

CORPORACIÓN MUNICIPAL
EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN DE MENORES



PLAN 2023 DE SALUD

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN, SALUD Y
ATENCIÓN DE MENORES DE PUENTE ALTO



Contenido

ABREVIATURAS	4
PRESENTACIÓN	6
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	7
1. VISIÓN	7
2. MISIÓN	7
3. VALORES CORPORATIVOS.....	7
ORGANIGRAMAS DE ÁREA DE SALUD	8
1. DIRECCIÓN DE SALUD	8
2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA	8
3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES	8
4. SUBDIRECCIÓN DE APOYO A LA GESTIÓN Y CALIDAD	9
5. SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN	9
DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL.....	10
1. NATALIDAD.....	10
2. MORTALIDAD	10
3. MORBILIDAD	12
4. POBLACIÓN COMUNAL.....	16
5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	16
6. DESARROLLO ECONÓMICO.....	17
7. POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA EN CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS DE PUENTE ALTO	18
8. REFERENCIAS – CONTRARREFERENCIAS Y GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	21
SERVICIOS DE LA RED DE SALUD CORPORATIVA.....	23
1. CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	23
2. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO.....	30
3. CENTRO DE IMÁGENES (CDI)	32
4. CENTRAL DE AMBULANCIAS	33
5. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)	35
6. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS (CEP) SAN LÁZARO.....	40
7. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COSAM CEIF (CENTRO Y NORTE)	48
8. ESTRATEGIA DE ATENCIONES EN TERRENO	50
9. VACUNACIÓN COMUNAL CONTRA EL COVID-19	52
10. CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN (CCR): ALEJANDRO DEL RÍO, VISTA HERMOSA Y SAN LÁZARO	53
11. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI).....	54
12. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL	55
13. FARMACIA SOLIDARIA	60
14. ALGUNOS DESAFÍOS TÉCNICOS	61
15. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	70
16. COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA	70
17. COMITÉ DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (CODIMED)	70
PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA.....	72
1. PROMOCIÓN DE SALUD	72
2. PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA.....	72
SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA	76
PERSONAS MIGRANTES	79

EQUIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL EN SALUD	82
PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA	84
1. CONTINUIDAD DEL CUIDADO	84
2. MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA	85
CONTROL DE GESTIÓN: AGENDAMIENTO, INTELIGENCIA EN SALUD Y TELEASISTENCIA ..	145
CENTRAL DE AGENDAMIENTOS	145
MODELOS DE ANÁLISIS SANITARIOS BASADOS EN SISTEMAS DE INTELIGENCIA GEOGRÁFICA	145
TELEASISTENCIA COMO UN COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN	146
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD	148
PLAN DE CAPACITACIÓN	153
IMPLEMENTACION PLAN DE CAPACITACIÓN 2023 ÁREA DE SALUD	153
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN	154
MODALIDADES DE GESTIÓN FORMATIVA PREVISTAS	154
FINANCIAMIENTO	155
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	157
SALUD OCUPACIONAL	158
PLANIFICACIÓN SALUD OCUPACIONAL 2023	161
DOTACIÓN	163
PRESUPUESTO	166
PROYECTOS FUTUROS	169

ABREVIATURAS

AGL: Apoyo a la gestión local
 AP: Apical
 APE: Antígeno prostático específico
 APS: Atención primaria de salud
 AR: Alejandro del Río
 BAC: Búsqueda Activa de Casos
 BL: Bernardo Leighton
 BUN: *Blood urea nitrogen* o Nitrógeno ureico
 CASR: Complejo Asistencial Sótero del Río
 CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación
 CDI: Centro de Imágenes
 CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento
 CDU: Consejo de usuarios.
 CEP: Centro de Especialidades Primarias
 CES: Centro de Salud
 CESFAM: Centro de Salud Familiar
 CIE 10: Categorización Internacional de Enfermedades versión 10.
 CIMI: Centro de Integración María Isabel
 CODIMED: Comité de dispositivos médicos
 COSAM/CEIF: Consultorio de Salud Mental/Centro de Intervención Familiar
 COVID: *Coronavirus disease* o enfermedad por coronavirus.
 CPN: Cavidad Paranasal
 CRS: Centro de Referencia de Salud
 CRSH: Cardenal Raúl Silva Henríquez
 DM: Diabetes mellitus
 DSM: Desarrollo Psicomotor
 ECICEP/ECP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en Las Personas
 EMP/EMPAM: Examen preventivo del adulto/adulto mayor
 ENS: Encuesta Nacional de Salud
 EPP: Elementos de protección personal
 ESI: *Emergency severity index* o Índice de severidad de emergencias
 FOFAR: Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles
 FONASA: Fondo Nacional de Salud
 FV: Farmacovigilancia
 GES: Garantías Explícitas de Salud
 GGT: gamma-glutamyl transferasa
 GOT/ASAT: glutamato oxalacetato/aspartato aminotransferasa
 GPT/ALAT: glutamato piruvato/alanina transferasa
 HDL: High-density lipoproteins o Lipoproteínas de alta densidad
 HTA: Hipertensión Arterial
 IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
 INE: Instituto Nacional de Estadísticas
 INR: *International normalized ratio* o Radio internacional normalizado
 KW: Karol Wojtyla

LV: Laurita Vicuña
MIDESO: Ministerio de Desarrollo Social
MINSAL: Ministerio de Salud
NNA: Niños, niñas y adolescentes
OCDE: Organización para el Comercio y Desarrollo Económico
OMI: Sistema de ficha clínica electrónica
PA: Puente Alto
PAP: Papanicolau
PCR: *Polimerase chain reaction* o Reacción en cadena de polimerasa
PMV: Padre Manuel Villaseca
QF: Químico Farmacéutico
RAM: Reacción adversa a Medicamentos
REM: Registro Estadístico Mensual
RM: Región Metropolitana
RN: Recién Nacido
RPR: Reagina plasmática rápida
RRHH: Recursos Humanos
SAMU: Sistema de Atención Médica de Urgencias
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR: Servicio de urgencia de Alta Resolutividad
SARS-CoV-2: *Severe acute respiratory syndrome by coronaviridae-2* o severo Síndrome de distres respiratorio agudo por coronavirus 2
SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SEREMI: Secretaría Regional Ministerial
SG: San Gerónimo
SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
SSYR: Salud Sexual y Reproductiva
TEA: Trastorno del Espectro Autista
TENS: Técnico de nivel superior en Enfermería
TRVIH: Terapia antirretroviral para VIH
TTA: Testeo, Trazabilidad y Aislamiento
UAPO/UAPORRINO: Unidad de apoyo oftalmológico/otorrinolaringológico
UC: Universidad Católica
UGI: Unidad de Gestión de la Información
UNACESS: Unidad de atención y control en salud sexual
UOP: Unidad de Observación Prolongada
UPC/UCI: Unidad de paciente crítico/Unidad de cuidados intensivos
UTM: Unidad Tributaria Mensual
VDI: *virtual desktop infrastructure* o Infraestructura de escritorios virtuales
VH: Vista Hermosa
VIAU: Visor de información y atención del usuario

PRESENTACIÓN

Atención Primaria de Salud (APS), es la base del sistema de salud en Chile, y se sus actividades se enmarcan en el modelo de atención integral y comunitario, donde los pilares fundamentales son: centrado en las personas, la continuidad y la integralidad.

Es por esto, y fundado en estos pilares que durante el año 2022 nos trazamos un gran desafío que se centró en la entrega de prestaciones de los usuarios que no pudieron acceder a sus controles en años anteriores, sin dejar de visualizar y atender casos de SARS-CoV-2, y donde además aparece una nueva enfermedad emergente como la Viruela Símica. Este desafío ha requerido un gran esfuerzo de todos y cada uno de los funcionarios que conformamos la APS corporativa de esta comuna, ha requerido adecuar los espacios, los flujos, los protocolos de priorización, además de todo un rediseño de los mapas de derivación de la red.

