% en los de 65 y más años. La prevalencia es mayor también en población de menor nivel socioeconómico (NSE)

Debido a la fisiopatología de la enfermedad existe un riesgo mayor de padecer una gran cantidad de complicaciones, siendo una de las más limitantes y frecuentes las úlceras en los pies, debido a la interacción de la neuropatía y la enfermedad arterial periférica.

El riesgo acumulado de los diabéticos de desarrollar una úlcera es de un 15% con una tasa 15 veces más frecuente de amputaciones No Traumáticas que el resto de la población. Según la OMS un 80% de estas amputaciones podría ser prevenible.

Para mejorar esta situación y para favorecer el tránsito de los pacientes a través de la Red Asistencial de nuestra Región, se ha creado este comité funcional para lograr un trabajo técnico organizado y flexible, con protocolos establecidos de manejo y referencia y contra referencia, que sea capaz de adaptarse a las necesidades emergentes de los pacientes con mayor riesgo del área de influencia, cuyos 2 objetivos más importantes son

- Facilitar el flujo de los pacientes en los diferentes niveles de atención mediante la integración de la Atención Primaria y Secundaria en el concepto de trabajo como Red Asistencial y administrativa.
- Realizar derivación oportuna y correcta según mapa de derivación vigente, disminuyendo el riesgo de amputación por pie diabético con las consecuentes complicaciones de estas.



Curación avanzada por enfermera

7.2.3 Salud Oral: Programas Odontológicos en Atención Primaria

7.2.3.1 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, adultos de 60, años 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
4. Atención dental 60 años	Altas odontológicas integrales

7.2.3.2 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.

A partir de abril/17 se incorpora recurso Odontológico Sin Sillón a Cecosf Villa Lambert y Villa Alemania, dando respuesta así a una necesidad de la comunidad del Sector Las Compañías. El objetivo de esta estrategia es aumentar la cobertura de prevención y promoción de salud oral, realizando un trabajo fuerte en los Jardines Infantiles y Juntas de Vecinos del Sector. Algunas prestaciones otorgadas son

Fluoración a niños de 2 a 5 años, Educación a la comunidad y Establecimientos educacionales.

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.



Actividades de Promoción, Estrategia Odontólogo Sin Sillón.

7.2.3.3 Programa de Mejoramiento del Acceso Odontológico

El programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica ofrece la posibilidad de atención dental a población no priorizada dentro de la red pública de salud, mediante dos componentes, las altas odontológicas integrales a niños y niñas de terceros y cuartos medios, atenciones realizadas en tres modalidades atención dental en el centro de salud, en el colegio y a través de la incorporación de la clínica móvil odontológica de dedicación exclusiva y Sillón Dental Portátil. Y aumentado las horas dentales disponible para la resolución de la morbilidad odontológica en pacientes adultos mayores de 20 años.



Clínica Dental Móvil: Atención Terceros y Cuartos medios.



Sillón Portátil, atención en colegios.

7.2.3.4 Programa Sembrando Sonrisas

El programa sembrando sonrisas otorga prestaciones preventivas en salud oral, para niños y niñas en edad preescolar. Dentro de las prestaciones se encuentran actividades de promoción de hábitos de higiene y alimentación saludable prevención de lesiones y auto cuidado, entrega de kits dentales (dos cepillos y una pasta), y aplicación de flúor barniz tópico dos veces al año.



Fluoración CECOSF Villa Alemania

7.2.4 Rehabilitación Comunitaria en APS

El desarrollo del Modelo de Rehabilitación Integral en nuestra Red comunal tiene como objetivo responder a las necesidades de rehabilitación de los beneficiarios de nuestro sistema bajo un enfoque biopsicosocial, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y entregando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.

El modelo de Rehabilitación Integral a nivel de los centros de atención primaria considera una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación (Rehabilitación basada en la comunidad/ RBC), la equiparación de oportunidades y la inclusión social de las personas en situación de discapacidad en congruencia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, además de incorporar las prestaciones del componente GES Gonartrosis y coxartrosis leve y/o moderada en personas mayores de 55 años.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas en situación de discapacidad, sus familias y comunidades, y los servicios

de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes. Su objetivo es apoyar la resolución de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular en la APS y el manejo de las personas en situación de discapacidad y de sus familias. Por otro lado, busca promover el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial, además de la educación y prevención de la discapacidad.

El modelo de Rehabilitación Integral está centrado en el trabajo con grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor; su implementación a nivel de la APS es de gran complejidad pues requiere un fuerte trabajo con las familias, las organizaciones sociales, la comunidad y el intersector para el logro de la inclusión social.

Desde el año 2007 se han instalado en la comuna de La Serena, 3 Centros de Rehabilitación Comunitaria que desarrollan la estrategia RBC. Cada equipo de atención está compuesto por una dupla de profesionales del área de la rehabilitación: 1 Kinesiólogo 44 horas y 1 Terapeuta ocupacional 44 horas.

7.2.4.1 Rol del modelo de Rehabilitación en la A.P.S.

El modelo de Rehabilitación en la atención primaria de salud pretende:

1. Asumir la rehabilitación integral de las personas en situación de discapacidad transitoria o permanente en su comunidad con un enfoque biopsicosocial.
2. Apoyar la resolución de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
3. Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad y de sus familias.
4. Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.
5. Educar en el ámbito de la discapacidad y su prevención.
6. Apoyar al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.

La implementación del modelo de Rehabilitación Integral a nivel de la atención primaria de salud es de gran complejidad porque debe abordar al individuo en situación de discapacidad quien muchas veces se encuentra en una contexto de mayor vulnerabilidad y esto requiere un fuerte trabajo con las familias, las organizaciones sociales, la comunidad y el intersector para el logro de su plena inclusión social.

CCR CESFAM Pedro Aguirre Cerda



7.2.5 Programa de Resolutividad en Atención Primaria

7.2.5.1 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.) Oftalmología Tecnólogo medico	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Oftalmología para Vicio Refracción. • Otras consultas oftalmológicas. <ul style="list-style-type: none"> • Lentes • Dacriocistitis • 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
Gastroenterología	<ul style="list-style-type: none"> • Canasta EDA

7.2.5.2 Resultados 2016

COMPONENTE	PROFESIONAL	META	LOGRADO
COMPONENTE 1.3 UAPO	OFTALMOLOGO	1049	1060
	TM	3750	3792
	LENTES OPTICOS		3765
	FONDO OJOS	4000	3856
COMPONENTE 1.4 OTORRINOLARINGOLOGÍA	ORL	220	332
	AUDIFONOS		73
COMPONENTE 1.6 GASTROENTEROLOGÍA	EDA CON BIOPSIA	35	35
COMPONENTE 2.1 CIRUGÍA	CIRUGIA MENOR	600	657





Unidad Oftalmológica de Atención Primaria

7.2.5.3 Programa Imágenes Diagnósticas en APS

El Programa Imágenes considera los siguientes componentes:

- **Componente 1:** Detección precoz y oportuna de Ca de Mama In Situ, I y II.
- **Componente 2:** Detección precoz y derivación oportuna de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses.
- **Componente 3:** Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y Ca de vesícula.

Enero a Diciembre 2016									
Exámenes		Cardenal Caro	Raúl Silva Henríquez	Juan Pablo II	Schaffhauser	Las Compañías	Pedro Aguirre Cerda	EMR	Total
Mamografías	50 a 54 años	148	219	153	216	180	190	107	1.213
	55 a 59 años	133	141	121	196	158	154	72	975
	Otras edades	280	297	285	202	174	218	120	1.576
Eco tomografía Mamaria		28	46	31	35	33	32	23	228
Eco tomografía Abdominal		84	105	82	86	55	87	63	562
Rx Pelvis lactante		250	376	334	264	264	297	52	1.837

Para este año 2017, la comuna de La Serena se encuentra ejecutando este Programa a través de un Convenio Mandato desde Servicio de Salud Coquimbo, considerándose a cumplir las siguientes Metas:

Componente	Examen	Meta 2017
1.-Detección precoz y oportuna de Ca de Mama in situ, I y II	1.-Mamografías en el grupo de edad de 50 a 69 años	2.258
	2.-Mamografías en otras edades de riesgo	1.506
	3.-Ecografías Mamarias.	900
	4.-Magnificaciones Bi Rads 0	862
2.-Detección precoz y derivación oportuna de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses.	Rx de Caderas informadas de Caderas a la población de 3 a 6 meses.	1.819
3.-Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y Ca de vesícula.	Ecografías Abdominales	1.500

7.2.5.4 Convenio Apoyo Radiológico en el nivel primario de atención para la Resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC):

En el marco de principios orientadores que apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción Usuaría, se incorpora a la Atención Primaria de Salud como área y pilar fundamental en el proceso de cambio a un nuevo Modelo de Atención, impulsando en ello al Programa de Apoyo a la Resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), cuyo propósito es mejorar la resolutivez de Atención Primaria frente a:

- Diagnostico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Enfermedades Crónicas Respiratorias en Usuarios beneficiarios de Fonasa inscritos.

Enero a Diciembre 2016								
Exámenes	Cardenal Caro	Raúl Silva Henríquez	Juan Pablo II	Schaffhauser	Las Compañías	Pedro Aguirre Cerda	EMR	Total
Rx Tórax (sospecha de neumonía y otra patología)	391	470	459	341	396	517	69	2.643

Para año 2017 los exámenes radiológicos a realizar son los siguientes:

Exámenes	2017
Rx de Tórax Ap y L	2071

7.2.6 Prevención, Promoción y Participación Social en APS

En la Comuna de La Serena, la actividad preventiva, promocional y de participación comunitaria en salud se desarrolla en todos los Centros de Salud Familiar - CESFAM, Centros Comunitarios de Salud Familiar – CECOSF, Postas Rurales y Estaciones Médico Rural - EMR. 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 de la calidad de vida de las personas y sus entornos.

En este contexto, como bien hemos destacado anteriormente, La Serena es una comuna donde la Red de APS trabaja fuertemente bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitario y, por consiguiente, donde la participación como eje transversal de éste, cobra un importante valor a la hora de involucrar a la comunidad al ámbito de la SALUD.

Como se ha planteado en muchos documentos del MINSAL, la Participación es un determinante social de la salud por excelencia y donde un gran desafío hoy en esta materia, es avanzar derechamente hacia la incorporación de mecanismos locales que cobren cada vez más sentido en el ámbito comunitario, reforzando el valor de este mecanismo de control social entre nuestros usuarios. Lo que buscamos, a fin de cuentas, es que nuestros usuarios se sientan parte de la gestión en salud de su territorio.

Parte de las instancias de Participación, como bien se mencionaron anteriormente, son los **Consejos Consultivos** y los **Comités de Participación Social**, estrategias claves en el trabajo que realizamos en pos del cumplimiento de la **Meta Sanitaria N° 7**. Para ello, trabajamos en cada Centro de Salud, Centro Comunitario de Salud y Postas Rurales en diversos instrumentos de planificación que se convierten en las cartas de navegación local. En este ámbito, y tal como expusimos anteriormente en la fase diagnóstica, los **Diagnósticos Locales Participativos** son muy relevantes a la hora de levantar y conocer las necesidades territoriales existentes, de modo de que se conviertan en insumos fundamentales de la planificación local de cada dispositivo de salud.



Fotos: Marcha del Corazón CESFAM Cardenal JM Caro



Foto: Recreos Activos Colegio Gabriel González Videla



Fotos: Titiritero CESFAM Raúl Silva Henríquez. Día Mundial Sin Fumar
Seminario de Pueblos Originarios y Terapias en Atención Complementaria

Anualmente, además, se realizan las **Cuentas Públicas Participativas**, en las que previo a la ejecución de las mismas, se levanta con la comunidad del territorio asociado a cada centro de salud, lo que les interesaría conocer o saber con más profundidad. De esta manera, la cuenta pública se dirige principalmente a una comunidad que espera de ésta un estrechamiento en la relación establecida con su equipo de salud, al tomar en consideración su opinión. En esta misma línea, se realiza también un taller post cuenta pública de manera conocer la evaluación de la comunidad y asistentes.



Cuenta Pública Cesfam Juan Pablo II, 2017

Por otro lado, en lo referente a la **Satisfacción Usuaría**, la política de salud estableció como directriz la implementación de las **Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias** (OIRS) al interior de todos los Establecimientos de Salud Urbanos y Rurales del país. Lo anterior, y tal como se expuso anteriormente en este documento, su finalidad es recoger las demandas ciudadanas y favorecer la relación colaborativa entre la comunidad y el sector primario de salud, facilitando el acceso de ésta a la información, generando así un modelo de control social.

Se potencian, en esta línea, no sólo los **Consejos Consultivos de Salud** sino que también las **Mesas Territoriales** y los **Grupos Funcionales** con personalidad jurídica que apoyan la gestión de los Centros de Salud contando con esta instancia participativa todos los Centros de Salud Familiar urbana, las cuatro postas rurales de La Serena e incluso algunas Estaciones Médico Rural.



Fotos: Escuela de Gestores Comunitarios en Promoción de Salud. Plan Trienal de Promoción de Salud
Escuela de Gestores Educativos en Promoción de Salud. Plan Trienal de Promoción de Salud

En esta línea, se crean además los **Comités de Satisfacción Usuaría**, de modo que 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 la línea de prevención y promoción, algunos ejemplos en APS son la **educación para la salud** (individual y grupal en todos los grupos etarios), **las visitas domiciliarias**, **la consulta social**, **las reuniones y eventos realizados con la comunidad** (vecinos, usuarios, comisiones, asociaciones, instituciones educativas, delegaciones municipales, consejos consultivos, mesas territoriales, agrupaciones de jóvenes, grupos deportivos, entre otras), los **eventos masivos en el marco de campañas de salud** (ferias de la salud, caminatas, programas radiales, entre otras), **talleres promocionales en establecimientos educacionales** que instalen o fortalezcan estilos de vida saludable y de autocuidado en niños/niñas y adolescentes, entre otros. Las temáticas, varían desde el fomento del consumo de alimentos sanos, actividad física, cuidado del medio ambiente, sexualidad sana y responsable a fomento de factores protectores Biopsicosociales en su generalidad, ambientes libres del humo de tabaco, entre otros.

Paralelamente a lo que cada Programa asociado al ciclo vital realiza en términos de Prevención y Promoción de la Salud en APS, existe un Plan de Promoción de Salud que cumple lineamientos ministeriales y que actualmente centra su foco en la malnutrición por exceso. Es por ello, que se establece desde el año 2016, el que cada comuna ejecute un **Plan Trienal de Promoción de Salud**, diseñando, en el caso de La Serena, un **modelo de intervención territorial con enfoque comunitario** con un trabajo fuerte entre Salud y Educación, el que será mayormente expuesto más adelante.

7.2.7 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, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades, consensuándose la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y desarrollo 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, entre otros, ofrezcan oportunidades reales para mejorar la salud y reducir las brechas sanitarias.

Este enfoque **de política pública de salud 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. 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**.

Plan Trienal de Promoción de Salud 2016 2018:

Alianza de Trabajo con el Depto. de Educación La Serena

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 objetivo es aportar a 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.

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. 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 lograr la traducción de la Promoción de Salud a nivel de políticas públicas locales, instalando estos temas en la **agenda pública comunal**, el MINSAL ofrece una herramienta político-técnica concreta como son los **Planes Trienales Comunales de Promoción de Salud (PCPS)**, instrumentos de creación colectiva 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. El monto anual de trabajo es de \$19.019.409.

Nace así en el caso de **La Serena**, una alianza estratégica con el Departamento de Educación, expuesta en detalle más adelante y la cual tiene como objetivo de este Plan Trienal: *“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 foco de nuestro Plan Comunal, se fundamenta en los indicadores alarmantes de obesidad y sobrepeso en Chile y, por consiguiente, también de nuestra región y comuna. Según la OCDE, Chile es el sexto país de este grupo con mayor obesidad infantil y según datos de la OMS, muestran que en América Latina, Chile se posiciona en el primer lugar.

En la comuna de La Serena, según datos proporcionados por el **Programa Piloto de Salud Escolar** del Departamento de Salud y el cual evaluó a estudiantes de 15 colegios de 5 a 9 años en el 2016 (equivalente a una matrícula de 3.260 alumnos), se observa que un 46% de la población escolar evaluada presentó alteraciones nutricionales, sumado a un 5% que presentó Hipertensión Arterial en la primera evaluación.



Asimismo, en relación a la población inscrita en nuestra APS validada por FONASA, nuestro REM 2016, nos arroja que casi un 33% del rango de 0 a 9 años presentaría malnutrición por exceso.



COMUNA	RANGO 0 A 9 AÑOS	SOBREPESO	OBESIDAD
LA SERENA	13.738	3.042	1.495
		22.14%	10.9%
		Malnutrición por exceso	33.04%

FUENTE: REGISTRO BAJO CONTROL DICIEMBRE 2016
APS LA SERENA

Si bien estos datos no pueden extrapolarse a todo el universo escolar comunal puesto que sólo involucra datos de usuarios de atención primaria, son indicadores de relevancia que dan cuenta de una alarma urgente en esta población y que debe ser abordada de manera conjunta entre la red de salud pública y los establecimientos educacionales.

Claramente es en los colegios y jardines infantiles donde se debe trabajar en la disminución de los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, puesto que en la medida en que niños/as y adolescentes asistan, se convierte en un **dispositivo clave para la adquisición y consolidación de conductas de vida saludable**. El desarrollo temprano de un estilo de vida propicio para la salud contribuye, en términos generales, al desarrollo de una buena calidad de vida física, mental y emocional, así como a la adquisición de las habilidades sociales necesarias para la

convivencia diaria y la vida en sociedad. Asimismo, el desarrollo temprano de hábitos de vida saludable, previene el consumo de tabaco, alcohol y drogas antes de los 18 años, período donde los jóvenes se encuentran en pleno proceso de desarrollo.

Es por ello, que el **Modelo de Intervención Territorial y Comunitario de la Alianza entre los departamentos de Salud y Educación para trabajar el Plan Trienal de Promoción**, incorpora la focalización de 1 colegio o Jardín Infantil por cada territorio asociado a un centro de salud, trabajando durante 3 años en la contribución de la disminución del sobre peso y obesidad de la población focalizada, incluyendo la gestión intersectorial y la participación de organizaciones sociales. El equipo de trabajo está liderado por los directores de los establecimientos de salud y educación y los encargados de Promoción y Participación local, tanto del área de salud como educación y sus equipos de apoyo.

Por su parte, el modelo organizacional diseñado, contempla un **Comité Intersectorial** conformado por instituciones como Seremi de Salud, Servicio de Salud, Seremi de Desarrollo Social, IND, Junaeb, Universidad Católica del Norte, Junji, Integra, Previene Salud, Departamento de Educación y Departamento de Salud de la Corporación Gabriel González Videla.



Foto: Comité Intersectorial de Promoción de Salud

De esta plataforma, surge una alianza estratégica con la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte (UCN), con quienes hemos presentado de manera conjunta dos proyectos a Fondos de Financiamiento: FONIS y FIC. Asimismo, estamos trabajando en un Modelo de Evaluación Nutricional con los colegios focalizados de modo de evaluar el impacto de diversas políticas públicas asociadas a la disminución de la malnutrición por exceso y fomento de la actividad física. Lo anterior, descrito de manera más extensa en el capítulo de las alianzas docentes asistenciales.

En lo operativo, existe un **Comité Gestor Comunal del Plan de Promoción de Salud**, que integra a los directores de los respectivos centros de salud y establecimientos educacionales focalizados por el Plan Trienal, como también **7 Comités Gestores Locales de Promoción**, integrados por los equipos de promoción y participación de los colegios y centros de salud, centros de padres y apoderados y representantes de la comunidad.

Desde la mirada de planificación, se trabaja sobre 9 resultados establecidos en el Plan Trienal, apuntando el impactar en la medición del SIMCE de los colegios focalizados, específicamente en los **Indicadores de Desarrollo Personal y Social: Hábitos de Vida Saludables y Participación y Formación Ciudadana.**



7.2.7.1 Acciones 2016 – 2017



Día Mundial Sin Fumar 2017. Plaza de Armas



Escuela de Gestores Educativos.



Escuela de Gestores Comunitarios.



Presentación Concejo Municipal. 2017

7.2.7.2 Proyección 2018:

En relación al tercer año de implementación del Plan Trienal de Promoción de Salud, los ejes transversales de ejecución, seguirán siendo:

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

7.2.7.3 Los Colegios y Jardines focalizados por el Plan Trienal de Promoción de Salud, seguirán siendo:

- Colegio Carlos Condell de la Haza (Cesfam Juan Pablo II)
- Colegio Pedro Aguirre Cerda (Cesfam Pedro Aguirre Cerda)
- Colegio Gabriel González Videla (Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser)
- Colegio Jose Miguel Carrera (Cesfam Cardenal J.M. Caro)
- Colegio Villa San Bartolomé (Cesfam Cardenal R. Silva Henriquez)
- Colegio Alonso de Ercilla (Cesfam Las Compañías)
- Colegio Algarrobito (Equipo Médico Rural)
- Jardín Infantil Los Pequeños Carreritas (Cecosf V. El Indio)
- Jardín Infantil Los Pastorcitos (Cecosf V. Alemania)
- Jardín Infantil El Trencito (Cecosf V. Lambert)

Se busca para el 2018, monitorear el impacto del trabajo intersectorial en los Indicadores de Desarrollo Personal y Social (SIMCE) de los colegios focalizados, sistematizar el trabajo desarrollado con la Universidad Católica de Norte (UCN) y presentar la experiencia al Concurso de Buenas Prácticas de Promoción de Salud del MINSAL.

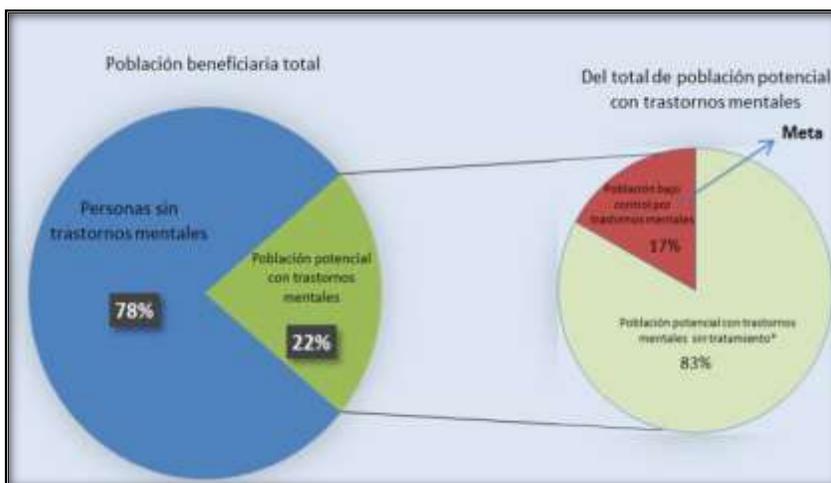
7.2.8 Programa Salud Mental Integral

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)”.

Al año 2017, se nos mide la *Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales*. Para ello, desde el Minsal se calcula que el número de personas esperadas con trastorno se efectúa a la luz de una prevalencia del 22% sobre la población inscrita validada de 5 y más años, siendo la meta una cobertura de tratamiento al 17% de la población estimada de los casos esperados según prevalencia, es decir, **7.010 usuarios** en el caso de la comuna de La Serena.



Método de cálculo:

- $\text{N}^\circ \text{ de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo control} / \text{N}^\circ \text{ de personas esperadas según prevalencia de trastornos mentales}$.

Respecto del trabajo comunitario que desarrolla el Programa de Salud Mental, existe el **Programa Ecológico en Psiquiatría Comunitaria**, el cual es ampliamente reconocido a nivel nacional, siendo la región de Coquimbo una de las regiones en las cuales el Modelo a la base está fuertemente instalado. La comuna de La Serena aporta a ello con el funcionamiento de 19 Grupos de Autoayuda, de los cuales 7 son Grupos de Autoayuda Multi Familiar (GAM). En paralelo, en la comuna contamos con 6 Escuelas de Primer Nivel funcionando al 2017.



Fotografías de Grupos de Autoayuda Multifamiliar. Programa Ecológico en Psiquiatría Comunitaria

Respecto del trabajo con el nivel secundario, trabajamos articuladamente cada tres meses como equipo comunal en los Consejos Técnicos de Salud Mental Provincial, integrado no sólo por la red de APS sino que también por todos los dispositivos del intersector con foco en salud mental. No obstante, son las **Consultorías** la estrategia más valorada al constituirse como instancias de capacitación y fortalecimiento de competencias técnicas de nuestros equipos. Respecto de esta estrategia, el equipo de psiquiatras del nivel secundario apoya diferenciadamente a nuestros profesionales con un trabajo en el área infantil cada 2 meses y adulto, con periodicidad mensual.