Todos estos esfuerzos han estado sustentados en el objetivo de contribuir a la salud de nuestros usuarios, y en este camino de acciones, han aparecido oportunidades de mejora en diversos ámbitos, que han requerido de diversos actores para su resolución, tanto de la institución, como de los propios centros, de la red y la comunidad, y que nos presentan nuevos desafíos para el 2023, y para abordarlos se ha realizado un trabajo en conjunto y con aportes de distintos grupos para consolidar este plan de salud.

Para el próximo año nos centraremos en los procesos clínicos, darles una remirada para realizar las evaluaciones y modificaciones que sean necesarias para mejorar la integralidad de las prestaciones en todo el ciclo vital y en todos los niveles de prevención-atención dando la continuidad de los cuidados, siempre en el marco de prestaciones con calidad y seguridad y seguiremos con el trabajo en conjunto con funcionarios para reforzar la participación y la contribución a estrategias de entornos laborales saludables.

Estos desafíos requieren de un gran compromiso y dedicación, enmarcados en nuestros valores corporativos, que sin duda cada uno de los integrantes de este gran equipo, lleva a la práctica en su trabajo diario.

Agradezco a cada uno de los que realizaron aportes a este plan de salud, y especialmente a cada centro de salud y todos los funcionarios que trabajan cada día, con la fuerte convicción de la importancia que tiene su aporte al objetivo colectivo de mejorar el bienestar de las personas.

DRA. PAULINA PINTO MATURANA
DIRECTORA DE ÁREA DE SALUD
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUENTE ALTO

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

1. VISIÓN

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

2. MISIÓN

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

3. VALORES CORPORATIVOS

Calidad humana
(empatía – cariño – calidez)

Integridad
(Probidad – Transparencia – Coherencia)

Innovación

Compromiso con el trabajo y la comunidad

Trabajo en equipo

Respeto a la comunidad y colaboradores

Protección a la vida

Trabajo con responsabilidad

ORGANIGRAMAS DE ÁREA DE SALUD

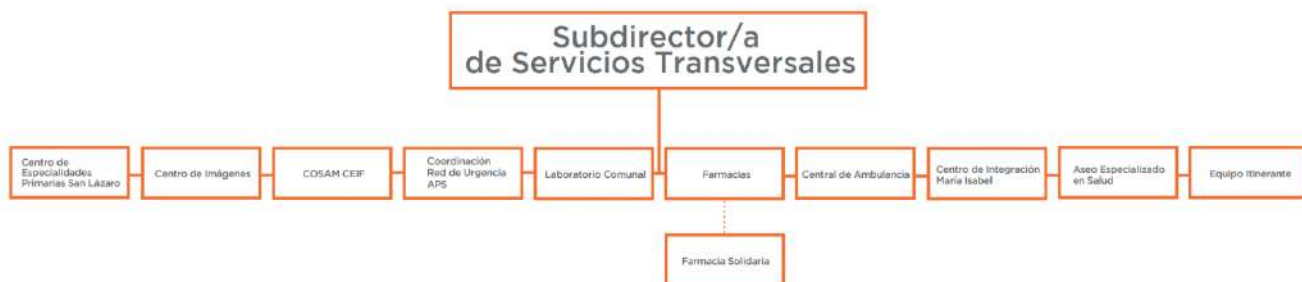
1. DIRECCIÓN DE SALUD



2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA



3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES



4. SUBDIRECCIÓN DE APOYO A LA GESTIÓN Y CALIDAD



5. SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN



DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL

La comuna de Puente Alto, al ser la más poblada del país, presenta características particulares en relación con aspectos de morbilidad, gestión en red, y otros, muchas veces similares a los promedios nacionales, pero en ocasiones de mayor complejidad. De esta forma, el gran número de habitantes genera grandes desafíos para la gestión sanitaria, considerando aspectos socioeconómicos, demográficos y sociosanitarios. A continuación, se presentan los datos oficiales más actualizados de los organismos correspondientes a la administración del Estado, como son el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), y los Ministerios de Desarrollo Social (MIDESO) y de Salud (MINSAL).

1. NATALIDAD

La natalidad en Chile se encuentra en descenso. Puente Alto (PA) presentó tasas más bajas que el país y la región, entre los años 2017 y 2018.

Tasa de natalidad: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2017 – 2018		
Lugar	2017	2018
Chile	11,9	11,8
RM	12,4	12,4
PA	11,7	11,4

Sin embargo, al analizar los nacimientos según edad de la madre, se observa que el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes es mayor que en Chile y la Región Metropolitana (RM).

Nacimientos en madres adolescentes: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, año 2018					
Lugar	Total nacidos vivos corregidos	Edad de la madre			
		< 15 años	%	15 – 19 años	%
Chile	221.731	389	0,175	14.255	6,43
RM	95.834	136	0,142	5.084	5,31
PA	7.033	15	0,213	443	6,30

2. MORTALIDAD

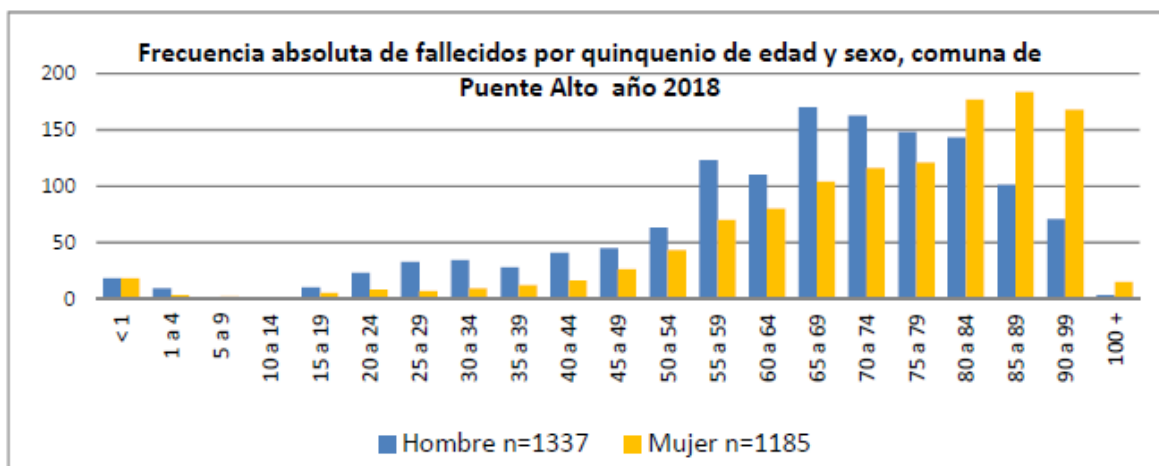
La tasa de mortalidad infantil presenta una disminución entre los años 2017 y 2018, pero hay que tener presente que es habitualmente oscilante a través del tiempo.

Tasa de mortalidad infantil: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2017 – 2018		
Lugar	2017	2018
Chile	7,1	6,6
RM	6,8	6,0
PA	7,4	5,1

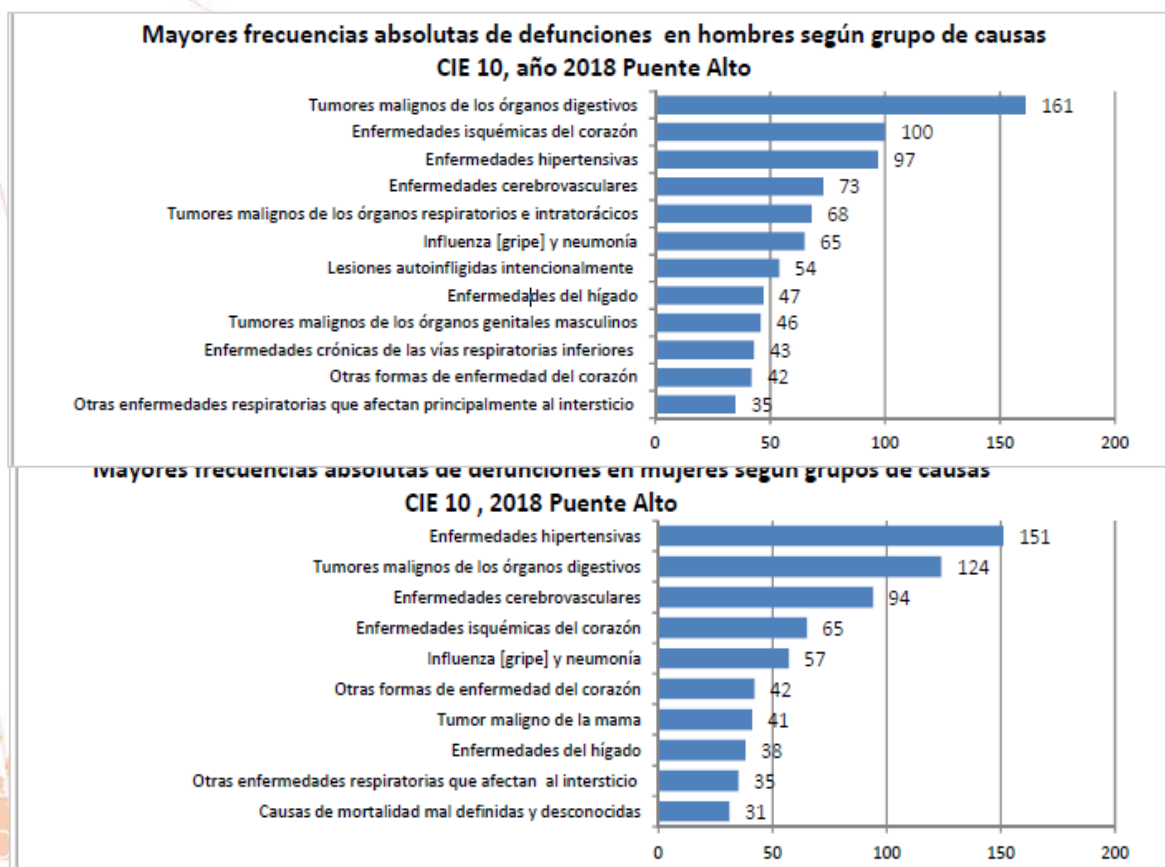
La tasa bruta de mortalidad general se mantiene bajo la del país y región, y presenta una leve disminución entre ambos años. Sin embargo, se debe considerar que la población de Puente Alto es más joven que la nacional, lo que afecta directamente este valor. Los varones fallecen precozmente, teniendo su *peak* entre los 65 y 69 años y las mujeres, entre los 85 y 89 años.

Tasa bruta de mortalidad general: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2017 – 2018		
Lugar	2017	2018
Chile	5,8	5,7
RM	5,4	5,2

PA		4,2			4,1	
Tasa de mortalidad por grupo etario: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, año 2018; tasa por 100.000 habitantes. <i>Población INE 2018</i>						
Lugar	0 – 9 años	10 – 19 años	20 – 39 años	40 – 59 años	60 – 79 años	80 años y más
Chile	75,2	26,8	79,5	300,5	1.566,9	8.756,9
RM	70,6	25,8	71,7	283,1	1.474,0	8.609,5
PA	56,7	19,3	78,1	260,0	1.484,7	9.512,2



Al describir las causas de defunción, en hombres y mujeres se concentran los mayores niveles en tumores y enfermedades circulatorias y sus comorbilidades. La diferencia radica en el momento de la defunción como se advirtió anteriormente.



3. MORBILIDAD

Dado que las mayores causas de mortalidad se encuentran en tumores y enfermedades cardiovasculares, se complementará esta información con la morbilidad que se asocia como factor de riesgo a estas causas, siendo la primera la malnutrición por exceso.

MALNUTRICIÓN

Bajo control niño sano 0 – 6 años, diciembre 2019. REM P 02			Pueblos originarios		Población migrante	
Estado nutricional	Total	%	Total	%	Total	%
Riesgo de desnutrición / Déficit ponderal	572	2,8	6	1,4	16	3,6
Desnutrición	83	0,4	2	0,5	3	0,7
Sobrepeso / Riesgo de obesidad	4.377	21,3	94	22,1	77	17,5
Obesidad	2.031	9,9	68	16,0	22	5,0
Normal	13.529	65,7	256	60,1	321	73,1
Total	20.592	100,0	426	100,0	439	100,0

Sin duda alguna, el nivel de malnutrición en la comuna, desde temprana edad es una alarmante epidemia. Los niños bajo control de 0-6 años tienen un 31,2% de malnutrición por exceso, aumentando a 38,1% en los niños de pueblos originarios. Más tarde en la edad escolar estos valores alcanzan a 48.8% en niños y 43,95% en niñas. Avanzando en el ciclo vital, las embarazadas presentan un 66,5% de malnutrición por exceso.

Estado nutricional de alumnos evaluados por JUNAEB, niveles pre – kínder, kínder, 1º básico, 1º medio, Puente Alto, año 2018				
Estado nutricional	Niños	%	Niñas	%
Desnutrición	332	2,9	285	2,6
Bajo peso	756	6,7	666	6,0
Subtotal déficit	1.088	9,6	951	8,5
Peso normal	4.690	41,5	5.310	47,6
Sobrepeso	3.050	27,0	3.023	27,1
Obesidad	2.466	21,8	1.867	16,7
Subtotal exceso	5.516	48,8	4.890	43,9
Total	11.294	100,0	11.151	100,0
Retraso talla	441	3,9	392	3,5
Talla normal	10.853	96,1	10.759	96,5
Total	11.294	100,0	11.151	100,0

Bajo control embarazo, diciembre 2019. REM P 01		
Estado nutricional	Total	%
Obesidad	885	39,2
Sobrepeso	615	27,3
Normal	699	31,0
Bajo peso	55	2,4
Total	2.254	100,0

Cuando se evalúa el estado nutricional en población que ya cursa condiciones crónicas cardiovasculares, esto no se modifica mayormente y se observa un 40,9% de malnutrición por exceso siendo mayor en edades sobre 65 años y en mujeres.

Estado nutricional (EN) por exceso	Total	Edad (en años)		Sexo	
		15 a 64	65 y más	Hombres	Mujeres
Sobrepeso: IMC entre 25 y 29,9	11.199	5.225	5.974	4.595	6.604
Obesidad: IMC ≥ 30	17.471	10.295	7.176	5.581	11.890
Subtotal exceso	28.670	15.520	13.150	10.176	18.494

Total personas Programa Cardiovascular a diciembre 2019	70.115	39.987	30.128	26.627	43.488
Prevalencia EN por exceso (%)	40,9	38,8	43,6	38,2	42,5

TABAQUISMO

El tabaquismo es otra de las morbilidades asociadas fuertemente a las principales causas de muerte. En la Encuesta de Incidencia Consumo de Cigarrillo y Comercio Ilícito Chile 2019 UC Medición -MIDE que se realiza a lo largo del país, se incluye a Puente Alto en la muestra del Gran Santiago, siendo posible generalizar para la comuna sus datos.

La población de 18 a 64 años mantiene un 44,3% de tabaquismo con un promedio de cigarrillos al día de 7,3.