Foto: Consejo Provincial Red APS con Unidad de Psiquiatría Hospital de La Serena

7.2.8.1 Proyección 2018:

A la luz del levantamiento que se realizó este año con cada equipo local del Programa de Salud Mental Integral, se proyecta para el año 2018 la generación de un Plan de Brechas con el objeto de trabajar en algunos de los aspectos más relevantes recogidos en éste, tales como el mejoramiento del registro de derivación con el intersector (colegios, tribunales, centros Sename, otros) de modo de manejar estadísticamente en la cuantificación del origen de nuestros usuarios, por ejemplo.

En esa misma línea, se proyecta también un trabajo mancomunado con la red SENAME en la implementación de un convenio de carácter integral al contemplar diversos tipos de prestaciones de salud a usuarios de la red mencionada.

Por otra parte, estamos planificando la realización de un Encuentro Comunal de Grupos de Autoayuda, fortaleciendo nuestras estrategias promocionales de salud mental. Esta iniciativa se está coordinando con los equipos locales del Convenio Programa de Acompañamiento Psicosocial, detallado a continuación.

7.2.9 Convenio Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS



Lo que establece el convenio programático como objetivo de este Programa es “*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***”. Para ello, el convenio cuenta con un presupuesto anual de \$112.610.891. Inicia su ejecución en la comuna de La Serena en junio del año 2016.

Para ello, comunalmemente diseñamos una estrategia de articulación tanto con el sector salud como intersector, de modo de ampliar la visibilización de la oferta existente para familias con alto riesgo psicosocial. Para efectos de este Programa, se entenderá a una **Familia de Alto Riesgo Psicosocial** a aquellas con integrantes con las siguientes condiciones expuestas en la red de atención primaria:

- Depresión perinatal: mujeres adolescentes y jóvenes gestantes y puérperas con hijos menores de 1 año.
- Situaciones de Violencia: niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de violencia y/o maltrato.
- Situaciones de abuso sexual: NNA y jóvenes víctimas de abuso sexual.
- Intentos de Suicidio: NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el CESFAM.
- Accidentes debido a consumo problemático y/o dependencia de alcohol y/o drogas vistos en urgencias.
- Adolescentes gestantes.
- NNA con trastornos psiquiátricos severos (incluido Trastorno del Desarrollo).
- NNA con vulneración de derechos.
- NNAJ propuestos por cada equipo de sector según diagnóstico local.

Cada uno de los 6 equipos locales, compuestos por un trabajador social y 1 o 2 agentes comunitarios en salud mental, según corresponda, tienen como labor el generar planes de acompañamiento a la familia de los usuarios focalizados, de modo de reducir los factores de riesgo identificados en su pesquisa, trabajando articuladamente con el equipo de sector al cual pertenece esta familia.

En relación al objetivo y los productos del Programa, lo que el convenio establece son:

- Acciones de vinculación con la atención en salud mental, de salud en general y la red comunitaria
- Acciones de Articulación, y
- Acciones de Acompañamiento. (Tiempo de Intervención: de 9 a 12 meses)

Respecto del Plan de Acompañamiento, éste contempla un grupo de prestaciones mensuales tales como Visitas, Contactos Telefónicos regulares, Actividades de Coordinación y Participación tanto con el Equipo de Salud como con equipos del intersector, Reuniones de Sector, Reuniones Clínicas, Consultorías de Salud Mental, Otros. Las acciones de este componente **se deben realizar** en el contexto de la comunidad, esto es, en el espacio domiciliario, en establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios, territoriales, etc.

El número de familias con las que trabajamos al año 2017 son aproximadamente 350, resguardando que se cumplan para cada usuario, las prestaciones que especifica el Programa.

7.2.9.1 Proyección 2018:

Si bien la continuidad de este Programa depende cada año del MINSAL, a nivel local vemos como acción de proyección de este convenio, el avanzar en la instalación de este programa como oferta permanente no sólo para nuestros usuarios, sino también como oferta colaborativa para nuestros mismos equipos de sector de cada Centro de Salud.

Nuestro foco, además, estará puesto en el fortalecimiento de la coordinación con la red intersectorial y comunitaria territorial, potenciando el trabajo psico - social que se realiza en la APS a nivel de gestiones con Tribunales de Familia, OPD, SERVIU, SERNAMEG, SENCE, FOSIS, Red Sename, entre otros.

7.2.10 Convenio Equidad Rural

Como antecedente es necesario visualizar que contamos con un 13% de población nacional viviendo en zona rural, la realidad de la salud en estos territorios presenta una variedad de expresiones a lo largo del país. Desde comunas de gran tamaño geográfico con gran dispersión, muchas de poblaciones pequeñas, algunas

situaciones de insularidad, hasta comunas altamente urbanas con importantes sectores rurales en el mismo territorio. A su vez, la historia de nuestras redes de salud han llevado a la conformación de diversas tipologías, donde puede coexistir un hospital comunitario dependiente del servicio de salud con postas rurales dependiente de los municipios, u otra de múltiples posibles combinaciones de dispositivos de salud que aparecen ya sea con la misma u diferentes dependencias.

7.2.10.1 Política de Desarrollo Rural 2014-2024

Chile valora, reconoce y promueve su ruralidad como una cualidad distintiva, imprescindible, y perdurable de la nación, integrando la rica diversidad de los territorios rurales al desarrollo sustentable, fomentando mayores oportunidades y mejor calidad de vida para sus habitantes, a través de un enfoque contemporáneo, robusto e integrador de los distintos segmentos que componen la ruralidad, lo cual permite enfrentar con solidez y confianza los desafíos sociales, económicos y ambientales que plantea el siglo XXI. De este modo lo rural, sustentado en la diversidad y potencialidad de su patrimonio natural y cultural, es fuente de identidad y legado intergeneracional.

Adaptar el sistema público de salud a las necesidades del medio rural promoviendo el acceso a una atención oportuna, de calidad y especializada en todo tipo de zonas rurales.

7.2.10.2 Propósito del Programa

Contribuir a superar las inequidades en salud que afectan a las comunas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país y generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.

7.2.10.3 Objetivos Específicos

- Mejorar la cobertura, calidad y pertinencia de la oferta sanitaria a través de la adecuación de la atención.
- Adaptar el modelo de salud en sectores rurales a través del trabajo planificado y participativo.
- Cumplimiento del plan de salud familiar en sectores rurales, mejorando los sistemas de rondas Rurales.
- Es en este contexto que el Proyecto que trabaja la Comuna de La Serena, aborda la malnutrición por exceso que en nuestro país equivale a un 50% aproximadamente del total de la población infantojuvenil, cifra de la cual nuestra comunidad rural de La Serena no está alejada, y es que de acuerdo al último corte Diciembre 2016, más del 50 % de nuestros niños y adolescentes se encuentran con problemas de sobrepeso u obesidad.

Analizando más en profundidad, localmente, no nos alejamos de la realidad nacional, donde la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares se mantiene dentro de las primeras causales de secuela y muerte en nuestro país.

Por otra parte la actividad física no es un hábito adquirido dentro de la población, y es que la tecnología avanza a pasos agigantados y se hace parte de la ruralidad, facilitando la comunicación, pero imprimiendo el sello del sedentarismo en nuestros niños, jóvenes y familias.

Las organizaciones comunitarias locales tales como consultivos y comités de ronda medica, consideran dentro de los principales problemas de salud, en diagnósticos participativos año 2016 y mesas de diálogos territoriales, la malnutrición por exceso, sedentarismo y poca actividad social como los principales problemas en salud comunitaria entre otros.

Es así como el año 2016 el proyecto de la primera corrida familiar rural fue todo un éxito y aun recordado por los usuarios de nuestra comunidad, quienes muy satisfechos solicitan su segunda versión, ya que no solo perciben esta actividad como parte de promover estilos de vida saludable sino también como una oportunidad de compartir en familia y de ser participes socialmente.

El propósito es preparar a nuestra población para enfrentar esta actividad en mejores condiciones físicas aun y motivarlas para la incorporación de estas muestras en su vida diaria, a la vez intervenir en los factores de riesgo ya no solo una vez sino en más oportunidades

7.2.10.4 Baile Entretenido Itinerante

Baile entretenido familiar itinerante, 1 hora por clase, logrando recorrer un total de 10 localidades, con un total de 19 sesiones que serán distribuidas equitativamente en las 10 localidades elegidas, estas localidades se eligen por la cantidad de niños y jóvenes con malnutrición por exceso y por tener grupos comunitarios empoderados que permitirán que estas acciones sean exitosas. Esta actividad será continua en cuanto a tiempo y será meses previa a la corrida de manera de entregar algunas herramientas de preparación

Los consultivos serán los encargados de organizar la actividad, en lo que se refiere buscar el lugar adecuado y difundir a la comunidad para lograr una buena participación, así también se encargaran de los horarios, difusión e inscripción, liderando la actividad cada vez que esta sea ejecutada

7.2.10.5 Caminatas Saludables

Se realizaran caminatas saludables escolares, integrando a un mínimo de 70 niños por caminata mas sus padres y docentes, estas se realizaran en las localidades de

Lambert y El Romero en esta oportunidad, cada caminata será trabajada en triada (Equipo médico – colegio – consultivo).

Corrida Familiar rural versión 2.0

Para culminar el ciclo de baile itinerante y caminatas, será ejecutada la segunda corrida familiar rural donde no solo participaran los grupos en entrenamiento, sino también será abierta a la comunidad escolar, y general de nuestra área rural.

7.2.10.6 Caminata el Romero





7.3 PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA ATENCION PRIMARIA

La Reforma Sectorial se orienta a consolidar un sistema de salud que tiene como desafío dar respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, asegurando mejores resultados de salud y satisfacción de las personas, con mayor equidad y calidad. Un sistema exitoso en este desafío es un Sistema de Salud con base en Atención Primaria. Lo que se traduce en la necesidad de fortalecerla y, al mismo tiempo, promover la instalación de procesos sistemáticos de evaluación, acompañados de planes de la mejora progresiva de los centros de salud en su desempeño global.

Es una estrategia para contribuir en la profundización de la implementación del Modelo, promoviendo el quehacer, métodos, conocimientos y artes de los equipos de salud locales y comunales. Están dirigidas tanto a la disminución de brechas como a la renovación creativa de acciones, permitiendo hacer mejoras continuas desde lo local y desde lo que como actores involucrados en la gestión de la atención primaria requieren.

Componente N° 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Componente N° 2: Implementar un plan de mejora sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

7.3.1 Evaluación Comunal Programa MAIS 2016

- En la implementación del Programa MAIS a nivel comunal se involucró el año 2016 a todos los establecimientos de la Red : 6 Cesfam, 3 Cecosf, y 4 Postas Ruarles, donde cada uno de ellos se encontraba con distinto grado de evolución en el modelo de Salud Familiar según Pauta aplicada, pero de igual forma en cada uno de ellos se observó compromiso por mejorar su Autoevaluación, realizando en el proceso reuniones internas, coordinaciones, trabajo con intersector , pero sobre todo les permitió a cada equipo sistematizar , ordenar su trabajo , procesos y gran cantidad de actividades que ya se realizaban pero que carecían de formalidad.
- El trabajo al interior de los equipos se vio enriquecido por la generación de alianzas con instituciones asociadas a cada establecimiento, como son los Colegios, Organizaciones Comunitarias; instituciones no gubernamentales, Consejos de Desarrollo local, etc., sobre todo en el área Rural donde la comunidad juega un papel muy importante y que el Equipo de Salud es su único contacto en muchas ocasiones.

- Respecto al Equipo de Salud Rural, que por primer año se incorpora al Programa MAIS formalmente, decir que fue muy autocrítico al autoevaluarse, imponiéndose numerosos desafíos en su Plan de Mejora y terminando con éxito su programación. Obtuvieron importantes productos y avanzaron en la Evaluación inicial según instrumento, considerando además que el trabajo de este equipo debe ser replicado en las 4 Postas Rurales donde cada una tiene realidades distintas que se debieron considerar.
- En relación a los CECOSF estos establecimientos también se incorporaron como primer año a Programa MAIS, consolidando a través de esta modalidad un trabajo reconocido y sólido con su comunidad. Además tuvieron la oportunidad de adquirir implementación que mejoraba y apoyaba su trabajo fuertemente comunitario. Sus alianzas con la comunidad se vieron fortalecidas y afianzadas, y su modalidad de trabajo fue modelo para los Cesfam, donde reconocidas estrategias como son las Mesas Territoriales por ejemplo fueron adoptadas como buenas prácticas.
- Es importante también comentar que se elaboraron a nivel comunal variados Protocolos y Documentos de muy buena calidad que aportaran en forma transversal a nuestra Red de Salud, mejorando indudablemente procesos que fueron incorporados de manera metódica y formal al quehacer diario. Destacar que en este proceso los equipos utilizaron horas de recurso humano en Extensiones Horarias destinadas para ello y que se vio reflejado en el buen producto final obtenido. También destacar que cada uno de estos Documentos son efectivamente utilizados por los equipos y no son solo un insumo más para los CESFAM.
- El proceso de Evaluación MAIS ha sido exigente para todos los equipos a nivel comunal, sobre todo por la resistencia al cambio que se observa inicialmente en equipos más antiguos en la Red, pero siento que al final este instrumento se volvió en una herramienta amigable y apoyador para todos, porque delimito el andar en algunos casos donde había más resistencia, y les permitió crear muchas innovaciones al quehacer que aprendieron a protocolizar y formalizar. En este último punto los registros estadísticos y la captura de evidencia de todo lo que se realiza adquirieron vital importancia.
- Como conclusión final decir que este proceso cada año reafirma el compromiso de los equipos de la comuna de La Serena en trabajar en Atención Primaria bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, consolidando sus resultados como los mejores a nivel de la IV región.



CESFAM Schaffhauser limpieza frontis, Adquisición de equipamiento



Taller CESFAM Las Compañías



Taller CESFAM JP II



TALLER Cecosf Villa Lambert



TALLER Cecosf Villa Alemania

7.3.2 Programa de Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la Salud en el modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria en la atención primaria

El Programa de “*apoyo a buenas prácticas de promoción de la salud en el modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria en la atención primaria*”, a través de la implementación de un trabajo coordinado, de mejora continua y participativo, permite validar y difundir estrategias innovadoras en temas prioritarios de salud, potenciando la consolidación del Modelo de Atención Integral de Salud, la valoración y posicionamiento del trabajo que realizan los equipos de salud en atención primaria, permitiendo poner a disposición de otros los aprendizajes generados como buenas prácticas, con énfasis en la promoción de la salud.

Las buenas prácticas, entendidas como aquellas experiencias o intervenciones que cuentan con un resultado valioso para los usuarios u organización desde la perspectiva sanitaria y que se sostienen en el tiempo, presentan una serie de beneficios: (a) Permiten describir las prácticas siguiendo un orden, lo que facilita su comparación con otras prácticas, una lectura organizada de sus aportes y logros, además de la difusión de lo que ellas enseñan como acciones socialmente responsables, (b) generan conocimiento y permite influenciar a otras organizaciones, y (c) la documentación hace que la práctica trascienda y que otras prácticas se enriquezcan.

Una buena práctica de Promoción de la Salud se entiende como “el conjunto de actividades y procesos de gestión de los equipos regionales, provinciales y comunales que se desarrollan en el territorio y están orientados a obtener resultados en torno a los objetivos, conceptos, valores y evidencia que orientan el programa¹”. Considera los siguientes ámbitos:

Promover la **gestión local de determinantes sociales de la salud** y el desarrollo de políticas públicas con pertinencia territorial que generen impacto positivo en la calidad de vida de la población y que sean sostenibles en términos culturales, sociales, económicos y ambientales.

- Desarrollar estrategias que fortalezcan la **intersectorialidad** generando políticas integradas en los diversos programas municipales, trabajo en red, eficacia en las intervenciones de Salud en todas las Políticas locales.
- Fomentar la **participación social y comunitaria** en materia de derechos a la salud y promoción de la salud, en ámbitos orientados al desarrollo de mecanismos protectores desde el enfoque psicosocial con pertinencia cultural y territorial a lo largo del ciclo vital.

- Favorecer la **comunicación para la salud** como una actividad sistemática y creativa como estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública (OMS, 1998)
- Activar procesos de **evaluación permanente** que permitan identificar los logros alcanzados en el mejoramiento de la salud de la comunidad.

La comuna de La Serena ha postulado anualmente y por tercer año ganado diversas Buenas Prácticas, reconociendo a nivel regional el año 2016 al Cesfam Cardenal Raúl Silva Henríquez con su Buena Practica:

- “Apoyando a Nuestros Jóvenes: Cuídate, Quiérete y Protégete”, destacada por el trabajo realizado en los ámbitos de promoción, trabajo intersectorial, participación social y comunitaria



Para el año 2017 fueron beneficiados 4 Establecimientos de Salud con Programa Buenas Prácticas. El siguiente es el detalle:

- **Cesfam Juan Pablo II: “Nada como Mama, nada como amamantar”.**



- **Cesfam Cardenal Raúl Silva Henríquez: “Apoyando a nuestros jóvenes: Cuidate, quíete y protégete”**



- **Cesfam Pedro Aguirre Cerda: “Salud Holística, una prestación del Cesfam reconocida por la comunidad”**



- **Cesfam Cardenal José María Caro: “Proyecto Cardiosaludable, nutriendo mi salud”.**



7.4 ALIANZA DEPARTAMENTOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Antecedentes:

La alianza con el Departamento de Educación ha sido clave desde hace varios años atrás. No obstante, con esta administración, no es hasta el año 2016 en que ésta se consolida a la luz de un **Modelo Organizacional de Intervención Territorial**, en el que cada Cesfam, Cecosf o Equipo Rural, focaliza un colegio o jardín por 3 años, para desarrollar un trabajo en Promoción de Salud, a la luz del Plan Trienal de Promoción 2016-2018.

Ese trabajo, instó a que en las instancias de coordinación entre ambos departamentos surgieran diversas solicitudes asociadas a la coordinación con otros programas de salud, por lo que surgió la necesidad de realizar la **I Jornada de Actualización de la Oferta de Atención Primaria de Salud para la Infancia y Adolescencia en Establecimientos Educativos**.



Foto 1: Directores Departamentos Salud y Educación, Jornada 13 de Junio 2017. Foto 2: Jornada con Establecimientos Educativos Programa Salud Escolar – JUNAEB

Con esta instancia, se buscó potenciar la difusión de la oferta de programas y prestaciones de salud existente en la Red de Atención Primaria comunal, dirigida a los niños y adolescentes de nuestros establecimientos educativos. Dentro de esta oferta, se presentaron:

7.4.1 Programa Odontológico “Sembrando Sonrisas”:

Contempla la atención odontológica integral de niños de 6 años, de 12 años y de estudiantes de terceros y cuartos medios. Los procedimientos que se realizan en la atención odontológica son los siguientes: Destartraje (Limpieza), Educación (higiene y alimentación saludable), Obturaciones, Exodoncias, Aplicación de Flúor, Radiografías y Derivaciones a Atención Secundaria. Además, se realiza fluoración tópica en establecimientos educativos a niños de 2, 3, 4 y 5 años. Se entrega de kit de higiene (2 cepillos y 1 pasta) y se realizan sesiones de educación individual o grupal.

7.4.2 Clínica Dental Escolar – Convenio Junaeb:

Proporciona atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora, al ciclo Pre básico y básico de colegios municipales de la Comuna de La Serena. El equipo, interviene sobre patologías bucales ya existentes, gingivitis y caries, además de promover y motivar a padres, apoderados y profesores sobre la importancia de la salud bucal de los niños.

7.4.3 Programa Salud del Estudiante:

Correspondiente al Área de Servicios Médicos de JUNAEB, tiene como objetivo principal contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de los escolares y favorecer el éxito en el proceso educacional, mejorando su rendimiento, evitando la deserción, disminuyendo por problemas de hipoacusia, visuales y posturales. Para ello, se focaliza en estudiantes con previsión Fonasa de Colegios Municipales y Particulares Subvencionados. El enfoque de Atención se inicia a través de la Pesquisa del Profesor o Screening programados. Luego se gestiona la Atención Médica de Especialista, Exámenes, Diagnóstico y Tratamiento Vigilancia y Control de la Patología. Su oferta contempla: Visión de Refracción: Pre-Kínder, Kínder, 1ºBásico y 6ºBásico (Oftalmólogo), Pérdida Auditiva: Pre- Kínder, Kínder y 1ºBásico (Otorrinolaringólogo) y Desviación de Columna: 7ºBásico (Traumatólogo)

7.4.4 Plan Piloto de Salud Escolar (APS):

Es un programa que otorga una atención integral y resolutive a los niños de 5 a 9 años, en su establecimiento educacional, contribuyendo a la promoción de factores protectores de la salud y del desarrollo y la pesquisa oportuna de problemas de salud prevalentes en este grupo etario.

7.4.5 Control de salud integral para Adolescentes de 10 a 14 años:

Vigente a partir del año 2016, se enmarca dentro de un conjunto de acciones del Programa Nacional de Salud de Adolescentes del Ministerio de Salud, incorporando a los CESFAM para la atención de Adolescentes de 10 a 14 años. Se evalúa mediante la aplicación de la ficha de control de salud CLAP, considerando talla, peso, IMC, control dental, auditivo, visual y de columna, más preguntas cerradas realizadas por un profesional de la salud. En éstas, se considera el análisis de factores de riesgo y protectores respecto de temáticas como embarazo adolescente, consumo de drogas y alcohol, suicidio adolescente, etc.

7.4.6 Programa Espacio Amigable:

Se orienta a desarrollar actividades de fortalecimiento de estilos de vida saludable, promoviendo la participación juvenil. Pesquisa y otorga un manejo inicial de patologías en un espacio adecuado a este grupo, asegurando la continuidad de la atención y derivando oportunamente al Centro de Salud según corresponda.

7.4.7 Consejos Consultivos Adolescentes:

Línea estratégica de trabajo enmarcada en el eje de **Participación Ciudadana**, que busca la integración de los jóvenes en el abordaje de temáticas relacionada con salud primaria. A la luz de ella, se generan instancias de participación local que buscan que los y las jóvenes de cada territorio asociado a los centros de salud familiar, propongan mejoras en cuanto a temas de interés propio, con el fin de generar mayor pertinencia en la política pública adolescente. El trabajo de cada Consejo Consultivo Adolescente, se relaciona en lo operativo con los equipos de los Programas Espacio Amigable, Promoción y Participación y, de manera transversal, con los Establecimientos Educativos focalizados por el Plan de Promoción. Sesionan varias veces en el año, según un plan de trabajo elaborado participativamente con enfoque de derechos, respetando la diversidad social y cultural.

7.4.8 Programa Detección, Intervención y Referencia asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (DIR):

Su objetivo es mejorar la capacidad individual de reducir el consumo riesgoso de Alcohol, Tabaco y otras Drogas, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayuda oportuna y eficaz en NNJ desde los 10 años en adelante.

7.4.9 Programa de Salud Mental Integral:

A través de este programa los Establecimientos Educativos reciben Talleres de Promoción y Prevención, además de una atención individual o familiar por parte de un equipo programático integrado por Psicólogo, Médico y Trabajador Social, dirigida a estudiantes derivados desde sus respectivos colegios. Éstos, además, en el caso de requerir tratamientos especializados, son derivados al nivel secundario, donde pueden recibir atención de neurología o psiquiatría, según corresponda el diagnóstico. Actualmente el 30% del total de las atenciones que se realizan son a una población Infanto-Juvenil. Los principales motivos de consulta son: Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas y Trastornos del neuro-desarrollo (TDAH, Espectro autista, Atención individual o familiar, de Psicólogo, Médico y Trabajador Social, según corresponda).

7.4.10 Programa de Acompañamiento Psicosocial a niñas, niños, adolescentes y jóvenes:

Este programa, tiene la finalidad de contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso a salud y oportunidad de atención de salud mental y otros programas, a través de un plan de acompañamiento diseñado para cada familia, centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo. (Edad de focalización: 0 a 24 años). El criterio de ingreso es de estudiantes con: Depresión Perinatal, Situaciones de violencia, Situaciones de abuso sexual, Intentos de suicidio,

Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en urgencias de APS, Adolescentes Gestantes, NNA con trastorno psiquiátrico severos, NNA y jóvenes con vulneración de derechos, NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local. En la actualidad el Programa de Acompañamiento Psicosocial, ha trabajado con 38 Establecimientos educacionales, lo que permite contribuir al mejoramiento de la adherencia de los jóvenes a sus controles de salud.

7.4.11 Inmunización en Población Escolar:

Las vacunas son productos biológicos utilizados para conseguir una inmunización activa artificial. La vacunación obligatoria, es una de las principales herramientas con las que cuenta la salud pública para disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades que son transmisibles. De acuerdo al Decreto N° 6 del 2010, del Ministerio de Salud dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmuno previsible de la población del país, cumpliendo con un calendario de vacunación en todos los Establecimientos Educativos administrados por la Corporación.