Población 18 – 64 años	%	Nº cigarrillos al día
Fumador habitual u ocasional	44,3	7,3
Fumador diario	40,8	7,4

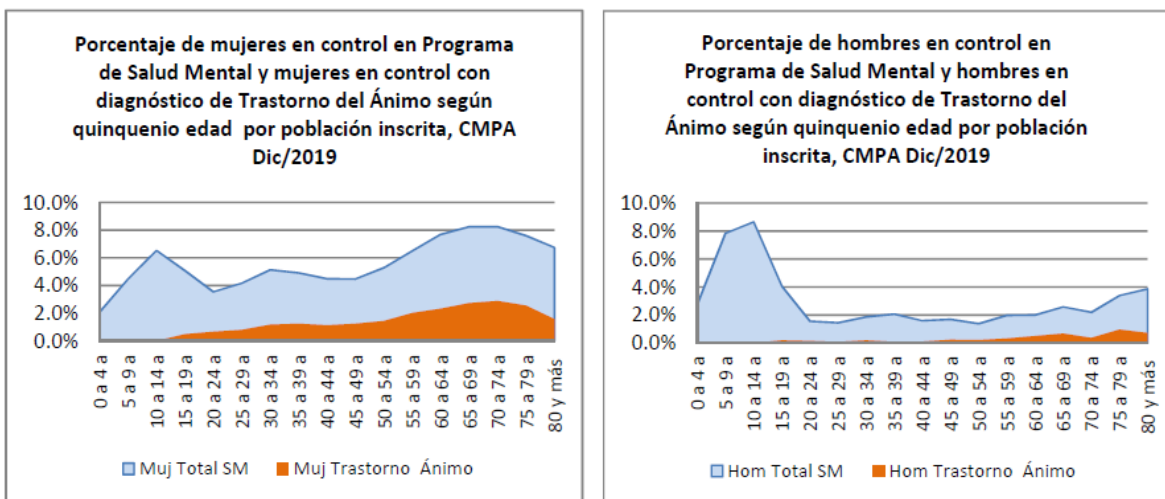
Como medida de salud pública, en Chile se aumentó el costo de los cigarrillos para disminuir esta prevalencia. No obstante, el contrabando de cigarrillos de menor calidad va en aumento, llegando a un 13,8% del consumo. Es preocupante que este consumo está presente mayoritariamente en los niveles socioeconómicos más bajos D y E, y presentan mayor número de cigarrillos promedio fumados en un día. Estos cigarrillos ilícitos se compran mayoritariamente en negocios de barrio y ferias.

Población 18 – 64 años	%	Nº cigarrillos al día	NSE	Mercado
Consumo de cigarrillos lícitos	86,2	7,4	Todos	General
Consumo de cigarrillos ilícitos	13,8	9,6	D – E (61%)	Barrios y ferias

Fuente: Centro UC Medición – MIDE

SALUD MENTAL

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, la prevalencia de trastornos del ánimo se ubica en un 6,2% en mayores de 18 años. Se cuenta con la evidencia que el stress crónico debuta con trastornos del ánimo, trastornos ansiosos y enfermedades cardiovasculares. El Programa de Salud Mental mantiene un porcentaje muy menor de personas diagnosticadas con trastornos del ánimo en comparación a la prevalencia poblacional estimada. Los diagnósticos de trastornos ansiosos se presentan en mayor número que los del ánimo en la población inscrita en la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto.



En la Encuesta Casen 2017, se observan en general menores valores para déficit en capacidades perceptivas, de deambulaci3n y de la vida diaria. Esto probablemente por contar con una poblaci3n menos envejecida que el pa3s. Sin embargo, en la capacidad de recordar, la dificultad es mayor en la poblaci3n de Puente Alto ¿Podrá ser un s3ntoma depresivo?

Tiene dificultad para:						
Unidad territorial	Ver	Oír	Caminar	Recordar	Vestirse	Comprender
Puente Alto	8,0%	3,9%	8,3%	8,5%	2,2%	3,0%
Resto de comunas	11,0%	5,4%	9,0%	6,9%	3,3%	3,5%

Encuesta Casen 2017

En aspectos de salud mental infanto-juvenil, nuestra comuna presenta cifras altas de consulta y poblaci3n bajo control de ni3os, ni3as y adolescentes (NNA) con trastornos del ánimo, especialmente aquellos relacionados con desórdenes ansiosos, de impulsos, agresividad, entre otros. La pandemia disminuy3 a cerca del 50% la poblaci3n bajo control en salud mental para este grupo etario, particularmente por la inasistencia a recintos educacionales y la baja consulta a centros de salud de este grupo, ya que sus familias intentaron no acudir a establecimientos donde pudiesen contagiarse de COVID-19.

Poblaci3n en salud mental	0 – 4 a3os		5 – 9 a3os		10 – 14 a3os		15 – 19 a3os		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
2018	278	182	706	447	455	490	265	450	3273
2019	278	228	591	375	310	382	218	367	2749
2020	90	55	130	88	105	159	135	222	984
2021	87	50	155	126	131	255	175	365	1344
Julio 2022	81	64	269	167	212	325	153	346	1617

A pesar de esto, y por el esfuerzo de los equipos locales, la cantidad de ni3os, ni3as y adolescentes con atenciones en salud mental en este grupo fueron potenciadas durante 2022, ya observándose un aumento del 25% a mitad del a3o. Si se mantiene esta tendencia, se espera alcanzar niveles mayores a 2019 en este 2022, y acercarse a la cobertura previa al estallido social y a la pandemia.

El efecto negativo que tuvo en esta población el encierro generado por la pandemia ha sido ampliamente discutido, además del desincentivo al contacto físico, al juego, a las reuniones sociales y otros aspectos claves en el desarrollo infanto-juvenil. Por tanto, se continuará con la priorización de atenciones en salud mental de este grupo, en coordinación con establecimientos educativos y las comisiones mixtas de cada centro de salud.

Desde el punto de vista de los trastornos de déficit atencional con hiperactividad (TADH), se observa un aumento sostenido durante la primera mitad del año 2022, acercándose a niveles previos a la pandemia, a pesar de la menor cantidad de controles en proporción.

Centro	2019	2020	2021	Julio 22
AR	94	20	43	68
SG	31	8	9	12
VH	36	7	6	12
BL	73	11	9	46
CRSH	64	19	33	20
PMV	43	13	8	26
KW	34	9	4	23
LV	24	11	15	13
Total	399	98	127	220

Si esta tendencia se mantiene por todo 2022, implicará contar con cifras mayores a las anteriormente registradas, lo cual refleja el aumento de estos trastornos y podría explicar en parte la mayor dificultad que afrontan actualmente los procesos educativos.

En relación con los niños con trastorno de espectro autista (TEA), lamentablemente no existen prevalencias nacionales ni estudios de población específicos de nuestro país. A nivel comunal, aquellos niños con diagnóstico, sospecha o condiciones relacionadas al TEA son actualmente 771, según registros clínicos locales.

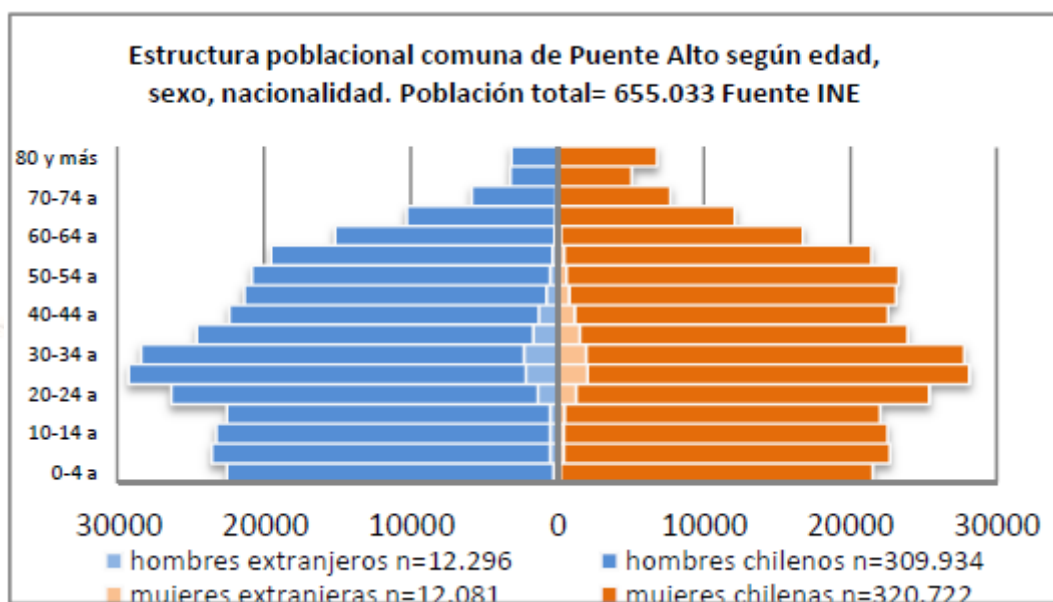
Centro	Cantidad de NNA con diagnóstico o sospecha de TEA	Edad promedio (años)
AR	234	5.8
PMV	128	5.7
SG	127	5.4
BL	48	6.0
CRSH	79	5.9
KW	55	5.7
LV	73	5.4
VH	27	5.3
Total	771	5.6

Adicionalmente, existe una lista de espera de 1091 NNA con sospecha de TEA en el nivel de especialidad, pertenecientes a Neurología del Complejo Asistencial Sótero del Río.

4. POBLACIÓN COMUNAL

Para complementar los indicadores de salud es necesario conocer los determinantes sociales que afectan los niveles de salud de la población. En los gráficos a continuación se puede observar la distribución etaria de la población total comunal en donde la migrante llega a 24.377 personas mayoritariamente en edades productivas. La población de la comuna es menos envejecida, cuenta con un 8,3% de adultos mayores de 64 años a diferencia de la nacional que cuenta con un 12,5%.

Al comparar las pirámides poblacionales INE y la población inscrita se observa una menor cantidad de hombres desde los 20 a los 64 años y en mujeres entre los 30 y 50 años. En el caso de las poblaciones migrantes este valor aumentó en un año en 33%, siendo la población venezolana la que ocupa el 47% del total de los migrantes en la comuna.



5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Históricamente la comuna ha tendido a ser dividida en dos sectores al oriente y poniente de la Avenida Concha y Toro. El sector oriente cuenta con 47 km² el poniente con 29 km² y la comuna además cuenta con 12 km² de cordillera no habitable.



Indicadores	Sector oriente	Sector poniente
Población INE 2020		
Hombres	155.928	156.822
Mujeres	166.637	166.522
Total	322.565	323.344
Hogares	98.626	96.005
Media personas con hogar	3,3	3,4
Personas por tramos de ingresos Registro Social de Hogares (RSH)		
1 (0 – 40%)	69.725	108.142
2 (41 – 50%)	14.960	18.493
3 (51 – 60%)	11.233	14.092
4 (61 – 70%)	11.265	12.957
5 (71 – 80%)	12.474	12.991
6 (81 – 90%)	16.658	15.383
7 (91 – 100%)	4.287	3.715
Total personas	140.602	185.773
Población inscrita RSH / Total población	43,6%	57,5%
Total personas en tramos 1 – 3 (60% < ingresos)	95.918	140.727
Población total tramos 1 – 3 / Total población	29,7%	43,5%
Educación Censo 2017		
No asistió	5,4%	6,8%
Básica y pre básica	26,9%	35,5%
Media	26,2%	25,1%
Técnica	23,7%	22,9%
Universitaria	17,4%	9,2%
Grupos etarios		
< 15 años	18,1%	20,1%
> 65 años	10,3%	10,0%

Se observa claramente que el sector poniente cuenta con una densidad poblacional mayor, menor nivel educativo, por tanto, menor nivel socioeconómico, mayor cantidad de personas en el registro social de hogares y mayor porcentaje en los tramos de menor ingreso. Estas características cobran vital importancia en las condiciones de salud de las diferentes poblaciones.

6. DESARROLLO ECONÓMICO

En el ámbito económico la comuna presenta mayores niveles de pobreza multidimensional y por ingresos respecto de la región. Entre los años 2016 y 2017 se ha presentado una reducción del número de empresas de un 3,1% a diferencia del país y región que aumentaron. En consecuencia, el número de trabajadores se redujo en más de 10.000 llegando a un 15,8% menos.

Tasa de pobreza, año 2017		
Unidad territorial	Por ingresos	Multidimensional
País	8,6	20,7
RM	5,4	20,0
Puente Alto	7,29	23,3

Encuesta Casen 2017, MDS

Número de empresas, años 2016 y 2018				
Unidad territorial	2016	2018	Variación	%
País	2945.545	3025.503	79.958	2,7%
RM	392.923	412.152	19.229	4,9%
Puente Alto	252.655	244.717	- 7.938	- 3,1%

Estadísticas SII

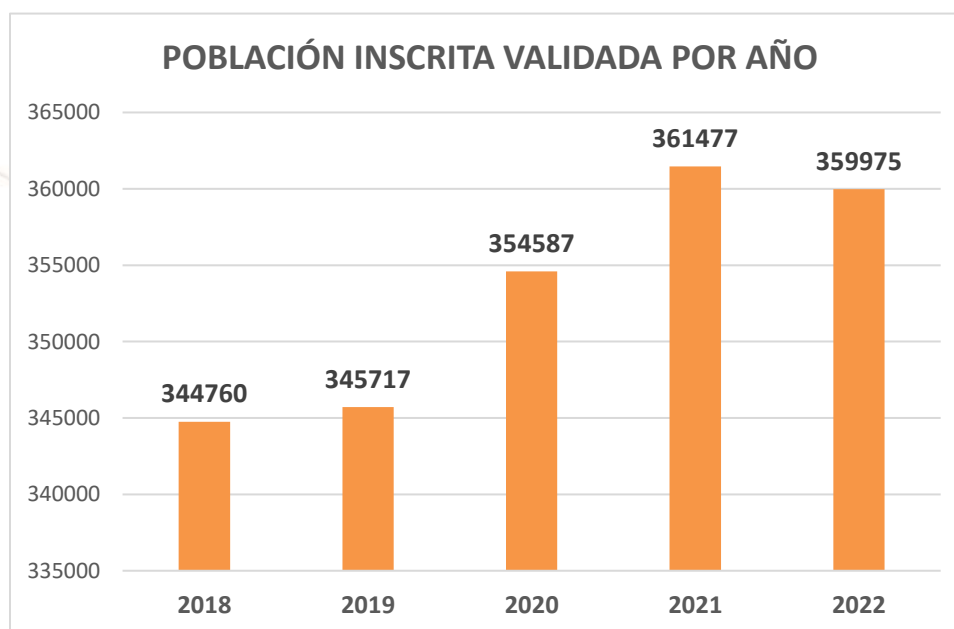
Número de trabajadores, años 2016 y 2018				
Unidad territorial	2016	2018	Variación	%
País	571.347	672.386	101.039	17,7%
RM	1850.352	1933.311	82.959	4,5%
Puente Alto	65.326	54.997	- 10.329	- 15,8%

Estadísticas SII

7. POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA EN CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS DE PUENTE ALTO

A pesar de que, en los últimos cinco años, había aumentado la población inscrita validada por FONASA para nuestros establecimientos, esta tendencia terminó con año 2022. La población inscrita validada a 2021 (en uso para año 2022 en curso) disminuyó en 1.502 personas (un 0.004%). Esto podría ser atribuido a la pandemia, por la limitación en el desplazamiento de la población y el miedo a asistir a centros de salud en general, perdiendo entonces la vigencia para el reconocimiento de FONASA.