7.4.12 Programa Vida Sana en Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT):

Su objetivo general es contribuir a controlar la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Se consideran los grupos etarios de 2 a 4 años (Componente 1a) y de 5 a 19 años (Componente 1b). Criterio de ingreso: obesidad, sobrepeso, PCA, pre diabetes, pre HTA, sobrepeso en embarazo, obesidad en embarazo.

7.4.13 Proyección de la Alianza 2018:

Para el año 2018, proyectamos la realización de la II Jornada de Actualización de la Oferta de Atención Primaria de Salud para la Infancia y Adolescencia en Establecimientos Educativos. Con ello, buscamos ir instalando en la comunidad educativa una mirada integral respecto de la oferta corporativa dirigida a nuestros usuarios comunes como lo son los niños y adolescentes que asisten a los colegios de la comuna.

Se proyecta además una línea de sistematización de experiencias exitosas de coordinación de Equipos de Salud con establecimientos educacionales, con el objeto de materializar una jornada de intercambio de éstas, fortaleciendo así la alianza de trabajo en cada territorio.

Finalmente, todos los programas con focalización en establecimientos educacionales, proyectan su continuidad en el trabajo intersectorial tales como Promoción de Salud, Espacio Amigable, Piloto de Salud Escolar, etc.

7.5 CLINICA DENTAL ESCOLAR COMUNAL - CONVENIO JUNAEB

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

La Clínica dental escolar de la comuna inicia el 02 de abril de 1993, como Convenio entre la Ilustre Municipalidad de la Serena y JUNAEB. Depende administrativamente del Departamento de Salud de la Corporación Municipal Gabriel González Videla y sigue los lineamientos técnicos de JUNAEB.

Inicialmente contaba con 9 funcionarios, dotación que ha ido en aumento en conjunto con la infraestructura y cobertura: desde el año 2010 cuenta con una clínica móvil que cubre las escuelas rurales. A la fecha cuenta con 22 funcionarios.

- **Misión** Entregar atención de salud bucal de calidad a la comunidad escolar municipal de La Serena.
- **Visión** Contribuir al mejoramiento de la salud bucal de los escolares de la comuna de La Serena incluyendo sus localidades rurales.

Se atienden 34 colegios municipales de la comuna, desde pre kínder hasta 8° básico excepto 4° y 6° básico, (17 urbanos y 17 rurales), proporcionando atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora al ciclo básico. Se suma a todo este trabajo 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.



Equipo de la Clínica Dental Escolar



Móvil Clínica Dental Escolar



Higiene Bucal.



Educación

7.5.1 Programa Salud del Estudiante – JUNAEB.

El objetivo del Programa Salud del Estudiante, estrategia conjunta entre la Corporación Gabriel González Videla y JUNAEB, 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.

Este Programa atiende de manera integral a 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. Beneficia, por tanto, a escolares de Enseñanza Parvularia, Básica y Media matriculados en escuelas municipales y particulares subvencionadas de la comuna, como también a estudiantes que asistan a escuelas especiales.

La alianza, en consecuencia, se materializa a través de contar como Departamento de Salud, con una encargada comunal que se encarga de establecer la relación y coordinación, en primer lugar con JUNAEB, como también con todos los colegios de la comuna de La Serena, generando la articulación en el levantamiento de las pesquisas por parte de cada establecimiento, las citaciones a los screening y controles médicos correspondientes, y, finalmente, coordinando la entrega de insumos y beneficios contemplados en cada especialidad.

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.

7.5.2 Proyección 2018

La Proyección de esta alianza de trabajo colaborativo con JUNAEB es procurar el aumento de las prestaciones en las áreas de otorrino y oftalmología, específicamente, solicitando el aumento a JUNAEB de la cobertura en las áreas mencionadas. Ello, con el fin de incorporar a más colegios y, por consiguiente, más niños y niñas como beneficiarios.

7.6 CENTROS DE TRATAMIENTOS DE LA COMUNA DE LA SERENA

7.6.1 Programa Ambulatorio Básico Cardenal Raúl Silva Henríquez

El Plan Ambulatorio Básico, así como las distintas modalidades de tratamiento pertenecientes a la red de tratamiento nacional, poseen procesos de recuperación según la trayectoria de cada persona, el cual se enfoca en las necesidades de cada individuo, las que determinarán los requerimientos particulares de acceso a una serie de prestaciones, recursos y servicios que apoyen su proceso de tratamiento. Cada persona posee un potencial o capital de recuperación propio, que lo diferencia de otros, por lo que SENDA-MINSAL cuenta con ofertas diferenciadas de apoyo y cada tratamiento es único en sí. El capital de recuperación, está dado por un

conjunto de condiciones que en su conjunto, permiten contextualizar el proceso, siendo el objetivo final poder desarrollar una vida libre de la dependencia e integrada socialmente, teniendo en consideración la calidad de vida, el involucramiento con la comunidad y el ejercicio de los deberes y derechos como ciudadanos.

7.6.1.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

El plan ambulatorio básico constituye el primer nivel de intervención, el objetivo es tratar a personas con un nivel de consumo leve a moderado de sustancias, con un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para poder dar cumplimiento a los objetivos posteriormente planteados. Es por ello, que va dirigido a personas desde los 18 años, que presenten consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas, con un compromiso biopsicosocial leve a moderado, resaltándose la presencia de una actividad ocupacional ya sea laboral y/u ocupacional de forma total o parcial, y la presencia de soporte familiar. Junto a ello, debe pertenecer al sistema de salud FONASA.

QUIENES PUEDEN DERIVAR A LA INSTITUCION

No existen criterios de exclusión para la derivación, acogiéndose al perfil de usuario(a).

7.6.1.2 Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa

La atención de tipo Ambulatoria está destinada a la detección, evaluación y tratamiento integral de personas de ambos sexos, que presenten problemas de consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, pertenecientes a la comuna de La Serena. Trabaja con una mirada ecológica, incluye factores de etnia, género, los ciclos de vida individual y familiar, integración social y normas sociales.

El número de plazas que contempla durante el presente año, es de 10 usuarios(as) que se podrán beneficiar de manera gratuita en este plan de tratamiento.

Las acciones multidisciplinarias, contempla un conjunto de actividades y prestaciones recomendadas tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, consulta de salud mental, psicoterapia individual y de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), atención psicosocial de grupo, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento y rehabilitación, corresponde a la necesidad de cada persona, sin embargo el marco normativo será que todo el proceso tenga una duración aproximada de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. A continuación se describen las prestaciones anteriormente mencionadas:

Consulta Médica: Evalúa el estado de salud general, otros parámetros y tratamientos atinentes. Contempla también la administración de medicamentos, si fuesen necesarios.

Consulta de Salud Mental: Evalúa el nivel de compromiso biopsicosocial, acogida y contención emocional, se evalúa derivación a otros niveles de tratamiento superior.
Intervención Psico-Social Grupal: Refuerza la adherencia, vínculos y compromiso con tratamiento. Es una instancia de psicoeducación, apoyo emocional, apoyo en la continuación de tratamiento clínico, trabajo en la prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades frente a situaciones de crisis

Consulta Psicológica: Evaluación y orientación clínica complementarias.

Psicoterapia Individual: Terapia psicológica complementaria a pacientes con psicopatología interferente con el Plan de tratamiento. La psicoterapia se llevará a cabo según el modelo implícito de la psicóloga y por efectividad terapéutica se opta por el sistema cognitivo-conductual.

Psicoterapia Grupal: Terapia complementaria a intervenciones psico-sociales de grupo.

Psicodiagnóstico: Conjunto de atenciones pertinentes a la evaluación clínica inicial.

Visita Domiciliaria: Evaluación de situación y soporte familiar. Es un rol que le corresponde al Asistente Social y se realiza con el fin de conocer la situación familiar del paciente y de realizar los rescates pertinentes cuando sea necesario para retomar el tratamiento como estrategia motivacional.





7.6.2 Programa Ambulatorio Intensivo ATHTRIPAN “Salir Bien”

Brindar atención Biopsicosocial, a hombres y mujeres desde los 20 años, en una modalidad ambulatoria intensiva (atención de lunes a Viernes de 9:00 a 17.30 hrs) y sin tope de edad que presenten consumo perjudicial y dependencia a sustancias psicoactivas. que sean beneficiarios del sistema de salud FONASA, que sientan y tengan la necesidad de realizar un cambio en su estilo de vida realizando un proceso de rehabilitación mediante la integración al programa de tratamiento intensivo.

Equipo profesional:

- Coordinadora Técnica (Psicóloga)
- Psiquiatra
- Medico General
- 2 Psicólogos
- Trabajadora Social

- Técnico en Rehabilitación
- Trabajadora Socio-sanitaria (monitora familiar)
- Administrativa

7.6.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Beneficiarios; adolescentes infractores de la ley 20.084, de ambos sexos desde los 14 años en adelante, con o sin sanción accesoria de drogas con abuso y/o dependencia de riesgo moderado/ alto con compromiso biopsicosocial severo con presencia o no de comorbilidad psiquiátrica compensada.

QUIENES PUEDEN DERIVAR A LA INSTITUCION

- Profesional de de intervención Clínica y Profesional Encargado de caso (SENAME)
- Centros de rehabilitación básicos
- Semi-cerrado
- Programas Ambulatorios Intensivos
- Demanda espontanea
- Tribunales

7.6.2.2 Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa

- Ficha de derivación (tipo) Responsabilidad del derivador
- Ficha de demanda (equipo de atención)
- Entrevista de ingreso (confirmación diagnostica)
- Ingreso formal el programa (contrato)
- Etapa Diagnostica
- Etapa de Tratamiento
- Etapa de preparación para el egreso

7.6.3 Programa Ambulatorio Intensivo Raúl Silva Henríquez (CIP – CRC SENAME)

Programa terapéutico de alta intensidad y complejidad con un enfoque comprensivo y una mirada ecológica para jóvenes que se encuentran en modalidad CIP – CRC (centro de internación provisoria y régimen cerrado), desde los 15 años en adelante.

7.6.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Beneficiarios; adolescentes infractores de la ley 20.084, de ambos sexos desde los 14 años en adelante, con o sin sanción accesoria de drogas con abuso y/o

dependencia de riesgo moderado/ alto con compromiso biopsicosocial severo con presencia o no de co-morbilidad psiquiátrica compensada.

QUIENES PUEDEN DERIVAR A LA INSTITUCION

- Profesional de de intervención Clínica y Profesional Encargado de caso (SENAME)
- Centros de rehabilitación básicos
- Semi-cerrado
- Programas Ambulatorios Intensivos
- Demanda espontanea
- Tribunales

7.6.3.2 Descripción del Proceso de atención de la institución y/o programa

- Ficha de derivación (tipo) Responsabilidad del derivador
- Ficha de demanda (equipo de atención)
- Entrevista de ingreso (confirmación diagnóstica)
- Ingreso formal el programa (contrato)
- Etapa Diagnóstica
- Etapa de Tratamiento
- Etapa de preparación para el egreso



Centros de tratamientos ATHTRIPAN



7.6.4 Programa Detección, Intervención y referencia Asistida.

El programa establece como propósito contribuir a elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Cabe señalar que en 2015 el uso de alcohol, tabaco y otras drogas combinados, fueron los principales factores de riesgo para la muerte prematura, años vividos con enfermedad y carga de enfermedad. Estos tres factores de riesgo sumados dieron cuenta de 1 de cada 5 de los años perdidos en forma prematura en nuestro país, siendo solo el tabaco el causante del 10% de los años de vida perdidos prematuramente, seguido por el alcohol con un 9%¹. De esta manera, el programa colabora con la pesquisa temprana del consumo de riesgo de dichas sustancias.

En dichos términos, este programa se enmarca dentro del eje estratégico N°3 de la Estrategia Nacional de Salud “Desarrollar hábito y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo, asociados a la carga de enfermedad de la población” (MINSAL, 2011) para el cumplimiento del objetivo de la década, anticipándose al desarrollo de la enfermedad, enfrentándose a los factores de riesgo a través de estrategias vinculadas a la prevención y promoción.

Para la consecución de sus objetivos, DIR, ex Vida Sana Intervenciones en Alcohol y otras drogas, se implementa desde el año 2011 bajo el modelo de “intervenciones breves para reducir el consumo de riesgo”, recomendado por la Organización Mundial de la Salud desde 2001, para ser implementado en la Atención Primaria de Salud (Babor et al, 2001a; Babor et al, 2001b; Anderson et al, 2008).

El modelo incluye un conjunto de acciones simples y estructuradas para realizar tamizaje del patrón de consumo de sustancias (nivel de riesgo) y realizar intervenciones según el nivel de riesgo relacionado. Los componentes del Programa son: aplicación de un tamizaje para evaluar el patrón consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, diferenciado para adolescentes y adultos, la realización de intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de riesgo, conforme resultados de evaluación de patrón de riesgo de previa.

Esto es intervenciones breves para adultos e intervenciones motivacionales para adolescentes. El tercer componente es la referencia asistida de las personas que presenten consumo de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas de alto riesgo.

Las intervenciones deben ser realizadas por los equipos de salud de los establecimientos de APS tanto profesionales como técnicos capacitados en el modelo de intervención breve e intervención motivacional en el marco de acciones regulares de salud, como EMP, control de salud integral del adolescente, control de embarazo, control de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, etc.

7.6.4.1 Objetivo General

Elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, es decir, desde los 10 años en adelante.

7.6.4.2 Objetivos Específicos

- a) Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes y adultos.

- b) Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conforme resultados de la evaluación previa de nivel de riesgo. Esto es, intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.

- c) Referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia).

Componente 1

Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas.

El primer paso corresponde al tamizaje, cuyo objetivo es servir de primer filtro en la detección de personas con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Por lo tanto, el equipo de salud debe detectar y evaluar en personas con factores de riesgo, el nivel de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas del consultante, en población de 10 años y más.

Se sugiere para la detección de personas con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, realizar el tamizaje en diversos espacios, tanto en el establecimiento de APS como en la comunidad, por lo que se estima contar con un catastro local de organizaciones comunitarias del territorio. Por lo tanto, es de suma importancia reforzar el uso de tamizaje por parte de todo el equipo de salud, en los espacios y momentos pertinentes, cautelando siempre el resguardo de la privacidad y confidencialidad de la información, máxime cuando se trate de adolescentes.

Componente 2

Intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conforme a resultados de evaluación de nivel de riesgo. Esto es intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas debe ser abordado en APS en todo su continuo, desde la abstinencia, los consumos de bajo riesgo, consumos de riesgo, alto riesgo, hasta los trastornos vinculados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (excepto cuando la gravedad del caso amerite una derivación a un equipo de especialidad en salud mental). En cada caso, se requerirán intervenciones y acciones adecuadas específicas, que van desde el campo de la promoción y la prevención, hasta las intervenciones terapéuticas.

De esta manera y, en coherencia con el modelo de atención integral en salud familiar, la Atención Primaria de Salud adhiere a las recomendaciones señaladas por la OPS para la implementación de estrategias integradas en la intervención de patrones de consumo riesgoso de sustancias, esto es, el modelo de INTERVENCIONES BREVES.

La intervención breve es una práctica muy utilizada debido a su bajo costo y efectividad a lo largo del espectro de consumo. Su meta básica es reducir el riesgo de daño producido por el uso continuo de la sustancia, así como también la oportunidad de intervenir con aquella población que no solicita ayuda y que está experimentando consecuencias negativas por el consumo. Dentro del grupo de intervenciones preventivas en alcohol, tabaco y otras drogas, se distinguen las siguientes:

- A) Intervenciones breves (IB) en adultos
- B) Intervenciones motivacionales en adolescentes (IMA)



Las intervenciones breves en adultos, se definen como “un conjunto de procedimientos simples, breves y estructurados, para dar ayuda oportuna y eficaz a las personas respecto su consumo de sustancias”. Son prácticas que tienden a indagar un problema actual o potencial y motivar a la persona para empezar a hacer algo acerca de su conducta, sea por sí sola, o con apoyo para la búsqueda de un tratamiento adicional.

En adolescentes, las intervenciones breves son de tipo motivacional, implica velar por sostener permanentemente “el espíritu” de la entrevista motivacional; estrategia que permite incrementar en el usuario/a su disposición al cambio y compromiso para cambiar su conducta, de ahí que deba considerarse en todo momento como una herramienta útil en el trabajo con esta población.

Tanto las IMA como las IB en adultos, tienen tres objetivos específicos:

- Que la persona se dé cuenta que su consumo es de riesgo.
- Que la persona quiera disminuir los riesgos de su consumo o quiera dejar de consumir.
- Que la persona logre cambiar la forma en que consume y así disminuya sus riesgos, o bien, deje de consumir.

Tamizaje en operativo EMPA sector Bosque San Carlos en constructora ECOMAC.



7.7 Estrategias técnicas locales implementadas (comite de farmacia, calidad, cardiología, sapu, resolutiveidad, pie diabetico, mesa de trabajo programas comunales)

7.7.1 Estrategias de Atención

7.7.1.1 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

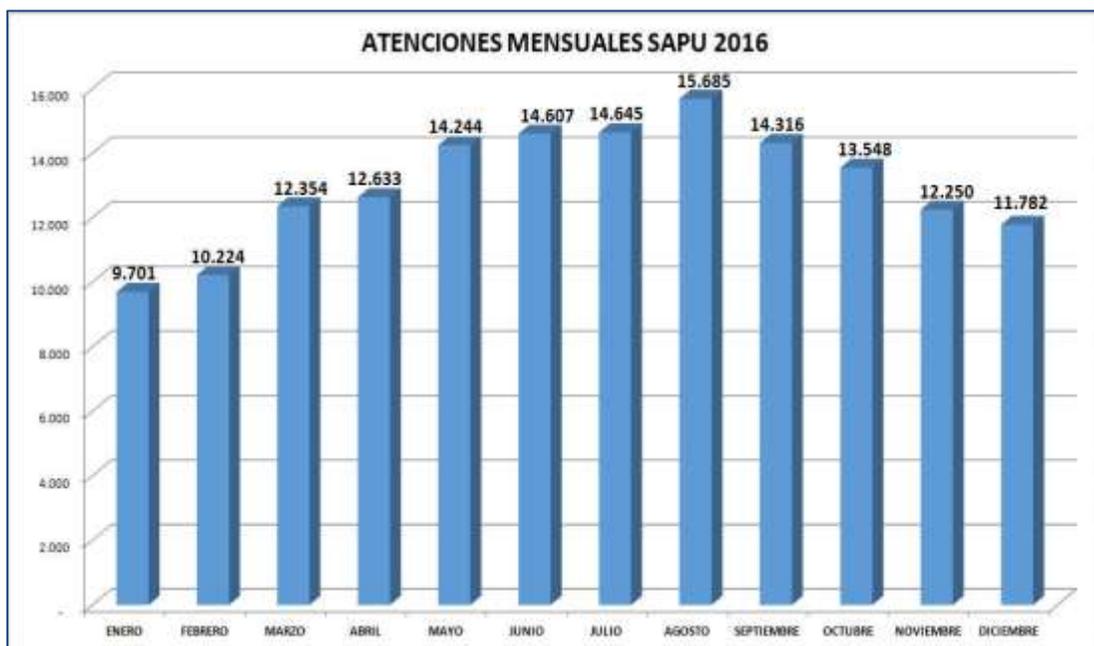
En la comuna de La Serena existen 6 SAPU adosados a los Cesfam Urbanos. Los SAPU cuentan con horario de funcionamiento de Lunes a Viernes de 17:00 a 24:00 horas, y Sábados, Domingos y Festivos de 08:00 a 24:00 horas.

Cuenta en su dotación con:

- 2 Médicos: 1 titular y 1 refuerzo.
- 1 Enfermera
- 2 Tens
- 1 Administrativo
- 1 Conductor
- 1 Auxiliar de Servicio

- TASA DE ATENCIONES MEDICAS DE URGENCIA 2016: N° DE CONSULTAS SAPU / N° DE POBLACION BENEFICIARIA

Total Comunal		
	N° consultas	N° P.B.
ENERO	9701	
FEBRERO	10224	
MARZO	12354	
ABRIL	12633	
MAYO	14244	
JUNIO	14607	
Julio	14645	
Agosto	15685	
Septiembre	14316	
Octubre	13548	
Noviembre	12250	
Diciembre	11782	
TOTAL	155.989	192.062





Se encuentra en proceso de licitación por parte del Servicio de Salud Coquimbo, la construcción de SAR en Cefsam Cardenal Raúl Silva Henríquez, el que entraría en operación el año 2018 otorgando atención de Urgencia las 24 horas del día.

7.7.1.2 Comité Comunal de Farmacia:

Se reactiva a partir del mes de Julio/16, con una modalidad de trabajo mensual donde participan los Directores de establecimientos, Encargados de Farmacia local, Químicos Farmacéuticos y Coordinación Técnica Depto. de Salud.

En su trabajo se han definido funciones y responsabilidades de los Encargados locales, revisión de Arsenal Farmacológico APS realizando sugerencias para modificar este para año 2018. Se han realizado talleres entre Químico Farmacéutico y Tens de Farmacia respecto Dispensación segura de fármacos, Arsenal de Fármacos APS, FOFAR y Fármacos Trazadores.

También se implemento la modalidad de exponer Buenas Prácticas locales, donde en forma rotatoria los Encargados locales presentan prácticas novedosas de trabajo en esta área.

SOLICITUD PARA INCORPORACION DE FARMACO A ARSENAL COMUNAL

DESCRIPCION PRODUCTO

Registro sanitario de referencia	Principio activo/dosis/concentración	Forma farmacéutica
P.9337/18.9 equivalente	Azitromicina 300mg	Comprimido

FUNDAMENTACION TECNICA

Los Macrólidos son una familia de antibióticos dentro de los cuales se encuentran la Azitromicina, Claritromicina, Eritromicina, entre otros. Actúan inhibiendo la síntesis de proteínas bacterianas.

Se utilizan en diversas patologías, principalmente infecciones del tracto respiratorio y como alternativa en pacientes con alergia a Penicilinas.

Dentro de sus efectos adversos se encuentran principalmente hepatotoxicidad, toxicidad gastrointestinal y prolongación del intervalo QT.

La Azitromicina (derivada de la Eritromicina) presenta las siguientes ventajas respecto a los otros Macrólidos:

- Se utiliza una dosis única y por periodos cortos (5 días) debido a su vida media más larga.
- No requiere ajuste de dosis según función renal (excreción principalmente biliar).
- Categoría B en embarazo (claritromicina C).
- No afecta significativamente a las enzimas hepáticas (CYP450) por lo que hay menor interacción medicamentosa documentada.
- Menores efectos adversos gastrointestinales.
- Espectro antibiótico mayor que Eritromicina.

Dentro de sus contraindicaciones se encuentran hipersensibilidad a Azitromicina u otro Macrólido o a cualquier componente, ictericia colestática, falla hepática asociado al uso previo de este medicamento y uso concomitante con Filiozoles.

Por lo expuesto anteriormente, solicitamos la incorporación de este medicamento al arsenal terapéutico.

PROTOCOLO PARA USO

Utilidad en:

- EPOC exacerbado, Otitis media aguda, Sinusitis aguda bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad, Amigdalitis bacteriana, Enfermedad por Arañazo de Gato, Coqueluche, Proceso Inflamatorio Pelviano, Infecciones gonocócicas no complicadas, infecciones por Bacterias Atípicas, entre otras.
- Alternativa en alérgicos a Penicilinas.

BIBLIOGRAFIA

- Grazieli, A. Azithromycin, clarithromycin, and telithromycin. UpToDate. Agosto 2017
- Lexicomp, Inc. Azithromycin (systemic): Drug information. UpToDate. 2017
- Medscape. Drugs & Diseases. Azithromycin. 2017

MEDICO RESPONSABLE

Dra. Andrea Miranda C.
Dr. Jorge Dubó O.
CESFAM Las Compañías

Fichas Técnicas Fármacos.

7.7.1.3 Comité Comunal de Calidad:

Inicia su funcionamiento a partir de julio/16, con una modalidad de trabajo mensual donde participan los Directores de establecimientos, Encargados de Calidad local y Coordinación Técnica Depto. de Salud. Su trabajo está enfocado en mejorar procesos clínicos, actualizando Protocolos y Manuales técnicos-Clínicos. Su fin es lograr la Acreditación de los establecimientos de salud para el año 2020.

PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD CESFAM CARDENAL JOSE MARIA CARO Y CECOSF VILLA EL INDIJO LA SERENA

- DEPTO. DE SALUD -

ELABORACIÓN POR	REVISIÓN POR	APROBACIÓN POR
Marta Vidal Oyarce Infermera Regionalidad Unidad de Calidad CESFAM Cardenal José María Caro CECOSF Villa El Indio La Serena	Andrea Oyarce Tapia Médica CESFAM Cardenal José María Caro CECOSF Villa El Indio La Serena	Marta Vidal Oyarce Médica / Enfermera CESFAM Cardenal José María Caro CECOSF Villa El Indio La Serena
Fecha: 11 de febrero de 2017	Fecha: 11 de febrero de 2017	Fecha: 11 de febrero de 2017

RESOLUCION N° 3

FECHA: 01 de Septiembre 2014.