En agosto de 2022 aún no existe confirmación de los valores oficiales para el último periodo, por lo que a efectos de este plan se usará la población validada a 2021 (359.975) y sus análisis previos.



La variación entre la población inscrita validada para 2022 fue dispar para los establecimientos de salud, con aumentos y disminuciones, dependiendo del territorio.

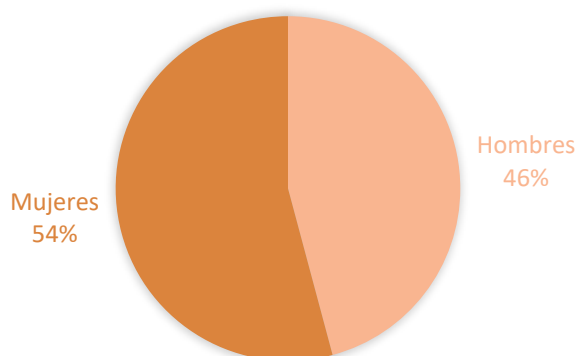
Centro	2021	2022	Variación
AR	91.151	87.810	-4%
SG	50.617	49.163	-3%
VH	14.815	15.626	5%
BL	43.343	43.374	0%

CRSH	34.871	33.917	-3%
PMV	67.533	69.417	3%
KW	29.993	30.898	3%
LV	28.654	29.770	4%

Se observó un mayor aumento en el centro Vista Hermosa, con un 5% mayor de población bajo control versus 2021, principalmente por el aumento de proyectos habitacionales en el sector, además de la presencia de una mayor cantidad de población en campamentos en la zona de casas viejas y sus alrededores. De forma opuesta, el centro Alejandro del Río sufrió la mayor disminución con un 4% más bajo que en 2021, lo cual podría deberse a la disminución de los traslados de la población general en situación de pandemia, pudiendo atenderse con mayor frecuencia en los centros cercanos a sus hogares, a diferencia de la ubicación central de Alejandro del Río, ubicado en Plaza de Puente Alto.

Con respecto a la distribución por sexo, la mayoría de personas inscritas en nuestros centros de salud es mujer, lo que se correlaciona con la mayor asistencia a recintos asistenciales que presentan como grupo, por sobre el sexo masculino.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA PARA 2022



En relación con la distribución poblacional y sus variaciones entre 2021 y 2022, se observan diferencias relevantes para los dos grupos de alta complejidad y con priorización desde el punto de vista sanitario: NNA y personas mayores.

En el caso de los NNA, se observan disminuciones significativas en las poblaciones validadas, con un promedio de disminución del 5% entre ambos años.

Centro	Población 0 a 19 años 2021	Población 0 a 19 años 2022	Variación
AR	23.138	20.915	-10%
SG	14.214	12.944	-9%
VH	4.652	4.660	0%

BL	11.791	11.260	-5%
CRSH	10.832	9.911	-9%
PMV	17.423	16.829	-3%
KW	10.361	10.217	-1%
LV	8.299	8.196	-1%

Los centros Alejandro del Río, Cardenal Raúl Silva Henríquez y San Gerónimo presentaron disminuciones de hasta un 10%. En contraste, el centro Vista Hermosa mantuvo su población de NNA.

Para las de 65 años o más, se observó el fenómeno contrario, con aumentos importantes en la cantidad y proporción de inscritos pertenecientes a este grupo, con un 10% promedio.

Centro	Población de 65 o más 2021	Población de 65 o más 2022	Variación
AR	12.141	12.549	3%
SG	6.115	6.344	4%
VH	1.332	1.415	6%
BL	4.447	4.950	11%
CRSH	2.141	2.424	13%
PMV	8.610	9.784	14%
KW	1.956	2.236	14%
LV	3.123	3.618	16%

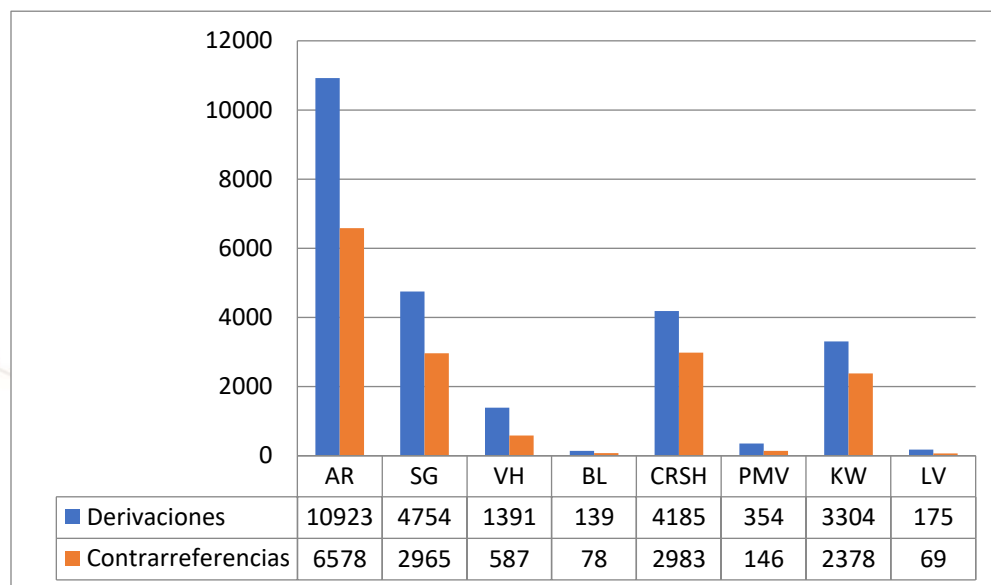
Todos los centros de salud presentaron este aumento, destacando fuertemente los centros como Laurita Vicuña, Karol Wojtyla y Padre Manuel Villaseca, que anteriormente presentaban poblaciones más jóvenes debido a la gran cantidad de viviendas construidas los últimos años en sus territorios.

Las diferencias anteriormente presentadas demuestran la relevancia de recuperar las atenciones en los menores de 19 años, considerando el retorno a las actividades escolares y la disminución en las restricciones por la pandemia. Al mismo tiempo, se debe potenciar la oferta de servicios de salud para las personas mayores, que han aumentado su presencia y asistencia en recintos sanitarios, buscando ayuda principalmente con sus problemas crónicos de salud, muchos de los cuales se vieron afectados negativamente desde 2020.

8. REFERENCIAS – CONTRARREFERENCIAS Y GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

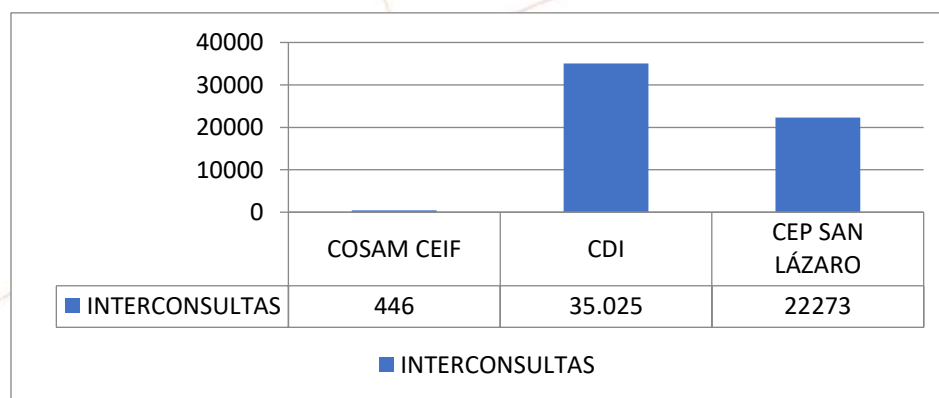
Durante el año 2021, se logró un **92,53%** de resolutivez con relación a las consultas médicas realizadas. Entre junio de 2021 y junio de 2022, se emitieron **53.679** interconsultas, **28.629** correspondientes al CDT de Hospital Sótero del Río, **25.050** al CRS Hospital Provincia Cordillera. En el mismo periodo, se recibieron **105.656** Contrarreferencias en el sistema local de ficha clínica electrónica, destacando un aumento con respecto al año 2020-2021

Referencias y Contrarreferencias de los Centros de Salud corporativos de Puente Alto a CRS Hospital Provincia Cordillera, periodo junio 2021 a junio 2022

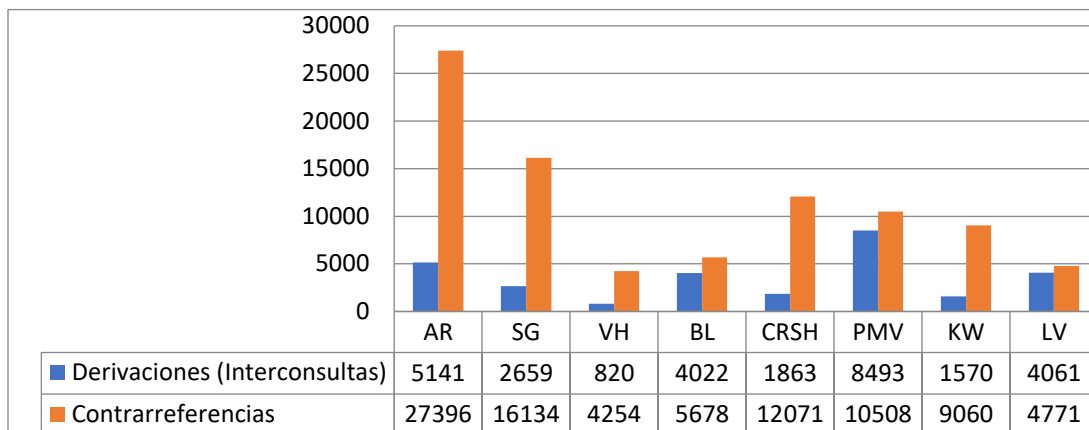


En relación con las prestaciones otorgadas en nuestros establecimientos transversales de salud, se realizaron **57.744** derivaciones mediante interconsultas desde los Centros de Salud.

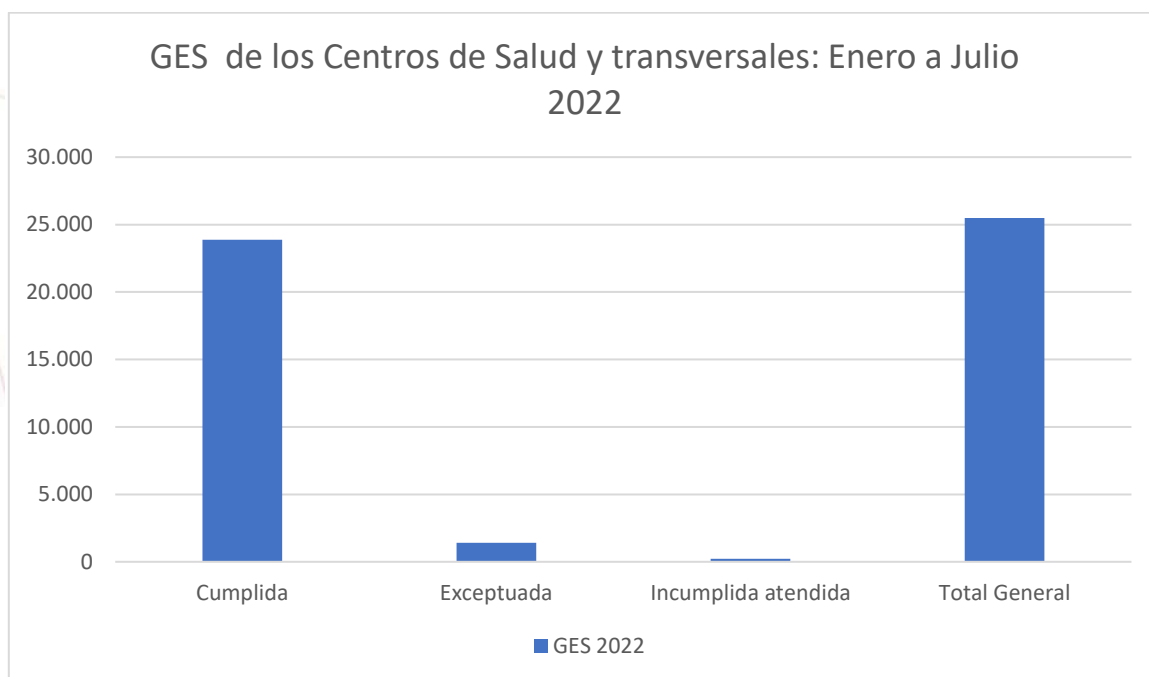
Derivaciones a Centros Transversales desde los Centros de Salud Corporativos de Puente Alto, Periodo junio 2021 a junio 2022



Referencias y Contrarreferencias de los Centros de Salud corporativos de Puente Alto a CDT Hospital Sótero del Río, periodo junio 2021 a junio 2022



GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)



Entre enero y julio de 2022, los Centros de Salud y servicios transversales han generado **25.609** prestaciones GES. A consecuencia de la pandemia, hubo un 0,25% de garantías incumplidas, principalmente por inasistencias por miedo al contagio, una disminución importante con respecto al mismo periodo en el año 2021. Esto se logró mediante los planes de retorno implementados en cada Centro de Salud, los cuales ya han ido evidenciando mejoras sustanciales en las prestaciones brindadas, logrando hasta el periodo julio 2022 un cumplimiento del 99,29%. Se espera llegar al 100% de cumplimiento en diciembre de 2022, pudiendo así lograr lo establecido en la ley 19.666.

SERVICIOS DE LA RED DE SALUD CORPORATIVA

La red asistencial corporativa se conforma por los siguientes dispositivos de salud:

Centros de Salud	Urgencia Primaria - SAPU/SAR	Centros/Unidades Transversales
Centro de Salud Dr. Alejandro del Río (AR), incluye Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) CESFAM San Gerónimo (SG) CESFAM Vista Hermosa (VH), con CCR CESFAM Bernardo Leighton (BL) CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH) CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV) CESFAM Karol Wojtyła (KW) CESFAM Laurita Vicuña (LV)	SAPU AR SAPU SG SAPU BL SAPU CRSH SAPU KW SAR PMV	Centro de Especialidades Primarias San Lázaro, con CCR, Centros Audio y Oftalmológico (UAPO/UAPORRINO) Laboratorio Comunal Dr. Alejandro del Río COSAM CEIF Centro COSAM CEIF Norte Centro de Imágenes (CDI) Unidad de Farmacia y Bodega Comunal Central de Ambulancias Farmacia Solidaria Centro de Integración María Isabel (CIMI)

1. CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Corporación cuenta con 8 Centros de Salud de atención primaria para responder a las necesidades de salud de la población beneficiaria, con un total de 359.975 inscritos para el año 2022 (población 2021). A la fecha, todos los Centros de Salud cuentan con Certificación de Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, siendo éste un relevante logro para los centros corporativos, dada la exigencia del instrumento de evaluación. Nuestro foco en 2023 será en la modernización y estandarización de prestaciones entre los centros de salud, mejorando así el acceso y la equidad de los territorios, con énfasis en los acercamientos a la comunidad, la inclusión y la participación.