VISTOS: Las resoluciones que me otorga la Resolución Nº 1979 de fecha 14 de Agosto de 2012 que me designa como DIRECTORA del CESFAM JUAN PABLO II dependiente de la COORDINACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZÁLEZ VIDELA, respecto lo siguiente.

RESUELVO: A contar del 7 de Abril del año 2014, de fecha, la Srta. Carolina Pérez Palma, RUT: 16.684405-5, Enfermera del CESFAM JUAN PABLO II, se designa como **ENCARGADA DE CALIDAD** de este establecimiento.

DEBOLUVE: La designación de 5 horas semanales para este cargo, en las cuales desempeñará las siguientes funciones:

- Difundir las normas, medidas y condiciones en materia de acreditación como requisito, supervisando periódicamente su cumplimiento y actualización.
- Supervisar y verificar la aplicación de planes de mejoramiento sanitario y acreditación como proveedor de la superintendencia de salud respecto a:
 - Establecimientos
 - De la capacitación y motivación del personal en relación a el proceso de acreditación sanitaria y acreditación, normas técnicas, del departamento de su pertenencia y/o comuna.
 - Promover y coordinar periódicamente talleres de capacitación dirigidos a acreditación, sanitaria y acreditación.
 - Coordinar y vigilar las acciones específicas necesarias para lograr la acreditación sanitaria y acreditación.

CAROLINA PEREZ PALMA
DIRECTORA
CESFAM JUAN PABLO II

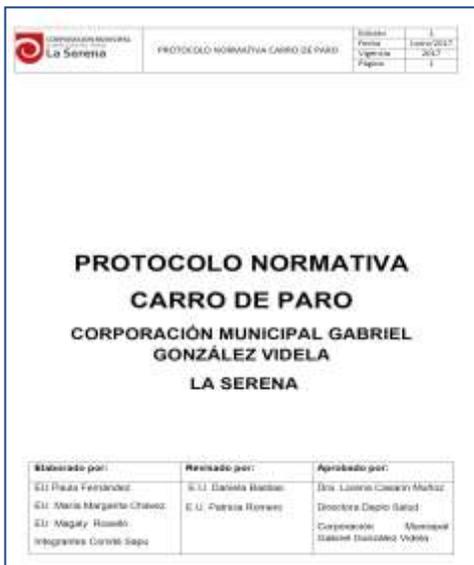
Encargada del Cargo

7.7.1.4 Comité Comunal de SAPU:

Este Comité tiene varios años de funcionamiento, con periodos de interrupción. La modalidad de trabajo es realizar una reunión mensual donde participan los coordinadores Médicos y Enfermeras de cada SAPU.

Su trabajo está enfocado en mejorar la calidad de la atención de Urgencias de leve y mediana complejidad a través de la elaboración Manuales y Protocolos Técnicos – Clínicos, como también en mejorar el trabajo en Red con Hospital La Serena y Centro Regulador –SAMU, contemplando en ello Pasantías para TENS en SAMU y en la capacitación para futuro SAR de SAPU Emilio Schaffhauser y Cardenal Raúl Silva.

También este comité realizo revisión de Arsenal Fármacos SAPU, sugiriendo a la Red la incorporación de algunos fármacos.



7.7.1.5 Comité Comunal de Ges- Resolutividad: este comité tiene ya un tiempo de funcionamiento con modalidad de reunión mensual y se encuentra a cargo de Coordinador Comunal de Ges y Resolutividad.

Este año 2017 se incorporaron al comité los Médicos Gestores de los establecimientos, además de los integrantes como Monitores y Digitadores GES como asistentes habituales.

La función de este comité es entregar herramientas a los equipos técnicos para mejorar los procesos de Listas de espera, revisar y corregir registros en sistema informático de Interconsultas generadas, difundir Mapa de Derivación de las distintas especialidades en la Red. Otra función es velar por cupos de Convenio de Resolutividad, donde se deben optimizar la cobertura de Exámenes de Imágenes, Cirugía menor, atenciones de UAPO, Otorrino y Endoscopias digestivas.

COMUNIDAD ORGANIZADA		
La Serena		
Reunión Número: 052017		
Acta de Reunión Comité Comunal Referencia y Contra referencia		
I. Características de Reunión		
Fecha	Hora	Lugar de reunión
14 Junio del 2017	09:30H	Sala de reunión CSEFAM MAG.
Duración: 4 horas.		
II. Asunto Resuelto:		
I. Coordinación equipos Referencia GES comuna La Serena Extra urbana		
III. Asistentes:		
Acad. María Pizarro Alejandra Muñoz Ana Rodrigo Isabel Muñoz Lilian Flores Rosalva Hernández Darío Arévalo Nicolás Herrera	Guillermo Álvarez Enrique Alfaro Patricia Romero Diana Fuentes Alejandra Ruiz Gabriela Alfaro Dina Barboza	
IV. Asesorías:		
Descripción	Responsable Ejecución	Fecha Compromiso
Se debe presentar un flujo consolidado para seguir el registro del resultado de FO según las necesidades de cada centro, para esto se creará a Sistema Rojas para definir una semana.	Coordinador PSCV	Julio
Se analiza referencia de centros GES ya que con el cambio de mapa de derivación, surgen un número de especialidades donde derivar por lo que se cree que Día Mesena Aguirre realiza en próxima reunión una presentación de flujo de esta PS. Ya que según análisis FO de 1812210 esta PS debe ser referida a Neurología de HCL.	Mauro Geppi C. Carr	Próxima reunión
Se analiza flujo PS GES UAU, se revisa el flujo presentado por Dr. Aguirre. Que sea claro el flujo con las semanas, que sea detallada, sea información que deben pasar a oficina que queda la lista que se referencia a comité según de los casos que son oportuno para el registro y se discute una semana de 100.	Comité SAPU	Julio
Se analiza propuesta de formatos de referencias para que se actualicen a nuevas realidades en formato para tener con	Médicos Gestores	2017

Departamento salud a incluir en las resoluciones que se deban actualizar		
La Junta analizó sobre el Flujo de gestión en lista espera, sobre que realizará los diagnósticos de resolutividad según la regla carteras en función.		
Colaboró con la NO institución GIC, ya que se creó una RM, E y se creó. Entregó un informe de la acción con detalles de RM, E. Se discute que por sistema se podrá realizar una redirección por parte de médico gestor, se aclara que de lunes a viernes se puede realizar cambios de especialidad diagnóstica y de tratamiento clínico.	Médicos Gestores	2017
Se informa y aclara que de esta instancia sobre responsabilidad de renovar en espacio Normativa a medida. Que se debe contar con realidades necesarias.	Equipos Referencia locales	2017
Se genera acciones administrativas de renovación con registro y renovación tras resultado de verificación que debe ser.		
Se analiza PS GIC Colaboración ya que a raíz de un informe, muestra regional informa que no debe generarse GIC, pero institución de HCL aclara que debe ingresar GIC ya que necesitan datos ciertos.	Equipos Referencia locales	2017
Se informa ante la reunión de coordinación entre APS, LS y HCL tras GICG, sobre acuerdo en Flujo de AT GIC y flujo. Acuerdos en sala.	Equipos Referencia locales	2017
Médico gestor que participó en sesión generó una reunión con neurología, para lo que informa para poder incluir lista de coordinación y lista de flujo de manejo de usuarios de Parkinson y Epilepsia.	Médicos gestores	2017
Se informa actividad de TAD de UAU, sobre derivación con atención a usuarios a FO a UH.	Equipos Referencia locales	2017
Agencia de RH consulta que en última reunión se acordó a tener de referencia información que no deberían realizarse local de caso en APS, por lo que se debe consultar información a Mary Day.	Coordinador	Julio
Se informa sobre SAPU y temas relacionados de flujo de caso establecido. Se revisa lista establecido a ser.	Coordinador comunal	Julio
Se informa que se que se debe tener un Guastipira 20mg el cual se debe usar de manera Paréntera mayor de 60 años.	Equipos Referencia locales	2017
Se entrega consentimiento informado para seguir a usuarios de usuarios a FO, según normativa existente.	Equipos Referencia locales	Julio
PRÓXIMA REUNIÓN 12 Julio 2017 A LAS 9:30 EN LUGAR POR CONFIRMAR		

7.7.1.6 Mesa de Cardiología con Intersector:

Esta instancia de trabajo en Red inicia en marzo/17. Está integrada por representantes de SSC, Hospital La Serena (Cardiólogo), y APS con presencia de Médico Gestor, Coordinador Comunal Ges – Resolutividad, Encargada Programa Cardiovascular Comunal y Coordinación Técnica Depto. Salud.

Entre su gestión se han realizado Consultorías Mensuales y Capacitación a Médicos de APS.



7.8 COMUNAL DE TRABAJO PARA EL ADULTO MAYOR

Durante el año 2016, se estableció el Plan de Trabajo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el cual contemplaba el trabajo mancomunado con la Red Local de Servicios para el Adulto Mayor, por lo que el equipo del Programa propone una Capacitación a la Red Local, con representatividad de adultos mayores de toda la comuna, en conjunto con las principales entidades que realizan o enfocan su labor en esta población.

Por lo que el Programa buscaba complementar las acciones con todas las instituciones existentes, formando una red que fomentara la inclusión social de los adultos mayores de nuestra comuna. Es por esto que la Capacitación de la Red Local de Servicios para el Adulto Mayor tuvo como objetivo, reforzar y nutrir los conocimientos que ya se poseen, así como también estrechar vínculos con las instituciones del área.

A raíz de esta Capacitación de la Red Local, surge la necesidad de formar una Mesa de Trabajo Comunal para el Adulto Mayor, con los siguientes objetivos:

- Conformar una Mesa Técnica de Trabajo del Adulto Mayor con el propósito de ir generando acciones conjuntas, en forma coordinada, en torno a sus problemáticas.
- Realizar abordaje de casos con problemáticas biopsicosociales que requieran intervención integral por parte de la red intersectorial de la comuna de La Serena.
- Efectuar educación y capacitación a los representantes de las instituciones participantes en temas relacionados con la problemática del Adulto Mayor.
- Fomentar la adecuada coordinación entre las instituciones que conforman la red intersectorial del Adulto Mayor, mediante la profundización del conocimiento del quehacer de cada una de ellas.

- Generar actividades comunales con el intersector, que promuevan estilos de vida saludables para el adulto mayor y fomenten la autovalencia e independencia funcional del AM.
- Generar actividades en conjunto que promuevan los derechos del Adulto Mayor de la comuna de La Serena, entre ellos: talleres e intervenciones equipo multidisciplinario en las organizaciones locales y comunales de AM.

Por lo tanto se estableció la realización de reuniones mensuales con la Corporación Gabriel González Videla, Instituciones, tales como Oficina del Adulto Mayor, SENAMA, Centro Diurno del Adulto Mayor, Instituto de Previsión Social, Instituto Nacional del Deporte, etc, Equipo del Programa Más, Delegaciones y representantes de los adultos mayores de cada uno de los sectores de la comuna de La Serena.

En agosto del 2016, se sientan las bases de la primera Mesa Comunal de Trabajo para el Adulto Mayor, en donde se comprometen los participantes al cumplimiento de los objetivos propuestos y a participar activamente de la mesa. En donde uno de los temas principales fue conocer la oferta programática de cada una de las instituciones participantes.

Se establece tratar ciertos temas durante las reuniones los cuales son propuestos por los adultos mayores, por lo que desde septiembre del 2016 hasta la fecha, se han abordado los siguientes temas con profesionales especializados en cada uno de ellos, funcionarios de la Ilustre Municipalidad de La Serena, Departamento del Salud, Corporación Gabriel González Videla, Funcionarios de la APS, docentes de universidades, etc.

Temas tratados:

- Medio Ambiente.
- Ley de Medicamentos.
- Proyectos de la Oficina del Deporte para los Adultos Mayores.
- Buen Trato en el Adulto Mayor.
- Seguridad Municipal de la Comuna
- Ley de Herencia
- Funcionamiento del Nivel Secundario (Interconsultas y exámenes)
- Beneficios del Adulto Mayor
- Beneficios del adulto mayor por parte de SENAMA.
- Factores de Riesgo Cardiovasculares.

Por otra parte se da realce a cada una de las actividades planificadas a nivel comunal, ya sea por parte del Programa, como por parte de las respectivas Delegaciones o Instituciones.

Además se busca dar soluciones en conjunto con todos los participantes a las problemáticas expuestas, con el fin de que los adultos mayores sean partícipes y protagonistas en la toma de decisiones.

Por otra parte se han organizado actividades de impacto comunal, las cuales han tenido muy buena acogida por parte de la comunidad, logrando empoderar a los

adultos mayores, brindando una mirada distinta a la población, de la capacidad de adaptarse, mostrando su vitalidad y ganas de participar activamente en la sociedad.

Desde agosto del 2016 hasta la fecha, se han llevado a cabo 9 reuniones de la Mesa Técnica de Trabajo para el Adulto Mayor, logrando mantener de forma óptima sus objetivos iniciales.

7.8.1 Mesa Comunal del Más adulto Mayor Autovalente de La Serena



7.8.2 Intervención Radial Departamento de Salud

El Departamento de Salud busca difundir a nivel regional un espacio radial de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los estilos de vida saludables, la difusión de factores protectores, demostrando así el compromiso social del Departamento para impactar el entorno y contribuir con la disminución de la morbi-mortalidad mediante la educación en Salud.

Con un componente altamente social e informativo que ofrece a la radio audiencia el desarrollo de programas de salud con un enfoque en la promoción y prevención de la misma, a través de conferencias en vivo y en directo, así como en diferido, con especialistas de las diferentes ramas de salud, donde a través de entrevistas se ofrece una visión amplia de los principales problemas de salud que se presentan en la RED de Salud y los mecanismos de prevención para cada uno de estos.

El acercarnos a la plataforma radial nace con el fin trabajar conjuntamente con los medios de comunicación, entendiendo la importancia de la efectividad de esta herramienta comunicativa para hacer de nuestro propósito del foco una mejor calidad de vida a la población, y así como la sensibilización a toda la población por medio de los espacios radiales con el propósito que se creen hábitos y comportamientos saludables a nivel físico, mental y social.

Asumimos para el 2018 seguir contribuyendo para difundir a nivel masivo la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también con la fiel convicción que tal iniciativa no está enfocada solamente en el bienestar desde la ausencia de la enfermedad física sino también con un componente integral que abarque el bienestar social, psicológico, político y cultural que es el principio fundamental de Salud Pública; eje central del Departamento de Salud de la Corporación Gabriel González Videla, La Serena.

Entrevistas radiales como apuesta de promoción de los programas/ convenio de Salud.



(Piloto salud escolar)



(Programa de la Mujer)

Programa MAS



Puesta en marcha CECOSF Arcos de Pinamar



7.9 BUENA PRÁCTICA COMO DEPARTAMENTO DE SALUD

La iniciativa busca promover la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad de la región en los distintos departamentos de la Municipalidad y organismos públicos que se sumarán a este Plan.

Se desarrolló la actividad destinada a reconocer la labor de personas y organismos involucrados en la ejecución del Plan de Apoyo a la estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI), iniciativa impulsada por el municipio de La Serena y ejecutada por la Universidad de La Serena, con el financiamiento del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)

Proyecto tuvo como propósito fundamental, fomentar el desarrollo local inclusivo a nivel comunal desde una perspectiva integral, por medio del apoyo, cooperación técnica y coordinación intersectorial, para reorientar y/o profundizar las políticas inclusivas de desarrollo municipal.



7.10 METAS E IAAPS 2016

7.10.1 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 esta ley, 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.

7.10.2 Metas Sanitarias

METAS SANITARIAS	META EXIGIDA % 2017	CUMPLIM DIC 2016	CUMPLIM 1° CORTE 2017
META 1: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	90	108.92 %	59.83 %
META 2 : COBERTURA DE PAPANICOLAU VIGENTE EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS	50	90.49 %	96.40 %
META 3a: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	75	92.95 %	43.72 %
META 3b: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA EN EMBARAZADAS	85	102.83 %	80.61 %
META 3c: COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS	79	94.67 %	42.63 %
META 4a: COBERTURA EFECTIVA DE DM2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	23	91.85 %	90.21 %
META 4b: COBERTURA EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO	49	106.67	57.64 %
META 5: COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	37	89.77 %	95.69 %
META 6: COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES AL 6° MES DE VIDA	60	98.27 %	105.01 %
META 7: PLANES DE PARTICIPACION SOCIAL	80	106.67 %	100 %

7.10.3 Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud.

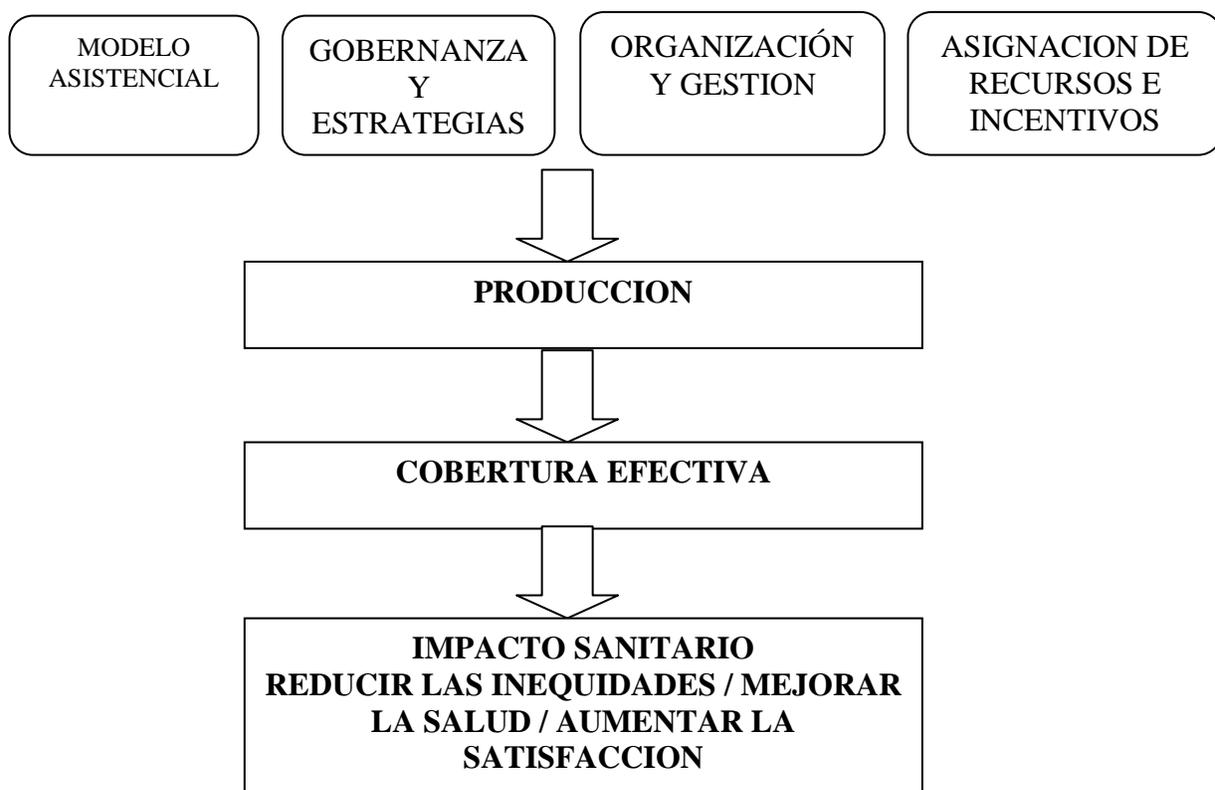
Para el 2017 el IAAPS se plantea como un mecanismo para evaluar el progreso y desempeño de la At Primaria, mediante indicadores que respondan a la estrategia de RISS, entendida como el eje de desarrollo para APS.

Estos indicadores se construyen para evaluar el desarrollo armónico de los 4 ámbitos de abordaje de los RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud)

A modo de cadena de resultados:

- .-Modelo Asistencial
- .-Gobernanza y Estrategias
- .-Organización y gestión
- .-Asignación de Recursos e incentivos

Se espera retroalimentar la gestión de salud, que a su vez facilite la determinación de provisión de servicios para la planificación adecuada para cubrir las necesidades de salud de la población



Los indicadores de IAAPS se formulan 4 secciones:

Indicadores de la estrategia RISS

De producción

De cobertura efectiva

De impacto sanitario

7.10.4 Metas Sanitarias 2017

7.10.4.1 IAAPS 2017

1. INDICADORES ESTRATEGIA REDES ASISTENCIALES DE SERV. DE SALUD		DIC 2016	JUNIO 2017
META 1: AMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL. PORCENTAJE DE CENTROS DE SALUD AUTOEVALUADOS-MAIS	AUMENTAR	/	N/A
META 2: AMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL. PORCENTAJE DE FAMILIAS EVALUADAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR	15%	/	14.14%
META 3: AMBITO RISS, GOBERNANZA Y ESTRATEGIA: GESTION DE RECLAMOS EN AT. PRIMARIA CON ENFOQUE PARTICIPATIVO.	97%	/	98.03%
META 4: AMBITO RISS, ORGANIZACIÓN Y GESTION: CONTINUIDAD DE LA ATENCION. DISPONIBILIDAD DE FARMACOS	100%	100 %	100% 90 %
1. INDICADORES DE PRODUCCION			
META 5: TASA DE CONSULTAS DE MORBILIDAD Y DE CONTROLES MEDICOS, POR HABITANTES AÑO	1.0	/	0.47%
META 6: PORCENTAJE DE CONSULTAS RESUELTAS EN ATENCION PRIMARIA	<=10%	/	10.220%
META 7: TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	0.22	98.84 %	0.17%
META 8: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 64 AÑOS. .- COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP),EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS. .- COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADOS A HOMBRES Y MUJERES DE 65 Y MAS AÑOS.	20% 25% 55%	69.50 % 79.83 % 84.80 %	7.59% 11.93% 22.39%
META 9: COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	94%	105.26 %	56.68%
META 10: COBERTURA DE CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE DE 10 A 14 AÑOS	15%	103.79 %	9.13%
META 11: PROPORCION DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLOGICA TOTAL	24%	84.59 %	15.43%
META 12: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS DE 5 Y MÁS AÑOS.	17%	102.57 %	17.76%
META 13: COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN GRAL Y EPOC EN PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS	22%	58.79 %	14.58%
META 14: COBERTURA DE CAPACITACION A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA, CON PAGO DE ESTIPENDIO	90%	/	100%
2. INDICADORES DE COBERTURA EFECTIVA			
META 15: CUMPLIMIENTO DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD CUYAS ACCIONES SON DE EJECUCION EN APS	100%	100 %	100%

Plan Comunal de Salud 2018

META 16: COBERTURA DE VACUNACION ANTIINFLUENZA EN POBLACION OBJETIVO DEFINIDA PARA EL AÑO EN CURSO	80%	/	74.58%
META 17: INGRESO PRECOZ DE MUJERES A CONTROL DE EMBARAZO	90%	100.81 %	91.79%
META 18: COBERTURA DE METODO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS, QUE USAN METODS DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD.	19%	/	16.88%
META 19: COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DM 2, DE 15 Y MAS AÑOS.	29%	87.94 %	20.76%
META 20: COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	54%	83.55 %	35.42%
3. INDICADORES DE IMPACTO			
META 21: PROPORCION DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS LIBRE DE CARIES EN POBLACION INSCRITA.	ESTABLECER LINEA BASE	/	100%

7.11 EVALUACIÓN Y CONTROL

7.11.1 Procedimiento de Evaluación.

Para las metas de cumplimiento progresivo: 1 2 5 7 8 10 11 12 13 14 16 18 21, se espera que en cada corte se logren los siguientes porcentajes

- 1 Corte: ABRIL: acciones realizadas de enero a abril15%
- 2 Corte: JULIO: acciones realizadas de enero a julio50%
- 3 Corte: OCTUBRE acciones realizadas de enero a octubre.....80%
- 4 Corte: DICIEMBRE: acciones realizadas de enero a diciembre...100%

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 de indicadores que distribuyen fracciones de peso

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%

Rebaja según porcentaje de cumplimiento para indicador de continuidad de atención y para garantías explícitas en salud.

Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	100	0%
2	95 a 99.99	2.0%
3	90 a 94.99	4.0%
4	Menor de 90	8.0%

8 GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS EN LA A.P.S

Los(as) funcionarios(as) de la Salud de Atención Primaria Municipalizada, constituyen el principal recurso institucional, para ir materializando las diversas actividades sanitarias que buscan principalmente el bienestar físico, psicológico y social de la ciudadanía de nuestra comuna de La Serena.

Las normas principales, que rigen en la gestión y desarrollo de personas son la Ley N° 19.378 de la Atención Primaria de Salud y la ley N° 18.883 Estatuto Municipal de los funcionarios, las que velan por que estos puedan ir aportando a la comunidad tanto con sus conocimientos así como con su quehacer técnico-profesional, centrandose siempre la atención preferencial en el usuario, pero también resguardando los derechos del personal especializado de salud, así como del personal de apoyo que busca la mejora continua de sus servicios y la calidad en la atención de nuestros usuarios.

A nivel de los funcionarios, se velará por el cumplimiento de los aspectos de la Carrera funcionaria resguardando para ello, el fortaleciendo de manera continua de las competencias transversales, generales y técnicas del personal de Planta de nuestra Dotación 2018, lo que se concreta en la ejecución de un Plan Anual de Capacitación especializado en la A.P.S.

Se agrega lo anterior, la puesta en práctica de espacios de autocuidado que buscan ir mejorando la calidad de vida laboral de los funcionarios, además de ir mejorando de manera continua, los climas organizacionales de los distintos Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

La consolidación de las mesas de trabajo con los Gremios de la Salud, AFUSAM LA SERENA y A.G MÉDICOS APS LA SERENA, se inserta dentro de la visión de gestión participativa que ha impulsado el Departamento de Salud de la Corporación Municipal Gabriel González Videla, que busca la mejora continua de las condiciones de los funcionarios, abogando al mismo tiempo, por el cumplimiento de las metas sanitarias y la continuidad de la atención de la comunidad, entregando la cartera de prestaciones de salud, de una manera óptima.

8.1 DOTACION DE PERSONAL

PLANILLA RECOLECCION DE DATOS DOTACION 2018										
FUNCIONARIOS ATENCION PRIMARIA LEY 19.378										
IV REGION										
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA SERENA										
CAT.	ESCALAFON	DOTACION SOLICITADA AÑO 2018								
		N° FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS							TOTAL HORAS	CANT.
		N° FUNC.	44	33	22	11	6			
A	CIRUJANO DENTISTA	35	32	0	3	0	0	1474	4257	
	MEDICO CIRUJANO	66	56	5	3	2	0	2717		
	QUIMICO FARMACEUTICO	2	1	0	1	0	0	66		
	BIOQUIMICOS	0	0	0	0	0	0	0		
B	ASISTENTE SOCIAL	26	25	0	1	0	0	1122	9004	
	ENFERMERA/O	65	59	3	3	0	0	2761		
	FONOAUDILOGO	3	3	0	0	0	0	132		
	MATRONA/ON	32	31	1	0	0	0	1397		
	NUTRICIONISTA	20	19	0	1	0	0	858		
	PSICOLOGA/O	28	22	1	4	1	0	1100		
	KINESIOLOGA/O	29	21	3	4	0	1	1117		
	TECNOLOGO MEDICO	1	0	1	0	0	0	33		
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	3	3	0	0	0	0	132		
	EDUCADORA DE PARVULOS	8	8	0	0	0	0	352		
	INGENIERO	0	0	0	0	0	0	0		
	ABOGADO	0	0	0	0	0	0	0		
	OTRO PROFESIONAL (INDICAR PROFESION)	0	0	0	0	0	0	0		
C	CONTADOR	0	0	0	0	0	0	0		6754
	ESTADISTICO	0	0	0	0	0	0	0		
	PROGRAMADOR	7	7	0	0	0	0	308		
	TENS	109	109	0	0	0	0	4796		
	TANS	31	31	0	0	0	0	1364		
	TECNICO EN ODONTOLOGIA	2	2	0	0	0	0	88		
	PODOLOGIA	7	2	0	5	0	0	198		
D	AUXILIAR DE ALIMENTACION	0	0	0	0	0	0	0	2694	
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	31	31	0	0	0	0	1364		
	AUXILIAR DE FARMACIA	1	1	0	0	0	0	44		
	AUXILIAR DE LABORATORIO	0	0	0	0	0	0	0		
	AUXILIAR DENTAL	29	29	0	0	0	0	1276		
E	ADMINISTRATIVO/A	47	47	0	0	0	0	2068	2068	
	SECRETARIO/A	0	0	0	0	0	0	0		
F	AUXILIAR DE SERVICIO	40	40	0	0	0	0	1760	3916	
	CHOFER	30	30	0	0	0	0	1320		
	NOCHERO	19	19	0	0	0	0	836		
TOTALES		671	628	14	25	3	1	28683	28683	

Cuadro N° 1.- Formato Planilla de Dotación La Serena, MINSAL, 2018.

8.2 MARCO LEGAL LEY 19.378, ESTATUTO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

8.2.1 Dotación y Jornada de Trabajo:

Artículo 10.- Se entenderá por dotación de atención primaria de salud municipal, en adelante "la dotación", el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento.

Artículo 11.- La dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, considerando, según su criterio, los siguientes aspectos:

- a) la población beneficiaria.
- b) las características epidemiológicas de la población referida en la letra anterior.
- c) las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud.
- d) el número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
- e) la disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

Artículo 12.- La fijación de la dotación se hará mediante una proposición que deberá ser comunicada al correspondiente Servicio de Salud en el plazo de diez días.

El Servicio de Salud podrá observar la fijación si considera que no se ajusta a las normas señaladas en la letra c) del artículo anterior, dentro del plazo de diez días, contado desde la recepción de la respectiva proposición que fijó una dotación. La observación se hará mediante resolución fundada y no podrá implicar un incremento de la dotación precedentemente fijada. Si la municipalidad rechaza algunas de las observaciones, se formará una comisión, integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, el Alcalde de la comuna respectiva y un consejero, representante del Consejo Regional, quien la presidirá. Esta comisión deberá acordar la dotación definitiva antes del 30 de noviembre del año correspondiente.

La Dotación de funcionarios de Atención Primaria de la Salud, este año 2018 se compone de los estamentos Profesionales, Técnicos, Paramédicos, Administrativos, Conductores y Auxiliares de servicio, los que integran un Equipo de Salud Interdisciplinario, que cumple con lo demandando por la comunidad de La Serena, con el más alto estándar exigido por las normas vigentes del sector Salud. El detalle de cargos y horas se describe en el cuadro N°1.- Formato Planilla de Dotación La Serena.

Se solicitaron 671 cargos para el año 2018, en coherencia con la capacidad instalada de infraestructura, el financiamiento de los recursos humanos, las necesidades epidemiológicas de la población, así como las exigencias de implementación de programas de salud y las estrategias de atención de los establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud de nuestra comuna de La Serena.

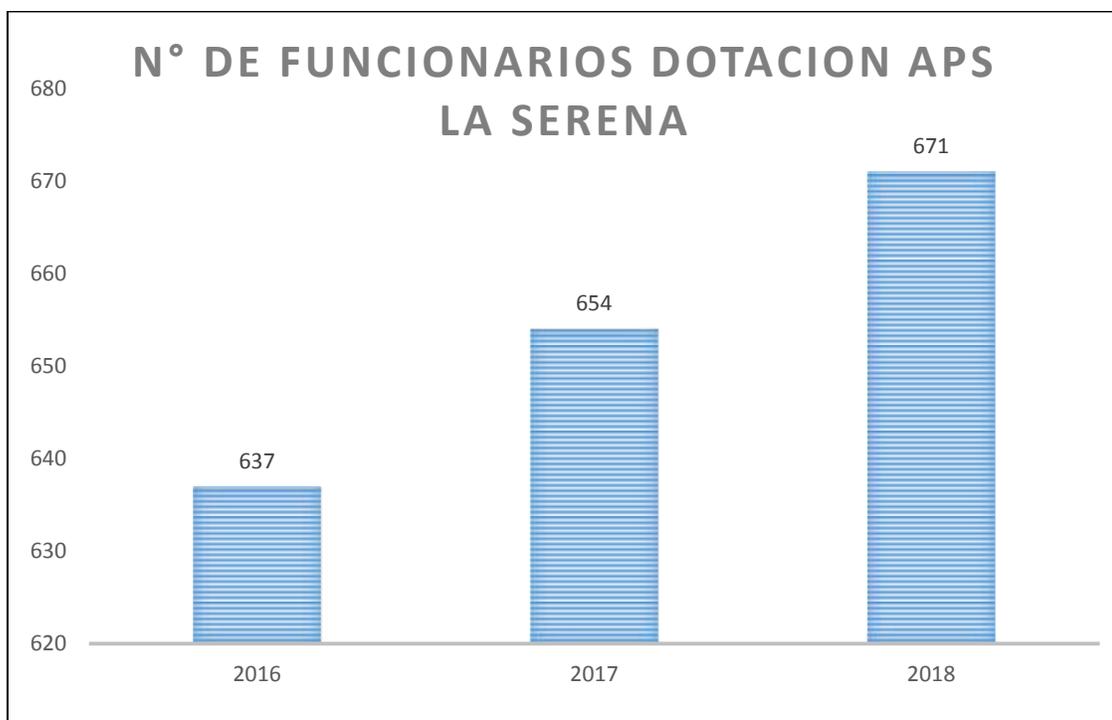


Grafico N° 1: Elaboración Propia, Departamento de Salud, CMGGV, La Serena.

En Formato Planilla de Dotación La Serena, se refleja un total de 688 funcionarios, lo anterior, dado que además de nuestra dotación de 671 funcionarios, se mantienen en convenio vigente, la colaboración de los 16 Médicos en Etapa de Destinación y Formación Final (EDF, ex MGZ), además de 1 Cirujano Dentista en el mismo marco de los convenios de colaboración entre el Municipio de La Serena y el Ministerio de Salud.

En relación al año 2017, se aumenta en un **2,59 %** de personal, lo que significa 17 cargos nuevos que se han debido consignar en nuestra dotación 2018, por necesidades asistenciales de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (CESFAM, CECOSF, PSR y EMR) siendo nuestra dotación 2018, bajo Ley 19.378, de 671 funcionarios.

8.3 ASIGNACIONES MUNICIPALES Y OTROS BENEFICIOS DEL PERSONAL:

ÁREA SALUD ITEM ASIGNACIONES MUNICIPALES 21.01.000.000 año 2018	Monto Mensual (\$)	Monto Anual (\$)	N
Médicos y Odontólogos 44, 33, 22, 11 horas Estimulo Permanencia todo tipo de Jornada	\$ 47.743.165	\$ 572.917.980	\$101
Directores 30 % SB+Asig. APS	\$ 2.652.162	\$ 31.825.944	\$ 6
Subdirecciones 15 % SB+Asig.APS.	\$ 1.314.525	\$ 15.774.300	\$ 8
Coordinaciones Modulo + Equipo Rural 30 %	\$ 696.445	\$ 8.357.340	\$ 2
Encargados Comunales de Programa 15%.	\$ 1.604.965	\$ 19.259.580	\$ 8
Asignaciones de Especialidades Médicas 44 horas	\$ 383.823	\$ 4.605.876	\$ 1
Asignaciones de Especialidades Médicas 11 horas	\$ 191.911	\$ 2.302.932	\$ 1
Asignaciones de Especialidades Médicas 22 horas	\$ 383.822	\$ 4.605.864	\$ 2
Coordinaciones CECOSF 15 %	\$ 734.550	\$ 8.814.600	\$ 4
Homologación D. Difícil Urbano 30%	\$ 85.419.016	\$ 1.025.028.192	\$671
Incentivo al rendimiento médico 20 %	\$ 6.809.790	\$ 81.717.480	\$ 66
Totales 2018	\$ 147.934.174	\$1.775.210.088	

Cuadro N° 2: Elaboración Propia, Departamento de Salud, CMGGV, 2018.

Las asignaciones municipales corresponden a gastos de personal que sin el aporte presupuestario de la Ilustre Municipalidad de La Serena, no podría mantener la competitividad y calidad de atención de la red de Atención Primaria de Salud, siendo difícil retener sin este aporte, los talentos de las personas que constituyen la base de los distintos Equipos de Salud.

Cuadro Comparativo de Gastos de Personal

Comparación	Monto en M(\$)	Monto en M(\$)
Año 2017	\$ 144.449.078	\$ 1.733.388.936
Año 2018	\$ 147.934.174	\$ 1.775.210.088
Aumento Gastos	\$ 3.485.096	\$ 41.821.152
% Aumento de Gastos respecto a 2017	2,41%	

Fuente: Elaboración Propia, Unidad de RR.HH, Departamento de Salud, CMGGV, 2017.

Como se puede apreciar el aumento de gastos en Personal, es de 2,41% lo que es coherente con el aumento de un 2,59 % de la Dotación para el período 2018.

8.3.1 Marco Normativo de las Remuneraciones, Ley n°19.378

ARTÍCULO 23. Para los efectos de esta ley, constituyen remuneración solamente las siguientes:

- a) El Sueldo Base, que es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por períodos iguales que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado o asimilado de acuerdo con el Título II de esta ley y que se encuentre señalado en el respectivo contrato.
- b) La Asignación de Atención Primaria Municipal, que es un incremento del sueldo base a que tiene derecho todo funcionario por el solo hecho de integrar una dotación.
- c) Las demás asignaciones, que constituyen los incrementos a que se tiene derecho en consideración a la naturaleza de las funciones o acciones de atención primaria de salud a desarrollar, a las peculiares características del establecimiento en que se labora y a la evaluación del desempeño funcionario. Estas son: la asignación por responsabilidad directiva; la asignación por desempeño en condiciones difíciles; la asignación de zona y la asignación de mérito.

Las remuneraciones deberán fijarse por mes, en número de horas de desempeño semanal.

ARTÍCULO 27. El director de un consultorio de salud municipal de atención primaria tendrá derecho a una asignación de responsabilidad directiva, de un 10% a un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría funcionaria y al nivel de la carrera funcionaria. Esta asignación será incompatible con cualquier otra asignación de las señaladas en el inciso siguiente en el mismo consultorio que él dirige.

Asimismo, el personal que ejerza funciones de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 56, tendrá derecho a percibir esta asignación de responsabilidad directiva, en un porcentaje de un 5% y hasta 15% aplicado sobre igual base. Las respectivas asignaciones serán al menos seis y hasta nueve por consultorio.

Con todo, si la entidad administradora define una estructura de más de seis jefaturas, las que excedan de dicho número deberán financiarse con cargo a los recursos que legalmente le correspondan, sin dar origen a incrementos de éstos o aporte adicional alguno. En el evento que la entidad administradora no cuente con consultorio de salud municipal, podrá otorgar hasta un máximo de tres asignaciones de responsabilidad directiva en las mismas condiciones establecidas en el inciso anterior.

ARTÍCULO 45.- Con la aprobación del Concejo Municipal, la entidad administradora podrá otorgar a sus funcionarios asignaciones especiales de carácter transitorio. Dichas asignaciones podrán otorgarse a una parte o a la totalidad de la dotación de salud y fijarse de acuerdo con el nivel y la categoría funcionaria del personal de uno o más establecimientos dependientes de la municipalidad, según las necesidades del servicio. En cualquier caso, dichas asignaciones deberán adecuarse a la disponibilidad presupuestaria anual de la entidad administradora. Estas asignaciones transitorias durarán, como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año

8.4 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.

Procedimiento de Solicitud de Internados y Prácticas 2018:

- 1.- Durante el segundo semestre los Referentes de los Convenios Docentes-Asistenciales de cada casa de estudio, deberán enviar a más tardar el 15 de diciembre de 2017, la proyección de los cupos requeridos por carrera y nivel de los estudiantes.
- 2.- Se enviará una vez analizada la pre-factibilidad de la Capacidad Formadora Potencial, la planilla de cupos solicitados por las casas de estudios, a las Direcciones de los establecimientos, quienes analizarán la Capacidad formadora real y existente en el momento.
- 3.- Direcciones confirmarán al Departamento de Salud, a través de su unidad de Gestión y Desarrollo de personas, los cupos finales aceptados.
- 4.- Departamento de Salud informará cupo asignados y campos clínicos finales por carrera y nivel a los referentes de las casas de estudios.
- 5.- Una vez notificados, los alumnos, se deberán presentar con Carpeta de Práctica en las Direcciones de los establecimientos, en fechas previamente acordadas con las casas de estudio y el Departamento de Salud.
- 6.- Similar Procedimiento seguirán la solicitud de autorizaciones de Estudios de Pre-Grado y Post-grado. Los diseños de investigación deberán ser enviados en conjunto con la carta de autorización para su análisis y visación por parte de la Dirección del Departamento de Salud. Cautelando los consentimientos informados, el apego a las normas técnicas vigentes del MINSAL y la devolución de los resultados al Departamento de Salud y a los Establecimientos de Salud.

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 Pública	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 cláusulas 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

8.4.1 Cuadro: “Esquema General de Fortalecimiento de los convenios docente-asistenciales”



Fuente: Elaboración Propia, Departamento de Salud, 2017.

8.4.2 Experiencia Piloto de Investigación-Acción: FACULTAD DE MEDICINA UCN

“Impacto de la implementación de políticas sectoriales (salud – educación) sobre la malnutrición por exceso en escolares menores de 15 años de la comuna de La Serena, Región de Coquimbo 2017-2018”

Dentro de la relación con la casa de Estudios UCN, una de las estrategias de mejora continua será ir reforzando los diversos aspectos de colaboración institucional en el marco general del Convenio Docente-Asistencial como lo ha sido la alianza de trabajo establecida con la Universidad Católica del Norte UCN, enmarcada en el trabajo del área de Relación Docente Asistencial del Depto. de Salud, se postuló a 2 Fondos de Financiamiento Público un Proyecto de Investigación que buscaba evaluar el *Impacto de la implementación de políticas sectoriales (salud – educación) sobre la malnutrición por exceso en escolares menores de 15 años de la comuna de La Serena, Región de Coquimbo 2017-2018*. Se postuló a un FONIS y a un FIC.

Esta alianza nace al alero de la implementación del Plan de Promoción y de la participación de esta casa de estudio en el **Comité Intersectorial de Plan de Promoción de Salud 2016-2018**.

8.4.2.1 Objetivo General

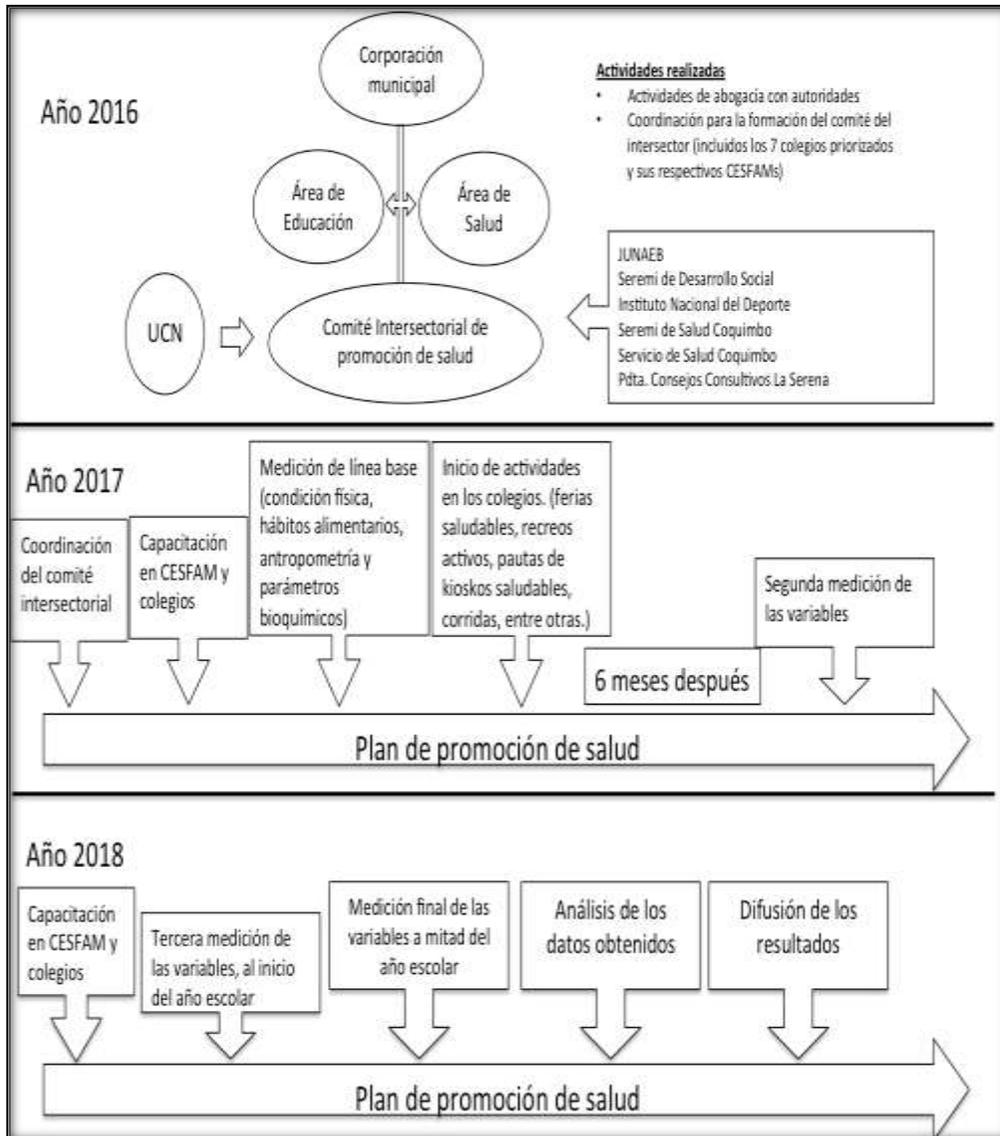
Determinar el impacto de la implementación de políticas sectoriales (SALUD – EDUCACIÓN) dirigido a escolares menores de 15 años de 7 establecimientos de educación de la comuna de La Serena en el periodo 2017-2018 sobre la malnutrición por exceso.

8.4.2.2 Objetivos Específicos

1. Crear la línea de base de la salud de los escolares de los colegios focalizados por el Plan de Promoción de salud, mediante la determinación del estado nutricional, perfil inmunológico, lipídico, metabólico y otros parámetros de salud, en la comuna de La Serena.
2. Caracterizar socio demográficamente a los escolares que participarán del Plan de Promoción de salud implementado en 7 establecimientos de educación en la comuna de La Serena.
3. Fortalecer las capacidades del recurso humano que realizará las evaluaciones de manera de estandarizar las mediciones, utilizando la metodología contemplada en el Manual de la Batería ALPHA sobre test para medir la condición física relacionada con la salud.
4. Medir en los escolares intervenidos, nuevamente los parámetros de salud (hábitos alimentarios, perfil inmunológico, lipídico, metabólico y de condición física

relacionados con la salud incluidos en la batería ALPHA) de manera continua cada 6 meses hasta diciembre del año 2018.

5. Analizar la relación entre el haber participado de la implementación de acciones de Promoción de salud y los cambios sobre hábitos alimentarios, perfil inmunológico, lipídico, metabólico y de condición física relacionada con la salud, incluida en la batería ALPHA en escolares menores de 15 años de la comuna de La Serena.



8.4.2.3 Proyección 2018

A partir de esta experiencia liderada por la Coordinación de Promoción del Departamento de Salud, se proyecta un línea de acción en el marco de los Convenios Docente - Asistencial la cual promueve el que las casas de estudio no sólo se involucren en el uso del campo clínico de la Red APS La Serena para la realización de las prácticas profesionales e internados clínicos de las carreras de salud, sino que, además, se involucren en el ámbito de la investigación y transferencia tecnológica hacia nuestros equipos y comunidad.

De esta manera, la relación institucional de la Corporación Gabriel González Videla de La Serena con la Universidad Católica del Norte (UCN) se consolida como un aporte en los ámbitos científico, social y cultural a proyectos y actividades de nuestros establecimientos de Salud y Educación, que buscan el bienestar integral de nuestros usuarios, tanto en el mejoramiento continuo de los cuidados médicos, como también en el fortalecimiento de las acciones preventivas y promocionales de la Salud, en el marco de consolidación de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

En el caso de la Universidad de La Serena, la idea es seguir potenciando la alianza estratégica, destacando los proyectos de intervención comunitaria de las carreras de Enfermería, Odontología y Kinesiología. En el caso de la carrera de Enfermería se destaca el estudio que se adjudicó dicha Escuela sobre “Las Representaciones Sociales del uso de las Plantas Medicinales por parte de las/os enfermeros/as de la Red A.P.S de La Serena”, además de la implementación de Proyecto de Pausas Activas de la escuela de Kinesiología en el edificio Corporativo.

Con cada Casa de Estudios, la idea es ir generando, no sólo una forma tradicional o “clásica” de colaboración, que es el uso de campos clínicos de los estudiantes en práctica, sino que además, se potencie la colaboración institucional estratégica, mediante proyectos de intervención comunitaria, que beneficien tanto a nuestras comunidades como así mismo a los funcionarios de los establecimientos.

8.5 BONIFICACIONES POR LEY 19.378 A PERSONAL A.P.S:

8.5.1 Bono Conductores:

- Los funcionarios que, estén asignados, mediante resolución de la entidad administradora, para cumplir funciones de conductor de vehículos que transporten pacientes y equipos de salud, tendrán derecho a recibir una bonificación mensual especial siempre que tengan licencia de enseñanza media o su equivalente y licencia de conducir A2 o A3.
- Esta bonificación será imponible y su monto mensual ascenderá al equivalente al 17% del SB + AAP correspondiente a su nivel de la categoría f), calculada en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional de dicha categoría
- Se mantendrá el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia, originados por permisos, licencias y feriado legal.

8.5.2 Bonificación Desempeño Difícil:

- Los funcionarios que laboren en establecimientos reconocidos por el Ministerio de Salud y calificados como establecimientos de desempeño difícil por decreto supremo, tendrán derecho a una asignación de desempeño difícil, consistente en los porcentajes, aplicados sobre la suma del SB y la asignación de AP, correspondientes a su nivel y categoría funcionaria en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.
- **Artículo 29.-** La calificación de establecimiento urbano de desempeño difícil, deberá hacerse por el Ministerio de Salud **cada tres años**.
- Los establecimientos favorecidos no podrán exceder al 25% del total nacional de horas de dotación urbana.
 - Primer Tramo:** 15% de ADD y hasta un 10% de las horas de la dotación de los establecimientos urbanos consideradas para el beneficio.
 - Segundo Tramo:** 10% de ADD para el 10% de aquellos ubicados a continuación del tramo anterior
 - **Tercer Tramo:** 5% de ADD para el 5% restante para completar el mencionado 25%.
- **Artículo 30.-** La calificación del grado de dificultad del desempeño de los establecimientos rurales deberá hacerse por el Ministerio de Salud **cada cinco años**.
- **Primer Tramo:** 26% de ADD hasta un 10% de las horas de la dotación de los establecimientos rurales a nivel nacional consideradas para el beneficio

- **Segundo Tramo:** 19% de ADD para el 10% de aquellos ubicados a continuación del tramo anterior
- **Tercer Tramo:** 10% de ADD para el restante porcentaje de horas de dotación rural nacional hasta completar el 100% de éstas

8.5.3 Asignación de Mérito:

- El 1 ° tramo, conformado por el **11% mejor calificado** y obtendrá una asignación de **hasta el 35 % de dicho SBMN.**
- - El 2 ° tramo, correspondiente al **11% ubicado a continuación** del tramo anterior, obtendrá **hasta el 20% de dicho SBMN.**
- - El 3 ° tramo, conformado por el **13% restante**, obtendrá **hasta el 10% de SBMN.**

El beneficio **se pagará por parcialidades en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre**, incluyéndose en cada uno de estos pagos todo el trimestre respectivo, y El reglamento establecerá las normas de desempate para situaciones de igual evaluación

8.5.4 Asignación Municipal:

- **Artículo 45.-** Con la aprobación del Concejo Municipal, la entidad administradora podrá otorgar a sus funcionarios **asignaciones especiales de carácter transitorio.** Dichas asignaciones podrán otorgarse a una parte o a la totalidad de la dotación de salud y fijarse de acuerdo con el nivel y la categoría funcionaria del personal de uno o más establecimientos dependientes de la municipalidad, según las necesidades del servicio. **En cualquier caso, dichas asignaciones deberán adecuarse a la disponibilidad presupuestaria anual de la entidad administradora.** Estas asignaciones transitorias durarán, como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año.

8.5.5 Asignación de perfeccionamiento:

- Artículo 42 y Artículo 56° Reglamento.- Los funcionarios que hayan obtenido los siguientes títulos y diplomas de perfeccionamiento de postgrado: cursos y estadías de perfeccionamiento; especializaciones por profesión; diplomas, magister y doctorados, tendrán derecho a una asignación de hasta un 15% del sueldo base mínimo nacional.

8.5.6 Asignación de Desempeño Colectivo Ley N° 19.813:

- **ARTÍCULO 1.-** Dicha asignación estará **asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias**. Corresponderá esta asignación a los trabajadores que hayan prestado servicios para una Entidad Administradora de salud municipal, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren además en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.
- **ARTICULO 2.-** Se calculará sobre el **SB + la AP de salud municipal**, correspondiente a su nivel y categoría, en una carrera referencial lineal diseñada a partir del **sueldo base mínimo nacional**, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales. La asignación contendrá un **componente base y otro variable**.
- **ARTÍCULO 3.-** La asignación se pagará en cuatro cuotas, en los meses de **abril, junio, septiembre y diciembre de cada año**. El monto de cada cuota ascenderá al **valor acumulado en el período** respectivo, como resultado de la aplicación mensual de la asignación.

8.5.7 Bono Trato Usuario Ley N° 20.645:

- Artículo 1°.- Establécese, para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria contenido en la ley N° 19.378, que se desempeñe en los establecimientos municipales de atención primaria de salud y en las entidades administradoras de salud municipal, que se encuentre contratado a plazo fijo o indefinido, una asignación anual en relación con los resultados obtenidos en el proceso de evaluación del mejoramiento en la calidad del trato al usuario en los establecimientos municipales de atención primaria de salud.

8.5.8 Bono de Retiro Voluntario Ley N° 20.919:

Artículo 2.- Se otorgará, por una sola vez, una bonificación por retiro voluntario al personal regido por la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, siempre que:

- a) Entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2024, hubiese cumplido o cumpla 60 años de edad, en el caso de las mujeres, y 65 años de edad, si son hombres o;
- b) Al 30 de junio de 2014 haya cumplido 60 años o más años de edad, si son mujeres, y 65 o más años de edad, si son hombres.

También tendrán derecho a la bonificación por retiro voluntario el personal que, entre el 1 de julio de 2014 y 30 de junio de 2024, haya obtenido u obtenga la pensión de invalidez que establece el decreto ley N° 3.500, de 1980, y que dentro de los tres

años siguientes a dicha obtención cumplan 60 años de edad, en el caso de las mujeres, y 65 años de edad, en el caso de los hombres, edades que en ningún caso podrán cumplirse más allá del 30 de junio de 2024. Los referidos funcionarios y funcionarias podrán postular a la bonificación por retiro voluntario, una vez cumplida la edad requerida para ello y de acuerdo a lo que se establece en este reglamento.

8.6 ENCUESTA TRATO USUARIO: UN DESAFIO AL 2018

Según el Informe Final 2017 de la Universidad de Chile, en relación al *Estudio de Medición y Aplicación del Instrumento de Evaluación-Encuesta-sobre mejoramiento de la calidad de Trato a los Usuarios en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal y en los Establecimientos Dependientes de los Servicios de Salud* es que el Departamento de Salud de La Serena, estableció diversas estrategias para garantizar una mejora en esta área y avanzar hacia lo óptimo.

8.6.1 Antecedentes:

Según este informe, el trato al usuario y la entrega de un adecuado servicio capaz de brindar satisfacción, *“es un desafío constante para las Redes Asistenciales de Salud del Ministerio de Salud, entidad que tiene como rol y compromiso otorgar soporte y apoyo en aquellos aspectos relacionados con el buen trato al usuario desde la gestión, logística y calidad de atención”*.

En ese ámbito, las leyes N° 20.645 y N° 20.646, y sus reglamentos, aprobados por decretos supremos de salud N°24 y N°25, de 2013, respectivamente, establecen una **asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato a los usuarios para el personal que se desempeña en establecimientos municipales de atención primaria de salud**, y en establecimientos dependientes de los servicios de salud, y que se otorga como resultado de la aplicación de un instrumento de evaluación encuesta cada año.

Para contar con información fidedigna sobre la **percepción de los usuarios del sistema** respecto al trato recibido en los establecimientos de red asistencial, es que el Ministerio de Salud desde el año 2013 viene realizando anualmente una encuesta que mide el trato a los usuarios en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal y en los Establecimientos dependientes del Servicio de Salud de la red de Salud Pública. La aplicación 2016 de esta encuesta, fue adjudicada mediante licitación pública a la Facultad de Economía de la Universidad de Chile.

Los centros de **APS de La Serena**, obtuvieron notas que fueron desde un 5,9 a un 6,7, ubicándolos en tramos 3, 2 y 1.

Desde este resultado, este año se implementaron diversas estrategias de modo de fortalecer los mecanismos que aseguraran aumentar nuestro indicador comunal. En términos evaluativos, la Encuesta de Trato Usuario mide:

CALIDAD DEL TRATO EN ASPECTOS GENERALES

P8) La forma en que lo recibieron y saludaron cuando Ud. llegó a este Consultorio (Centro de Salud) o cuando fue atendido.	P9) El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).	P10) La identificación o píoche que usan las personas que trabajan en este lugar para que Ud. los reconozca.	P11) La limpieza de este Consultorio (Centro de Salud).	P14) Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado(a) hasta que fue atendido(a).
--	--	--	---	--

CALIDAD DEL TRATO: PERSONAL ADMINISTRATIVO

P15) La amabilidad y cortesía del personal administrativo que lo(a) atendió.	P16) La rapidez con que fue atendido(a) por personal.	P17) El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.	P18) La disposición del personal para escuchar y comprender lo que Ud. les dijo.	P19) La confianza que le generó el personal administrativo.
--	---	--	--	---

CALIDAD DEL TRATO: PERSONAL TECNICO- ADMINISTRATIVO

P21) La amabilidad y cortesía del(los) Auxiliar(es) de Enfermería (Técnico - Paramédico) que lo(a) atendió (eron).	P22) El tiempo que el Auxiliar de Enfermería (Técnico -Paramédico) dedicó a atenderle.	P23) Las respuestas del Auxiliar de Enfermería (Técnico - Paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.	P24) La disposición del Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.	P25) La confianza que le generó el Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) que lo atendió.
--	--	--	--	--

CALIDAD DEL TRATO: PERSONAL PROFESIONAL

P27) El interés y la amabilidad del (la) profesional que lo(a) atendió.	P28) La explicación que le dio el (la) profesional sobre su problema de salud y tratamiento.	P29) La posibilidad que le brindó el (la) profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.	P30) La disposición del (la) profesional para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.	P31) La confianza que le generó el (la) profesional que lo atendió.
---	--	---	---	---

8.6.2 Proyección 2018:

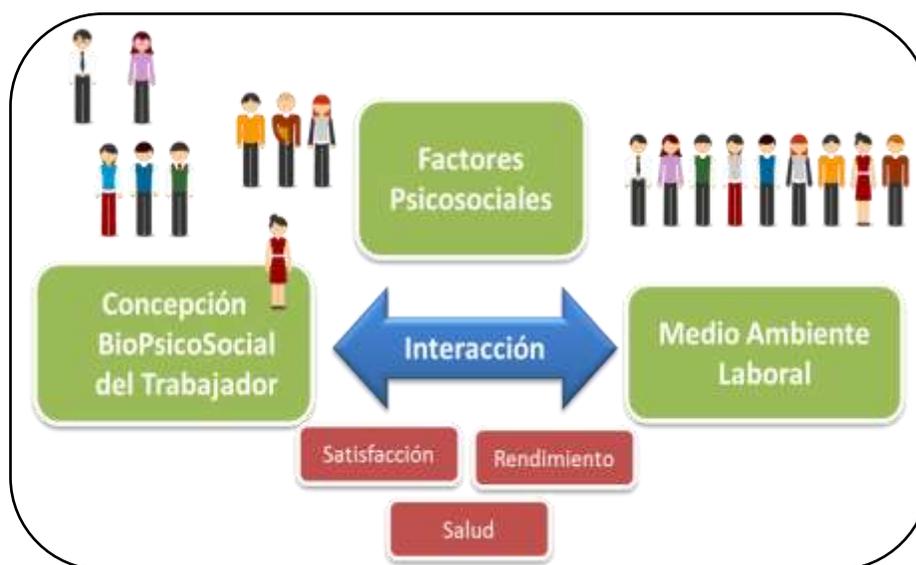
Lo proyectado al 2018, se relaciona con lo realizado este año en el marco de la capacitación orientada a los funcionarios de nuestra Red. Se desarrollaron, por consiguiente, 5 Jornadas denominadas “*Buen Trato Usuario La Serena 2017*” capacitando a 640 funcionarios. Ésta, buscó reforzar las competencias generales de los equipos, tanto en el marco legal N° 20.894, N°20.645 y N° 20.646 de la asignación asociada al mejoramiento del trato a los usuarios, así como también, en el conocimiento de los mecanismos financieros de estímulo al cumplimiento de lo anterior.

En estas jornadas los equipos discutieron, reflexionaron y planificaron acciones para el 2018 con la finalidad de fortalecer sus competencias técnicas, habilidades sociales y personales de modo de mejorar las notas obtenidas tras la aplicación de las Encuestas a los Usuarios. Ello se materializó en un diagnóstico de las problemáticas, definiendo así Planes de Acción, que deberá implementar al 2018 el Departamento de Salud, en conjunto con la Dirección de cada establecimiento de la Red de Atención Primaria de Salud de La Serena.

8.6.3 Comités de Protocolos de Riesgos Psicosocial

Para el 2018, se fortalecerán los comités de aplicación de los Protocolos de Riesgos Psicosocial, lo anterior, es implementar medidas preventivas frente a los Riesgos Psicosociales, a saber: “Situaciones y condiciones inherentes al trabajo, relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo” (ACHS, Modelo Conceptual de Riesgos, 2017).

Lo anterior, se refleja en el siguiente Esquema, ACHS, 2017:



¿Quiénes Integran los comités de Aplicación?

Es una instancia de participación bipartita, donde se integra un representante del comité paritario de los establecimientos de salud, un integrante del Equipo Psicosocial, un Integrante de la Dirección local, más un representante de Asociación de Funcionarios de Salud. Lo anterior por la normativa y actualización del protocolo, a partir del año 2017.

¿Rol de los Comités de Aplicación?

Evaluar el Nivel de Riesgo psicosociales, mediante la aplicación del ISTAS 21, lo que a partir de los resultados, implicará la planificación y ejecución de medidas correctivas, dependiendo del nivel de riesgo psicosocial, en un período de 18 meses como plazo máximo.

8.6.4 Normas Técnicas y Legales que lo regulan en su implementación.

- Resolución exenta n°336 del Ministerio de Salud (protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales, 2013)
- Ordenanza B33/N°1063, 24 de abril de 2015 (transcurrido el plazo de implementación serán fiscalizables todas las empresas de los diversos sectores económicos del país)
- Enfermedades profesionales de origen de salud mental:
- Ley N° 16.744 para determinar la existencia de una enfermedad profesional. El Decreto Supremo N°73 del año 2006 modificó y actualizó el Decreto Supremo N° 109 (diagnósticos “neurosis laborales”)
- Ley de acoso
- Constitución Política del Estado, artículos 1,5 inciso segundo, 19 numerales 1 al 4, 7 y artículo 20°.
- Ley N° 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado, artículos 52 y 53,
- DFL N° 29 del año 2004 del Ministerio de Hacienda que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo , artículos 61 literal g), 64 literal c), 84 literal l) y 119 a 144.
- Código de Buenas Prácticas Laborales
- ORD. 3519/034 Dirección del Trabajo. Documento que fija el sentido y alcance de las modificaciones introducidas en la ley 20.067 (08-agosto de 2012).
- Oficio número 10249, aprobación a proyecto de ley correspondiente al boletín N°3198-13. (04 de julio de 2012)
- Legislación referente a conciliación vida laboral/familiar
- La ley N° 20.545, publicada en el Diario Oficial de 17 de Octubre de 2011, introduce una serie de modificaciones e incorpora nuevas normas al Título II, del Libro II del Código del Trabajo.
- La ley n° 20166 del 12 de febrero de 2007, promulgada el 31 de enero del 2007 por el Ministerio del trabajo y previsión social extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista sala cuna
- El inciso 2° del artículo 195 del Código del Trabajo (permiso paterno)
- Artículo 203 del Código del Trabajo (sala cuna)

8.6.5 Estudios de Clima Organizacional

En la misma línea anterior, de mejorar el contexto laboral de los y las funcionarios(as), se orientarán que se puedan implementar mediante Estudios de Pre-Grado y/o Postgrado, de los estudiantes de las casas de estudios en convenio docente-asistencial, “Estudios de Clima Organizacional que apunte a la reducción del riesgo psicosocial, la prevención del síndrome de burnout y al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios en su ámbito laboral”

Para el 2018, se esperan estudios, en CESFAM C. Caro, CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, CESFAM Juan Pablo II, y CESFAM Pedro Aguirre Cerda, que aporten a la implementación de herramientas de abordaje y manejo del Clima Organizacional a las Direcciones locales y al Departamento de Salud, a través de la entrega de herramientas de Diagnóstico, Implementación y Evaluación Continua de este factor clave en la Gestión y Desarrollo de personas.

Gestión	Relaciones Interpersonales	Supervisión	Cultura
<ul style="list-style-type: none"> • Estructura • Apoyo • Oportunidad de desarrollo • Comunicación • Equipo y distribución de materiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidez • Apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura • Administración del conflicto • Estilo de supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Motivación laboral • Estabilidad laboral • Riesgo

Cuadro: S. Hernández, et al. Esquema de Variables Intervinientes en Estudio Clima Laboral, CESFAM DR. E. Schaffhauser, 2016, ULS, Magister Liderazgo Estratégico.

8.7 PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN SALUD 2018:

El Plan anual de capacitación, es el instrumento que permite de acuerdo a lo establecido en Anexo N°5 de las “Orientaciones para la planificación y programación en red 2018”, páginas 1 y 2, establecer lo siguiente:

A. Propósito. Orientar la elaboración de Planes y Programas de Capacitación 2018 del personal adscrito a las Leyes 19.378 de establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal, y leyes 18.834 y 19.664/15.076, para contribuir al desarrollo de capacidades y de competencias laborales necesarias para implementar los objetivos sectoriales”.

B. Lineamientos Estratégicos (LE) y ámbitos en los que podrían identificarse requerimientos de capacitación, a satisfacer en el corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la realidad y prioridades locales: Los LE son orientaciones que identifican los ámbitos de trabajo prioritarios para el sector, cuyo fin es que la estrategia de capacitación contribuya al logro de resultados esperados en materia de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud requeridas por la población. Los LE para la elaboración de los PAC 2018 son los siguientes:

- LE N°1.- Fortalecer el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, junto con los valores y principios que lo sustentan.
- LE N°2.- Consolidar el MODELO DE GESTIÓN EN RED, local, regional y supra regional (macro y micro redes).
- LE N°3.- Fortalecer el funcionamiento del SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.
- LE N°4.- Mejorar la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO.
- LE N°5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.
- LE N°6.- Incorporar TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs), y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.
- LE N°7.- Desarrollar la GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA.
- LE N°8°.- Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.
- LE N°9.- Mejorar la prevención y manejo de las CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

8.7.1 Evaluación de Satisfacción de la Calidad de las Capacitaciones A.P.S 2017

Durante el año 2017, se ejecutaron 22 cursos de lineamientos del Servicio de Salud Coquimbo, 9 Jornadas de Autocuidado y 5 Jornadas de Mejoramiento del Buen Trato Usuario.

En las actividades mencionadas, participaron 660 funcionarios(as), a los que se les aplicó una Encuesta de Satisfacción que incluye las siguientes dimensiones, que se resumen en el cuadro N° 6.- “Dimensiones de Evaluación de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017”, la que estableció una Escala Likert de 1 (Muy Insuficiente) a 6 (Excelente), como una alternativa de respuesta. (Sánchez. F, et al, 1998).

8.7.1.1 Cuadro.- Dimensiones de Evaluación de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017.

Dimensión	Descripción
Contenidos	Las materias de los módulos y el programa de los cursos es pertinente a las necesidades y lineamientos técnicos ya planificado en el PAC 2017
Relatores	Los Relatores poseen un Currículo y experiencia laboral-académica pertinente a los aprendizajes esperados aplican ejemplos prácticos y tienen dominio de los contenidos
Servicios de Alimentación y Hotelería	Los café y Almuerzos son de alta calidad tanto la atención a los clientes como los productos utilizados. La Infraestructura y equipos son de alta calidad.
Metodologías	Los Contenidos son trabajados con didácticas adecuadas para el nivel de conocimiento y experiencia de los funcionarios (Apoyos Audiovisuales, Coaching, Material Escrito entre otros)
Asistencia	Los funcionarios y relatores respetan de manera acorde los horarios establecidos previamente.

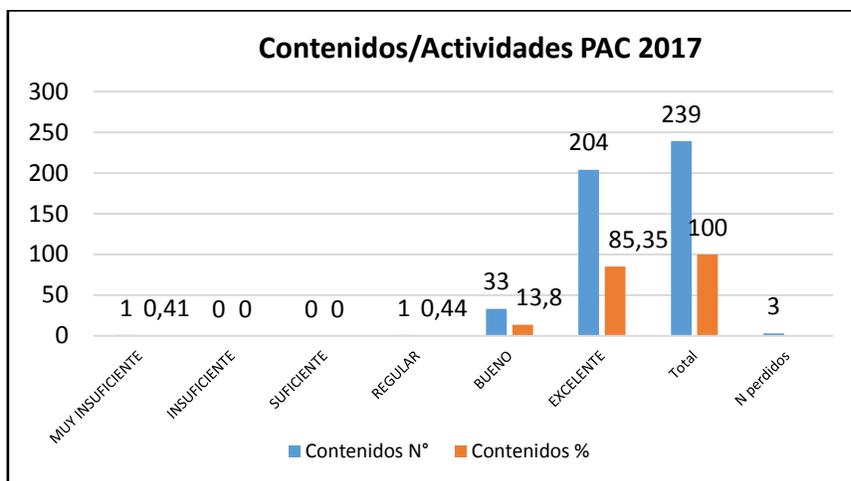
Por lo anterior, se aplicó sobre una Muestra Probabilística Aleatoria Simple, representativa de los 660 funcionarios, con un 95 % de Confianza y con un margen de Error de 5%(ver cuadro N°7) a partir de lo anterior se arrojaron los siguientes resultados:

8.7.1.2 Cuadro: Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017.

Resultados Evaluación PAC 2017			
N (universo de cupos)	660	Margen de error	5%
Muestra Aleatoria Representativa	242	Confianza	95%

8.7.1.3 Gráfico.-

Tabla Descriptiva de Resultados, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017.

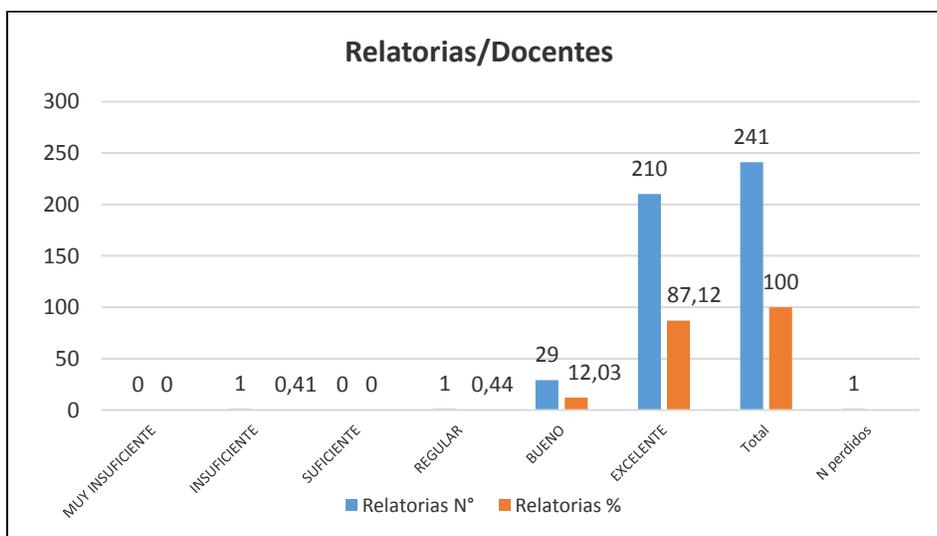


Fuente: **Elaboración Propia**, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017, Depto. de Salud, C.M.G.G.V.

Como se aprecia en el gráfico N° 3, en relación a la Dimensión de los contenidos, se evaluaron como Excelente (85,35 %) y Bueno (13,8%) lo que implica que los contenidos fueron pertinentes a las necesidades de desempeño de los funcionarios.

8.7.1.4 Gráfico.-

Tabla Descriptiva de Resultados, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017.



Fuente: **Elaboración Propia**, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017, Depto. de Salud, C.M.G.G.V.

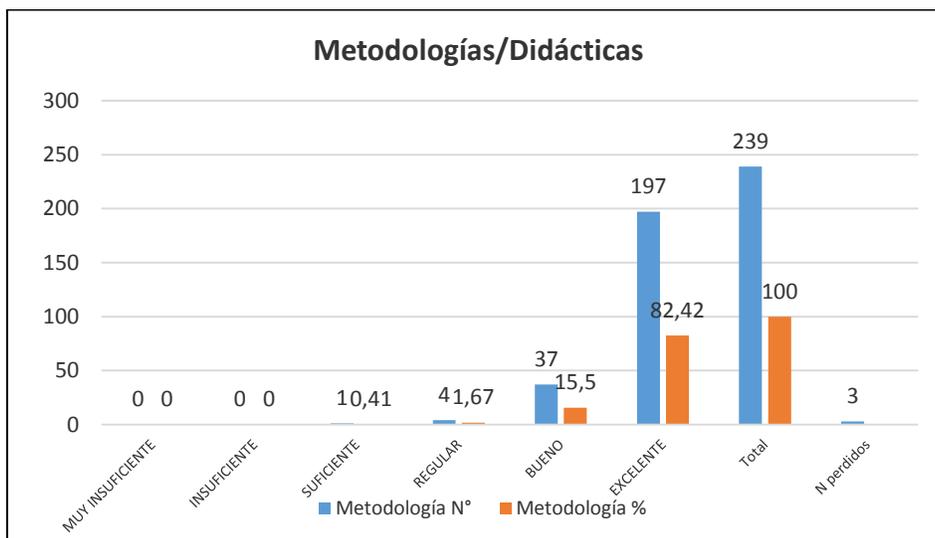
En el gráfico anterior, se observa que el 87,12 % evaluó como Excelente a los Docentes comprometidos, mientras que el 12,03 %, califico a los Docentes que impartieron las Relatorías, como Bueno. Lo anterior, da cuenta de una óptima satisfacción respecto a las competencias de los Relatores.

Respecto a la idoneidad y comodidad de la Infraestructura y servicios asociados al lugar, donde se realizaron los cursos, el 76,06 % la califico como **Excelente** la calidad, mientras que el 19,83 % los califico como **Bueno**.

Lo anterior, implica que el 95 % de los funcionarios califico de una calidad óptima el Lugar escogido para impartir los cursos.

8.7.1.5 Gráfico.-

Tabla Descriptiva de Resultados, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017.



Fuente: **Elaboración Propia**, Encuesta de Satisfacción de la Calidad de Capacitaciones 2017, Depto. de Salud, C.M.G.G.V.

En el gráfico, se describe como el 82,42% de los funcionarios calificaron de Excelente las metodologías y didácticas utilizadas por los relatores en la implementación de los cursos, mientras que el 15,5% de éstos, lo calificaron como Bueno. Lo anterior, da cuenta de la orientación hacia el de los aprendizajes, que el Departamento de Salud y el comité comunal de capacitación, ha convenido con los distintos Docentes a cargo de los cursos.

El 82,42 % de los funcionarios evaluaron como Excelente el respeto de los horarios definidos en los programas de los cursos y jornadas de capacitación, mientras que el 15,5 % de los funcionarios califico como de Bueno, el cumplimiento de esta dimensión.

En resumen, se puede concluir que la implementación del Plan Anual de Capacitación 2017, fue ejecutado de una manera óptima, lo anterior, a la luz de las calificaciones de Excelente y Buena, que fueron en torno al 90% de los funcionarios. Lo que implica continuar con la misma metodología de implementación para lo que se proyecta para el año 2018.

8.7.2 Comité Comunal Bipartito de Capacitación

El Comité Comunal Bipartito de Capacitación, es una instancia de participación, consulta y control social de los funcionarios que se encuentran normados por la Ley 19.378, para la implementación óptima de los Planes Anuales de Capacitación de Salud, está integrado por los representantes de la Directiva AFUSAM La Serena, A.G Médicos A.P.S de La Serena, un delegado de capacitación por establecimiento, elegido de manera directa y democrática por los funcionarios, además del Coordinador de la Unidad de Gestión y Desarrollo de Personas, representante de la Dirección del Departamento de Salud de nuestra Corporación.

Funciones del Delegado de Capacitación:

1. Difundir la información.
2. Derivar y orientar las dudas de los funcionarios a Gremios y Unidad de Capacitación
3. Gestionar la planilla con cursos de cada funcionario de acuerdo al PAC comunal.
4. Velar por que la participación en la capacitación de cada funcionario sea equitativa y de acuerdo a las horas convenidas por los gremios y la Corporación.
5. Velar y revisar la participación de los funcionarios para que los cupos sean equitativos en los cursos del Servicio de Salud (que no se repita año a año el mismo funcionario), solicitando la copia de las convocatorias de la Dirección local vía correo.

8.7.3 Funciones de la Unidad de Gestión y Desarrollo de Personas:

El Departamento de Salud de la Corporación Municipal de La Serena convocara a la capacitación informando a los Directores de los establecimientos con copia a los gremios y al referente de cada Centro, informando el siguiente detalle:

- Fecha y horarios.
- Plazo de entrega de antecedentes.
- Planilla tipo.
- Cupos por Establecimiento de Salud.

- La convocatoria por parte de la Corporación debe ser con una debida antelación.
- Gestionar la Adquisición de los Servicios de Capacitación, y los demás servicios asociados, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria y los mecanismos dispuestos por la Corporación.
- Informar a Finanzas los gastos mensuales por concepto de Capacitación.

8.7.4 Rol de la Dirección de los Establecimientos en el proceso de Capacitación:

- Publicar la información con la debida antelación y asignar cupos a los funcionarios de acuerdo al número otorgado y la pertinencia técnica para el mejor desempeño de los funcionarios.
- El delegado local de capacitación en conjunto con la Subdirección del Establecimiento de Salud, respaldado por la Dirección local de cada Centro de Salud deberá enviar la nómina con una anticipación de 3 días hábiles, al de la fecha convocada.
- Cualquier reemplazo de funcionaria(o) por motivo de fuerza mayor deberá ser informado con 3 días de anticipación.
- Informar cualquier circunstancia de fuerza mayor, que impida la asistencia o normal participación de alguno de los funcionarios de su dependencia.

8.7.5 Rol del funcionario de la Atención Primaria de Salud Municipal:

- Asistir al menos al 75 % de las horas programadas del curso.
- Acreditarse y registrarse en las nóminas.
- Rendir evaluación del curso cuando corresponda.
- Responder las encuestas de satisfacción de los cursos y jornadas
- Coordinarse con su Director(a) para el envío de antecedentes a Corporación y asignación de su cupo en nóminas de curso

8.8 PROYECCIÓN PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN A.P.S 2018.

8.8.1 Marco Legal Ley N° 19.378 y Decreto N° 1.889: Párrafo 6°

De la capacitación.

ARTÍCULO 37°.- Los funcionarios del sistema tendrán derecho a participar hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento.

Los profesionales a que se refiere las letras a) y b) del artículo 8° de este Reglamento podrán participar en concursos de misiones de estudios y de especialización durante todo su desempeño funcionario. Dicha participación consiste en comisiones de servicio con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen por lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado.

La Entidad Administradora podrá establecer los mecanismos para dar cumplimiento a esta disposición.

ARTÍCULO 38°.- Cada Entidad Administradora establecerá los porcentajes sobre el sueldo base mínimo nacional que asignará por concepto de capacitación en cada categoría. Asimismo establecerá la distribución de dicho porcentaje en cada nivel de la categoría correspondiente, lo que se reflejará en el sueldo base de cada nivel. Los porcentajes de cada nivel se traducirán en puntaje válido para la carrera funcionaria

El puntaje máximo por capacitación computable para la carrera funcionaria en cada categoría, permitirá estar ubicado en un nivel cuyo sueldo base exceda el sueldo base mínimo nacional que corresponda a esa categoría, en a lo menos los siguientes porcentajes: 45% para las categorías a) y b) del artículo 8°, de este Reglamento, y 35% para las otras categorías.

ARTÍCULO 39°.- Para la aplicación de la carrera funcionaria, se reconocerán como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un Programa de Formación de Recursos Humanos reconocido por el Ministerio de Salud y que tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y promover el desarrollo de los funcionarios que laboran en sus establecimientos.

ARTÍCULO 40°.- El Programa de Capacitación Municipal será formulado anualmente sobre la base de los criterios definidos por el Ministerio de Salud al efecto, en relación a los Programas de Salud Municipal, previa revisión y ajuste presupuestario por las Entidades Administradoras y será enviado a más tardar el día 30 de noviembre, al Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud tendrá un plazo de 15 días para reconocer o hacer observaciones al programa de capacitación, en cuyo caso se procederá conforme a

lo establecido, para el Programa de Salud Municipal, a fin de que estas discrepancias estén resueltas a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.

ARTÍCULO 41º.- El Programa de Capacitación Municipal, será reconocido por el Ministerio de Salud, conjuntamente con la aprobación del Programa de Salud Municipal y tendrá las siguientes características:

- a) Fundamentación del Programa: Se elaborará teniendo en consideración las necesidades de capacitación que presenten los funcionarios del establecimiento y los objetivos de los Programas de Salud.
- b) Los objetivos de aprendizaje generales y específicos para el logro de las competencias de desempeño a adquirir por los participantes en cada una de las actividades programadas.
- c) Contenidos y metodologías educativas.
- d) Número de participantes por categoría, y
- e) Duración en horas pedagógicas de cada una de las actividades de capacitación.

ARTÍCULO 42º.- Los criterios de reconocimiento que empleará el Ministerio de Salud para la aprobación del Programa de Capacitación Municipal evaluarán los siguientes aspectos:

- 1.- La consistencia de éste con el Programa de Formación de Recursos Humanos reconocido por el Ministerio de Salud y con las necesidades y prioridades del Programa de Salud Municipal, y
- 2.- Los elementos del programa local señalados en la formulación del programa.

ARTÍCULO 43º.- Sólo serán válidos para los efectos de ser consideradas en el proceso de acreditación, las actividades de capacitación efectuadas por organismos capacitadores reconocidos por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 44º.- Para efectos del presente Reglamento, se entenderá por cursos, las actividades de capacitación programadas de tipo teórico y práctico, que tienen por objetivo desarrollar las competencias que se requieren para el desempeño de la respectiva categoría o área funcional.

Se entenderá por estadías las actividades de capacitación programadas de carácter eminentemente práctico que podrán ser realizadas en su establecimiento o fuera de él, que tienen por objetivo el aprendizaje en el trabajo de las competencias que requiere el personal para incorporar las innovaciones tecnológicas o desarrollar nuevas habilidades en el área funcional de desempeño.

ARTÍCULO 45º.- Los cursos y estadías realizadas por cada funcionario deberán cumplir con las siguientes exigencias para ser computados para los efectos del elemento de Capacitación:

- a) Estar incluido en el Programa de Capacitación Municipal.
- b) Cumplir con la asistencia mínima requerida para su aprobación, y
- c) Haber aprobado la evaluación final.

ARTÍCULO 46º.- Los funcionarios deberán presentar la documentación que certifique la duración en horas pedagógicas, la asistencia y la evaluación de la actividad de capacitación realizada durante el año, hasta el 31 de agosto de cada año.

8.8.1.1 Cuadro: Resumen General de Presupuesto 2018 Actividades de Capacitación Personal de Atención Primaria de Salud.

N° de cursos	Cupos	Líneamiento Corporativo de Capacitación	Horas Pedagógicas	Puntaje	Gastos(M\$)
23	671	PAC SSC	21	60/47	69.080.000
6	671	Técnicas y Experiencia en Buen Trato Usuario	23	30/24	18.960.000
9	671	Jornada de Autocuidado	9	30/24	18.960.000
TOTAL DE CURSOS HA REALIZAR 38	2013	03 lineamientos Técnicos	53	150/117	107.000.000

Fuente: Elaboración Propia, Presupuesto área de Salud, 2018, Departamento de Salud, C.M.G.G.V.

Como se puede apreciar en el cuadro, el aporte total para cumplir asciende a \$107.000.000, lo que se corresponde con el 1 % de los sueldos anuales del personal de planta, lo que es un parámetro establecido por SENCE. Además, se establece el cumplimiento de las 40 horas cronológicas, 53 horas pedagógicas que establece la Ley 19.378 y su reglamento Dcto 1.889 por cada funcionario.

En el cuadro, se aprecia los cursos exigidos de acuerdo a los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud, y que fueron diseñados de manera conjunta, mediante la Detección de Necesidades de Capacitación, que realizaron los delegados de capacitación a nivel local de los establecimientos de Salud, lo que luego, se priorizó de manera comunal de acuerdo a los Ranking que obtuvieron, tomando en cuenta las Encuestas y Focus Group que se aplicaron a los funcionarios.

Este año, de acuerdo al Cuadro N° 5, se realizarán 23 Cursos Técnicos, 6 Jornadas de Técnicas y Experiencias de Buen Trato Usuario y 9 Jornadas de Autocuidado, lo que se traduce en el cumplimiento de los 150 puntos, para las categorías A-B, y de 117 puntos para las categorías C-D-E y F. Lo anterior dirigido a los 671 funcionarios proyectados en Dotación A.P.S 2018.

9 REDUCCIÓN DE BRECHAS SANITARIAS

9.1 INFRAESTRUCTURA

N°	Centro	Acciones	2013-16	2017-18
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	Mejoramiento Servicios Higiénicos RSH	En Proceso	Mejorado
10	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
11	CESFAM Raúl Silva Henríquez	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
12	CESFAM Las Compañías	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado
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
19	CESFAM Dr. Schaffhauser	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado

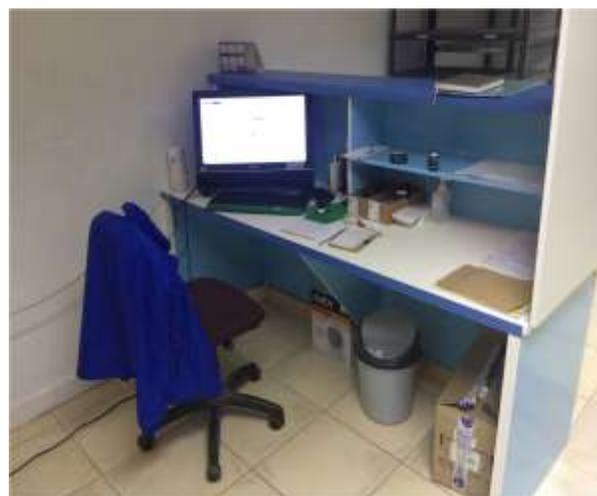
N°	Centro	Acciones	2013-16	2017-18
20	CESFAM Dr. Schaffhauser	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
21	CESFAM Cardenal Caro	Adecuación sala REAS	Idea	Autorizado
22	CESFAM Cardenal Caro	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	Autorizado
23	CESFAM Cardenal Caro	Regularizar licencias de operación RX	Idea	Autorizado
24	CESFAM Cardenal Caro	Regularizar licencias de operación Autoclave	En Proceso	En Proceso
25	Clinica Dental Escolar	Regularización Sala y Equipo RX	Idea	En Proceso
26	Posta Lambert	Adecuación Sala REAS	Idea	En Proceso
27	Posta Las Rojas	Adecuación Sala REAS	Idea	En Proceso
28	Posta Altovalsol	Adecuación Sala REAS	Idea	En Proceso
29	CECOSF Villa Lambert	Mejoramiento Sala REAS	Idea	En Proceso
30	CECOSF Villa Lambert	Mejoramiento Sala REAS	En Proceso	En Proceso
31	CECOSF Villa Lambert	Regularización CECOSF	En Proceso	En Proceso
32	CECOSF Villa Alemania	Reparación techumbre	Idea	Reparado
33	CECOSF Villa Alemania	Adecuación Sala REAS	En Proceso	En Proceso
34	CECOSF Villa El Indio	Mejoramiento Sala Rehabilitación	En Proceso	Mejorado
35	CECOSF Villa El Indio	Regularización Sala REAS	En Proceso	En Proceso
36	CECOSF Villa El Indio	Regularización Sala de Esterilización	En Proceso	En Proceso
37	CECOSF Villa El Indio	Regularización bodega y entrega de alimentos	En Proceso	En Proceso
38	Clinomovil Dental Escolar	Regularización Clinomovil Dental JUNAEB	Idea	En Proceso
39	Clinomovil Dental Rural	Regularización Clinomovil Dental Rural	Idea	En Proceso

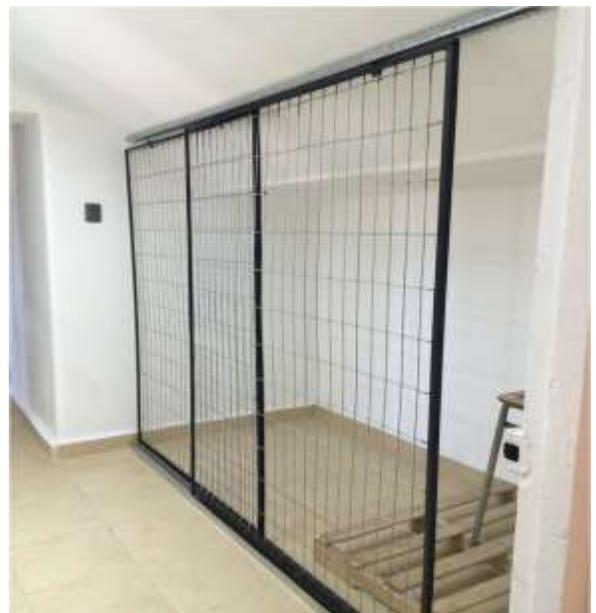
9.2 PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA PMI 2017

N°	Centro	Acciones	\$
1	PAC	Malla antivectores	\$ 250.000
2	RSH	Malla antivectores	\$ 250.000
3	CIAS	Malla antivectores	\$ 250.000
4	CARO	Malla antivectores	\$ 250.000
5	CECOSF Villa El Indio	Habilitación Sala Autoclave	\$ 2.000.000
6	CECOSF Villa El Indio	Construcción Sala REAS	\$ 1.500.000
7	CECOSF Villa El Indio	Malla antivectores	\$ 200.000
8	CECOSF Villa El Indio	Habilitación Sala PACAM-PNAC	\$ 1.000.000
9	CECOSF Villa Lambert	Regularización agua potable	\$ 2.500.000
10	CECOSF Villa Lambert	Adecuación sala REAS	\$ 800.000
11	CECOSF Villa Lambert	Malla antivectores	\$ 200.000
12	CECOSF Villa Alemania	Malla antivectores	\$ 200.000
13	CECOSF Villa Alemania	Construcción Sala REAS	\$ 1.500.000

\$ 10.900.000

9.3 MODIFICACIONES FARMACIA COMUNAL





9.4 BRECHA REAL DE FINANCIAMIENTO SAPU

Convenio SAPU por Establecimiento	Ingreso Mensual total por Establecimiento	N	Anual
	\$ 10.894.196	6	\$ 784.382.112
Gasto real SAPU por Establecimiento	Gasto Mensual solo RR.HH por Establecimiento	N	Anual
	\$ 15.123.959	6	\$1.088.925.048
Brecha Anual de Financiamiento RR.HH Básico SAPU	\$304.542.936		

9.5 BRECHA EN INFRAESTRUCTURA:

Recursos estimados para disminuir brechas de Autorización Sanitaria, en contexto de proceso de acreditación.

ITEM	Monto
Mantenimiento y Reparación infraestructura RED APS	75.000.000
Adecuación equipo esterilización RED APS	20.000.000
Reposición y/o Adquisición de Mobiliario RED APS	5.000.000
Adecuación Sala de Fraccionamiento Central de Farmacia	5.000.000
Reposición y/o Adquisición de Equipamiento de redes y sistemas de conectividad	20.000.000
TOTAL \$ 125.000.000	

9.6 BRECHA EN MANTENCIÓN DE EQUIPOS: Recursos estimados para la
mantención general de los equipos clínicos de la RED APS.

ITEM	MONTO \$
MANTENCIÓN PREVENTIVA SILLONES DENTALES	7.000.000
REPUESTOS E INSUMOS EQUIPAMIENTO DENTAL	4.000.000
REPOSICIÓN DE EQUIPOS Y EQUIPAMIENTO MENOR	5.000.000
MANTENCIÓN AUTOCLAVES Y EQUIPOS	32.000.000
TOTAL	48.000.000

9.7 BRECHA EN MANTENCIÓN MOVILIZACIÓN: Recursos estimados para
la mantención general de la flota vehicular de la RED APS.

ITEM	Monto \$
MANTENCIÓN PREVENTIVA	20.000.000
COMBUSTIBLE	60.000.000
REPARACIONES CORRECTIVAS	30.000.000
SEGUROS	15.000.000
VEHÍCULOS DE TRANSPORTE EQUIPO MÉDICO RURAL	60.000.000
TOTAL	185.000.000.-

10. LEVANTAMIENTO DE INICIATIVAS DE INVERSION

Nº	Requerimiento	Situación Actual	2017-2020
1	Construcción SAR en CESFAM RSH	Programado SSC	En licitación
2	Construcción CECOSF en Arcos de Pinamar	Ejecutado/autorizado	
3	Mejoramiento EMR Qda. de Talca	Programado 2017	GORE Cqbo
4	Construcción EMR Pelicana	Programado 2017	GORE Cqbo
5	Adecuación Central de Farmacia	En proceso	
6	Central de Farmacia (Fraccionamiento)	Programado	
7	Mejoramiento EMR Los Corrales	Programado 2017	GORE Cqbo
8	Reposición vehículos de emergencia		Proceso 2018
9	Regularización Sala REAS CECOSF Villa El Indio	Programado PMI 2017	
10	Regularización Sala de Esterilización	Programado PMI 2017	
11	Regularización bodega y entrega de alimentos	Programado PMI 2017	
12	Regularización Sala REAS CECOSF Villa Lambert	Programado PMI 2017	
13	Vehículos de Transporte Equipo Médico Rural	En proceso	Proceso 2018
14	Vehículos de Carga	En proceso	Proceso 2018
15	Reposición Equipos de Esterilización	En proceso	Proceso 2018
16	Reposición Posta Lambert	Idea	SECTORIAL
17	Reposición Posta Las Rojas	Idea	SECTORIAL
18	Construcción Posta Altovalsol		Diagnóstico
19	Construcción Posta Quebrada de Talca		Diseño
20	Construcción CESFAM SUR	Priorizado diseño con compra de terreno	Proceso 2018
21	Reposición CESFAM Las Compañías		Diagnóstico
22	Construcción CESFAM La Florida		Diagnóstico

11 FINANCIAMIENTO DEPARTAMENTO DE SALUD**11.1 CONVENIOS**

Nº	Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)	CONVENIO MANDATO
1	210	AGL EQUIPAMIENTO VIDA SANA OBESIDAD	501.142	
2	212	PROGRAMA PLAN DE FORMACION DE ESPECIALISTAS EN APS (MISIONES DE ESTUDIO)	41.801.778	
3	213	CONVENIO COMPLEMENTARIO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA		220.000.000
4	216	CONVENIO PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	20.411.929	
5	217	CONVENIO PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL 2016		5.541.200
6	221	REFUERZO CAMPAÑA VACUNACION movilización	3.500.000	
7	223	REFUERZO CAMPAÑA INVIERNO (EEHH KNS/ MED)	7.706.649	
8	223	REFUERZO CAMPAÑA VACUNACION (EEHH TENS/ ENF)	2.053.317	
9	226	ADD CONVENIO AGL COMPRA ESPIROMETROS Y JERINGAS DE CALIBRACIÓN	11.344.800	
10	225	PROGRAMA MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	10.520.332	
11	227	PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	23.069.914	
12	229	PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	161.275.902	
13	232	PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL	230.131.323	
14	233	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	22.124.643	6.500.000
15	231	PROGRAMA VIDA SANA INTERVENCIONES BREVES	29.030.184	
16	234	PROGRAMA DE GES ODONTOLÓGICO ADULTO (NIÑOS DE 6 AÑOS, ATENCION DENTAL EMBARAZADA, ATENCION URGENCIA DENTAL, ADULTO 60 AÑOS)	90.160.800	52.101.360
17	236	PROGRAMA APOYO DESARROLLO BIO-PSICOSOCIAL EN LAS REDES ASISTENCIALES ENTRE SERVICIO SALUD COQUIMBO E MUNICIPALIDAD LA SERENA (Chile Crece Contigo)	109.526.290	
18	237	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA	209.586.080	8.517.944
19	239	CONVENIO PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD	112.610.891	
20	240	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD (CCR E. SCHAFFHAUSER, CCR JUAN PABLO II, CCR PEDRO AGUIRRE CERDA)	83.973.312	
21	242	PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN A.P.S. (MEDICO GESTOR, UAPO, CIRGIO MENOR, OTORRINO, GASTRO)	108.228.963	29.593.660
22	243	PROGRAMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES, IRA EN SAPU	11.398.413	
23	244-A	PLAN AMBULATORIO BASICO , CESFAM CRSH	11.237.880	
24	244-B	PLAN AMBULATORIO INTENSIVO , CESFAM CIAS - ATRIPAN	65.037.360	
25	245-A	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA EL INDIÓ.		
26	245-B	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA ALEMANIA	178.649.502	
27	245-C	PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR, CECOSF VILLA LAMBERT		
28	246	PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS (MAMOGRAFIA, ECO MAMARIA, RX DE PELVIS LACTENTE, ECO ABDOMINAL)		144.249.716
29	247	PAI MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD , CIP-CRC	86.202.336	

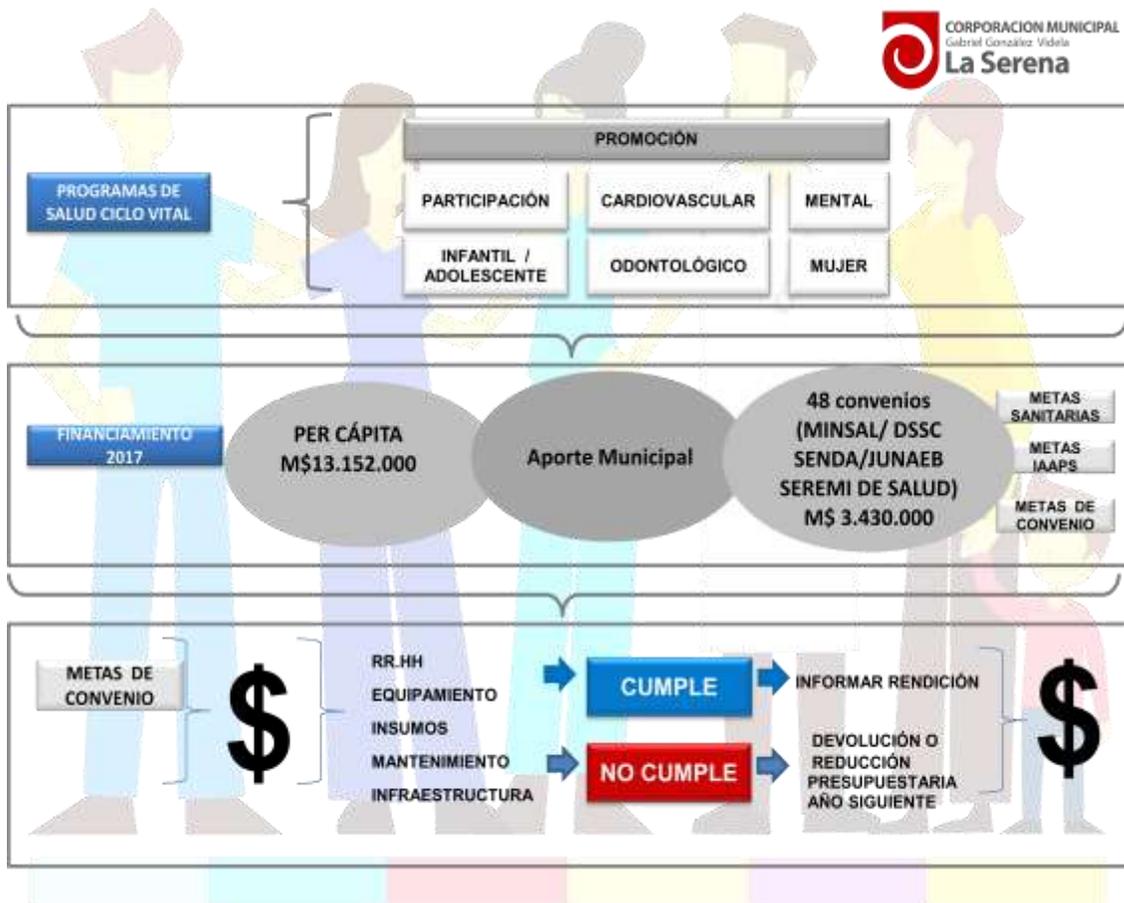
Plan Comunal de Salud 2018

Cod	Cod	CONVENIOS PROGRAMAS	PPTO TOTAL (\$)	PPTO TOTAL (\$)
30	249	PROGRAMA INMUNIZACIÓN INFLUENZA Y NEUMOCOCO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN	2.214.830	
31	250	PROGRAMA VIDA SANA, INTERVENCIÓN EN OBESIDAD NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST. PARTO	64.897.402	
32	251	PROGRAMA APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) MUNICIPAL	31.143.203	
33	252	PROGRAMA PILOTO CONTROL SALUD NIÑO/AS SANO EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL PARA LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 5 A 9, LA SERENA 2015	21.676.485	
34	253	PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN LOCAL EN APS, REFUERZO SAPU, CAMPAÑA INVIERNO 2015	29.952.000	
35	254	PROGRAMA MODELO ATENCIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 6 CESFAM, 4 POSTAS)	47.346.007	
36	256	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	130.730.359	
37	257	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO	130.730.359	
38	258	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑÍAS	130.730.359	
39	259	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU DOCTOR EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	130.730.359	
40	260	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU JUAN PABLO II	130.730.359	
41	261	PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA SAPU CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	130.730.359	
42	263	PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD, SEREMI DE SALUD E I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	19.019.409	
43	264	DIGITADORES GES	24.691.140	
44	265	PROGRAMA DE APOYO A BUENAS PRACTICAS EN EL MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO EN APS	48.490.669	
45	268	CONVENIO MANDATO Y COMODATO PROGRAMA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION DE SALUD		25.000.000
46	270	PROGRAMA FONDO FARMACIA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	78.709.843	121.721.587
47	270-B	PROGRAMA FONDO FARMACIA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CURACION AVANZADA PIE DIABETICO	14.988.763	
48	275	PROGRAMA MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA PMI	10.900.000	
			2.808.495.645	613.225.467
			3.421.721.112	

11.2 FINANCIAMIENTO DE SAPU 2017

FINANCIAMIENTO SAPU		
ESTABLECIMIENTO	APORTE CONVENIO	BRECHA
SAPU PEDRO AGUIRRE CERDA	\$130.730.359	-\$ 47.438.531
SAPU CARDENAL JOSÉ MARÍA CARO	\$130.730.359	-\$ 47.134.383
SAPU LAS COMPAÑÍAS	\$130.730.359	-\$ 46.464.763
SAPU DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	\$130.730.359	-\$ 48.220.851
SAPU JUAN PABLO II	\$130.730.359	-\$ 50.757.149
SAPU CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	\$130.730.359	-\$ 46.767.437

11.3 RESUMEN FINANCIAMIENTO

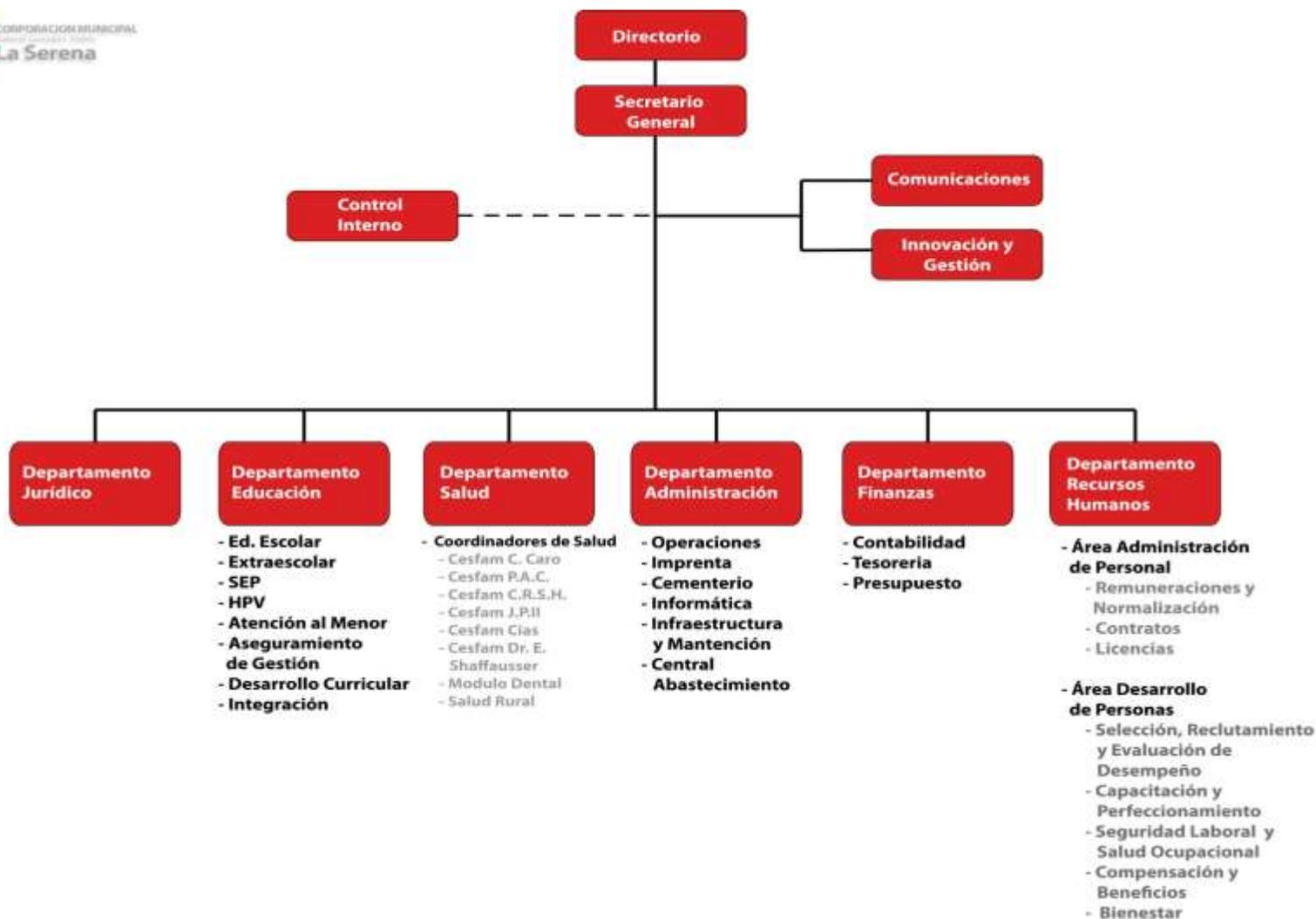


12 GASTOS DE OPERACIÓN

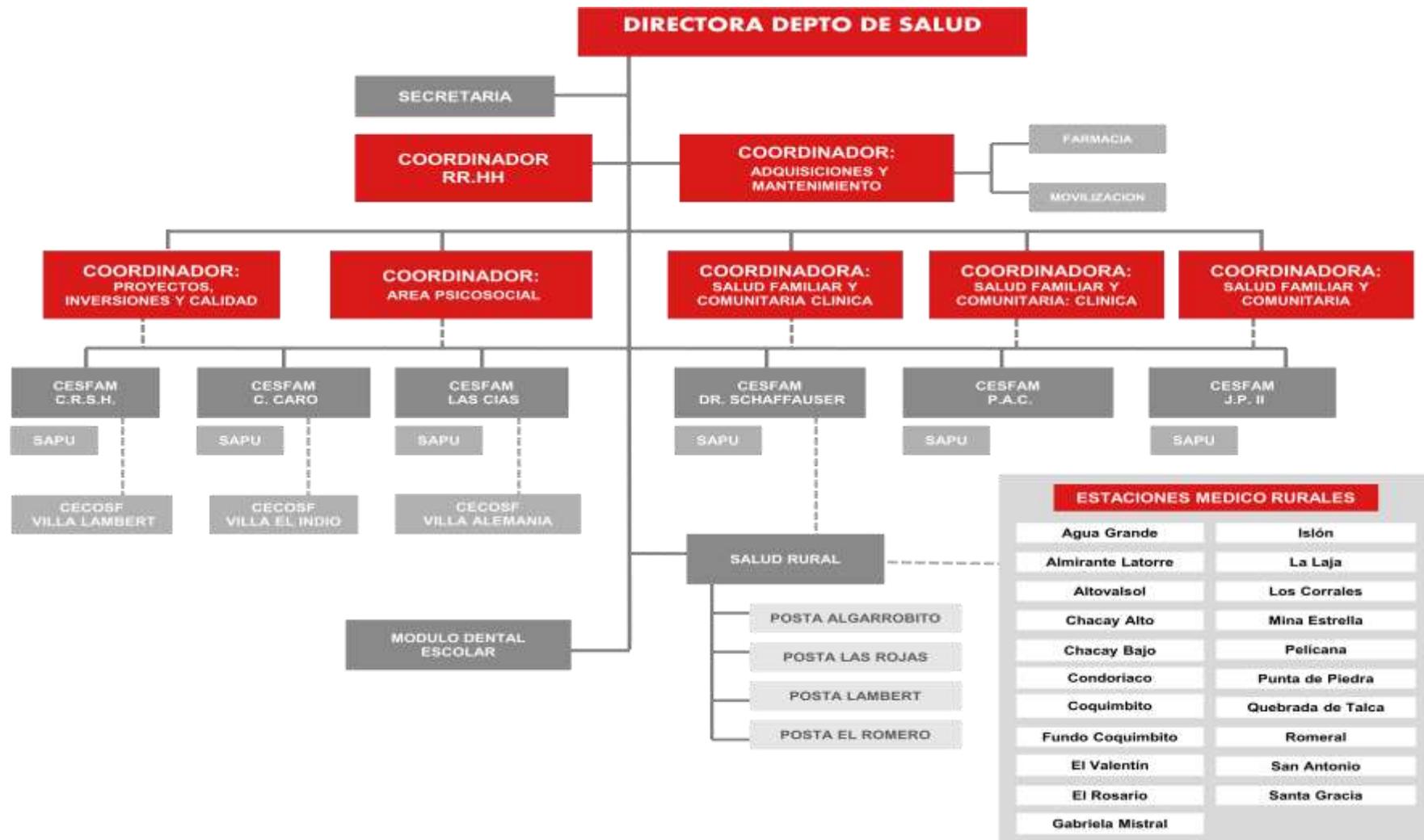
12.1 RESUMEN ANUAL

ITEM	MONTO
ASIGNACIONES MUNICIPALES	\$1.775.210.088
BRECHA SAPU	\$304.542.936
BRECHA INFRAESTRUCTURA	\$125.000.000
BRECHA MANTENCIÓN EQUIPOS	\$48.000.000
BRECHA MANTENCIÓN MOVILIZACIÓN	\$185.000.000
TOTAL SOLICITADO	\$2.437.753.024

ANEXO N° 1: ORGANIGRAMA CORPORACIÓN MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA



ANEXO Nº 2: ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD



ANEXO 3

BOTICA CIUDADANA



BOTICA CIUDADANA LA SERENA

La Botica Ciudadana nace producto de la preocupación del Sr. Alcalde de la I.M. de La Serena, Sr Roberto Jacob Jure y del honorable Consejo Municipal, con la finalidad de ayudar a todos los ciudadanos de nuestra ciudad creando y concretando una alternativa de compra de fármacos frente a las cadenas comerciales dedicadas a este rubro. Este dispositivo se ubica en calle Pampa Baja #3795, a un costado del CESFAM CARDENAL CARO, hasta el mes de Septiembre su horario de atención era de Lunes a Viernes desde las 09:00 HRS. A 13:40 HRS. Desde el mes de Octubre del presente año y por decisión del Sr. Alcalde Roberto Jacob Jure, su horario se extiende pasando de 22 horas semanales a 44 horas semanales de atención, siendo su nuevo horario el siguiente:

- Lunes a Jueves de 8:30 hrs a 17:30 hrs.
- Viernes de 8:30 hrs a 16:30 hrs.

El equipo de Trabajo de la Botica Ciudadana está compuesto por 2 personas:

- Sra. Jimena Angulo Miranda, Químico Farmacéutico a cargo de la Botica Ciudadana.
- Sr. Claudio Tapia Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

Quienes están a cargo del funcionamiento general y en terreno de la Botica

ADMINISTRACIÓN BOTICA CIUDADANA:

La Botica en sus inicios fue Administrada por personal de la I M de La Serena, por disposiciones de la Contraloría General de la Republica, este dispositivo debía ser administrado por el Depto. de Salud Municipal, el que se encuentra en la Corporación Municipal Gabriel González Videla, a quien se le hace entrega de la Botica Ciudadana el día 31 de marzo; entregándose acta de recepción de equipamiento e infraestructura y base de datos de 754 pacientes inscritos; con un total de 20 unidades de medicamentos comprados con fecha 03 de Enero del 2017, no disponibles para venta. Con fecha 01 de abril, La Corporación Municipal a través del Departamento de Salud, dio inicio al levantamiento de estado general de Funcionamiento de Botica Ciudadana, se revisa base de datos de pacientes inscritos para la creación de canasta inicial de medicamentos disponibles; junto a ello se elabora protocolo de atención y funcionamiento que Botica Ciudadana para futuras

inscripciones, el cual fue difundido a establecimientos públicos de salud y delegaciones municipales.

La Canasta inicial de medicamentos contempla 285 principios activos, los cuales abordan tratamientos farmacológicos para enfermedades como Diabetes, Hipertensión, Artrosis, Hipercolesterolemia, Enfermedad de Chron, LES, entre otros. En un futuro cercano se pretende ampliar esta canasta con Anticonceptivos, Leches, Pañales, Productos Naturales para satisfacer los requerimientos de pacientes inscritos y futuros usuarios de este beneficio.



PROTOCOLOS PARA ACCEDER A BENEFICIOS DE LA BOTICA CIUDADANA:

Existen dos protocolos necesarios para la obtención de los beneficios de la botica ciudadana, los que se explican a continuación:

1.- **PROTOCOLO DE INSCRIPCION** de pacientes, primeramente quienes quieran obtener los beneficios de la Botica Ciudadana deben seguir el siguiente proceso:

- Fotocopia de Cédula de Identidad
- Comprobante de Domicilio (cuenta de luz, agua, teléfono, certificado de residencia, carné de control de paciente en consultorio)
- Receta médica (antigüedad no superior a 6 meses)

2.-**PROTOCOLO DE ATENCION** de Botica Ciudadana, una vez inscrito en el caso de querer obtener algún fármaco de la botica, el funcionario debe llevar a cabo el siguiente proceso:

- Verificar Inscripción de Paciente
- Verificación de Vigencia de receta médica Inscrita (según base de datos)
- Verificación de Medicamentos Inscritos (según base de datos)

- Verificación de Sistema de Salud del Paciente (Fonasa, Isapre, Otros) para el despacho de productos APS.
- En caso de que el medicamento sea Bioequivalente, se solicita firmar consentimiento informado que nos autorice por parte del paciente despachar medicamento bioequivalente.
- En caso de que el medicamento sea APS y el paciente no acuda a Consultorio a retirar de manera gratuita estos fármacos, se solicita firmar consentimiento informado que autoriza la venta de estos productos.
- Despacho de los medicamentos

ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS:

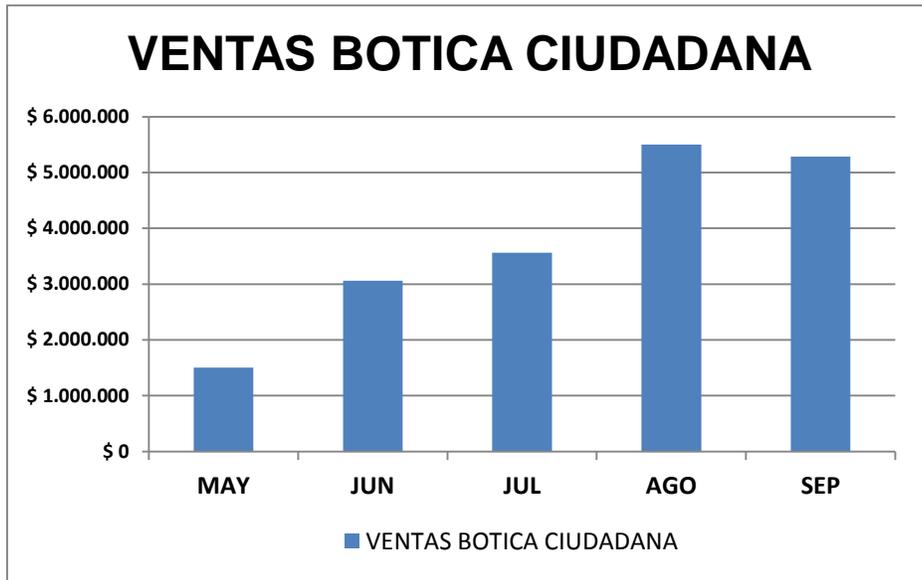
Hasta la fecha Botica Ciudadana posee 14 convenios directos con Laboratorios y 6 convenios con Droguerías, lo que nos permite adquirir una amplia gama de productos solicitados por pacientes y según canasta inicial de medicamentos establecida hasta la fecha.

En cuanto al **PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS NUEVOS**, el proceso contempla:

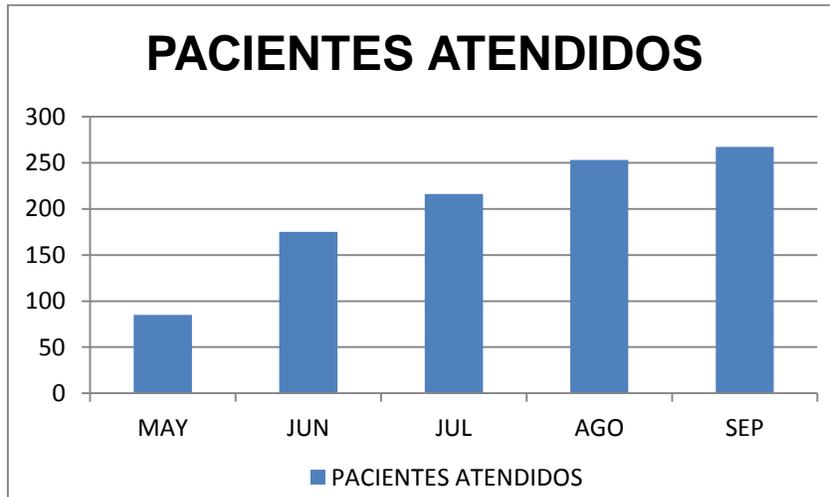
- Cotización del medicamento señalado en RECETA MEDICA
- Cotización del medicamento Bioequivalente en caso que existiera.
- Contacto con Usuario para informar valor del medicamento y su respectiva aceptación del precio obtenido.
- Compra del Medicamento al Proveedor.
- El tiempo de espera del producto puede llegar hasta 30 días dependiendo de la fecha en la cual sea solicitado y de los acuerdos comerciales que estén establecidos con los proveedores.

VENTAS Y DESPACHO DE FARMACOS EN BOTICA CIUDADANA:

Luego de comprobar que la infraestructura de Botica Ciudadana cumplía con las condiciones necesarias para almacenar medicamentos; con fecha 17 de Mayo se da inicio a la venta y despacho de fármacos. La Venta y despacho de medicamentos se realiza con boletas afectas a IVA. El valor cobrado a cada usuario es el valor neto del producto, sin recarga de gastos administrativos asociados a éste.



TOTAL DE VENTA DESDE EL 17 DE MAYO DE 2017: \$ 18.914.819.-



TOTAL DE PACIENTES INSCRITOS AL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2017: 1.370.-

ANEXO 4

CECOSF ARCOS DE PINAMAR



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 resolutive 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 resolutive 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. Nitza Vergara Silva.
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

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

Srta. Andrea de Terán Alcayaga
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Psicosocial

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. Nicole Cadena Munita
Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Psicosocial

Srta. Joselyn Muñoz Barraza
Prof. Apoyo Salud RR.HH

Srta. Andrea Taquias Alfaro
Apoyo Abastecimiento

Sr. Miguel Rojas Saldías
Encargado informática Departamento de Salud

Srta. Bélgica Guerra Galleguillos
Secretaria Departamento de Salud

E.U Claudia Gallardo Cortés
Directora CESFAM Doctor Emilio Schaffhauser Acuña

Mat. Juan Iglesias Guerrero
Director CESFAM Cardenal José María Caro

Dra. Jessica Gallardo Godoy
Directora CESFAM Presidente Pedro Aguirre Cerda

Mat. Rodrigo Soto Zamora
Director CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez

Dr. Gino Manuel Santibáñez Muñoz
Directora CESFAM Las Compañías

E.U Carolina Pérez Palma
Directora CESFAM Juan Pablo II

M^a Fernanda Prado Guzmán
Coordinadora Módulo Dental

E.U. Pablo Peña Peralta
Coordinador Equipo Salud Rural

QF. Lilian Cortes Caroca
Encargada de Central de Farmacia

Carlos Hernández Herrera
Encargado de Movilización