La Cartera de Servicios del Plan de Salud Familiar, donde se establecen las prestaciones que entrega la Atención Primaria por ciclo vital, es la siguiente:

I. Salud de niños y niñas

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa nacional de alimentación complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Control con enfoque de riesgo odontológico
- GES 6 años
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica

- Atención odontológica domiciliaria a niños y niñas con dependencia severa
- Radiografías odontológicas.

II. Salud de adolescentes

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención psicosocial.
- Consulta kinésica.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en salud mental.
- Programa nacional de alimentación complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Control con enfoque de riesgo odontológico
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica
- Atención odontológica domiciliaria a adolescentes con dependencia severa
- Radiografías odontológicas.

III. Salud de la mujer

- Control prenatal.
- Control preconcepcional.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa nacional de alimentación complementaria.
- Ecografía obstétrica del primer trimestre.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
- GES Salud Oral de la Embarazada
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica
- Radiografías odontológicas.

IV. Salud de adultos y adultas

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.
- GES 60 años
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica
- Atención odontológica domiciliaria a adultos con dependencia severa
- Radiografías odontológicas.

V. Salud de adultos y adultas mayores

- Consulta de morbilidad.

- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto y el adulto mayor.
- Consulta nutricional.
- Control de salud bajo la estrategia de salud centrada en las personas.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.
- Consulta kinésica.
- Vacunación por campañas.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica
- Atención odontológica domiciliaria a adultos mayores con dependencia severa
- Radiografías odontológicas.

VI. Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programas

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
- Acceso a evaluación, tratamiento y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
- Acceso a tratamiento odontológico integral adultos de 60 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*.
- Acceso a tratamiento salud oral integral de la embarazada.
- Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.

VII. Actividades generales asociadas a todos los programas

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria.
- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.

CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez

El CESFAM CRSH destacó en 2022 por su aporte comunal directo a la estrategia de respuesta frente al colapso de la red hospitalaria, quedando con la centralización de las UOP a nivel comunal durante los primeros 9 meses del año. A pesar de que las UOP fueron concebidas principalmente para usuarios con COVID-19, también existe una alta demanda para personas en cuidados de fin de vida, lo cual representó un desafío constante.

Incluso manteniendo estas UOP comunales, el CESFAM pudo reactivar la mayor parte de sus prestaciones regulares, destacando aquellas relacionadas con rehabilitación física, prevención y promoción en salud, y aquellas pertenecientes a la canasta regular APS.

OBJETIVOS 2023

- Recuperar espacios asociados a infraestructura y reinstalación de sectores
- Fortalecer instancias de trabajo comunitario
- Retomar mecanismos de participación social
- Fortalecer el trabajo intersectorial y en red, mesa territorial de la infancia I, entre otros
- Iniciar aproximación de Diagnostico participativo
- Potenciar la continuidad del convenio de migrantes
- Reactivación de instancias como reuniones presenciales de equipo y con la comunidad, según contexto epidemiológico
- Fortalecer la continuidad de las prestaciones

CES Alejandro del Río

Durante 2022, la gestión de Alejandro del Río se ha enfocado en recuperar la esencia de atención primaria, centrado en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, siendo el principal desafío hacer convivir estas acciones con las prestaciones propias de la pandemia por COVID-19 que aún está presente, y las conductas de riesgo que se deben mantener para prevenir los contagios. Considerando la gran cantidad de pacientes que perdieron sus controles por la pandemia se ha trabajado fuertemente en la priorización por riesgo y para fortalecer el modelo de salud familiar y comunitario, realizando más de 100 jornadas de salud y operativos territoriales a julio 2022 en sedes vecinales y similares, conformado y participado en mesas intersectoriales y se inicia la implementando el plan de sectorización.

OBJETIVOS 2023

Seguir fortaleciendo el lazo con la comunidad y con el intersector para trabajar en conjunto en la implementación total del modelo de salud familiar, consolidando el **CESFAM Alejandro del Río** mediante la sectorización del territorio, su población y los equipos de salud del centro. Esta modificación será siempre en el marco del respeto, el cariño y la inclusión, con la incorporación del modelo de atención de personas sordas, foco en salud migrante, entre otros.

CESFAM Padre Manuel Villaseca

Durante el año 2022 se han reactivado las prestaciones propias como APS, dando énfasis en mayor apertura, programando actividades en espacios comunitarios, destacando la activa realización de los diagnósticos participativos por sectores, jornadas de trabajo con dirigentes abordando temáticas de abordaje conjunto, efectuando capacitaciones en diversos temas en JJVV de distintos sectores del territorio (climaterio, nutrición, detección precoz de cáncer de mamas, primeros auxilios, atenciones farmacéuticas, entre otros). Hemos logrado fortalecer lazos con nueva directiva de CDU, con la mira puesta en avanzar en forma conjunta en los desafíos. Se efectuará capacitación formal para monitores comunitarios en salud mental (octubre 2022) con la certificación de la OPS.

Se logra además instalar modelo de atención de SAR en horario continuado con la incorporación de kit rápido para toma de exámenes, lo que sin duda favorece la resolutivez y mejora calidad de atención de nuestra red. También se habilitan nuevas dependencias para atención de procedimientos y curaciones.

OBJETIVOS 2023

- Mejorar logro de indicadores sanitarios, habiendo logrado estabilizar procesos internos por alta demanda asistencial y alto nivel de agotamiento de equipo de salud.
- Mantener vínculo comunitario aún más estrecho, avanzando en los niveles de participación social y comunitaria.
- Avanzar en instaurar procesos centrados en el usuario y con enfoque de salud familiar y comunitario.

CESFAM Vista Hermosa

Vista Hermosa ha potenciado sus atenciones durante 2022, aumentando los operativos a la gran cantidad de asentamientos (campamentos) del territorio, y acercándolos a la inscripción formal, mejorando así su acceso sanitario. Se recuperó además el 100% de nuestras actividades y talleres con la comunidad, potenciando la promoción y prevención en salud. Adicionalmente, se realizó la reposición del CCR en el terreno contiguo al centro, acercando la rehabilitación a nuestra población, y potenciando sus instalaciones y equipos, al incorporar las prestaciones post COVID-19. Además, se inaugura el lactario dentro del centro de salud, acercando la lactancia materna y sus beneficios a nuestros usuarios.

Nuestro centro, además, es destacado a nivel de Servicio de Salud y MINSAL por la implementación de la Estrategia Centrada en las Personas (o multimorbilidad), la cual ha podido ser potenciada y forma parte de las actividades habituales del centro.

OBJETIVOS 2023

- Continuar con las gestiones para contar con un SAPU en el centro de salud.
- Aumentar la cobertura de los talleres y actividades con la comunidad.
- Trabajar en mejorar la precepción al trato al usuario.

CESFAM Karol Wojtyla

La labor del CESFAM Karol Wojtyla se sustenta en el compromiso e involucramiento del equipo de salud para desarrollar una cultura de mejoramiento continuo, centrado en las personas, sus familias y la comunidad. De esta forma, se mantiene como eje prioritario el velar por la accesibilidad, equidad y oportunidad de las atenciones, respetando la dignidad y derechos de las personas.

El año 2022 no ha estado exento de complejidades y desafíos, a los que el equipo de salud ha debido responder de la mejor manera posible. Hemos mantenido el trabajo orientado a responder a las necesidades y dificultades derivadas de la pandemia, lo que se ha traducido en una alta demanda de casos de COVID-19. Paralelamente, hemos fortalecido una estrategia de articulación comunitaria y territorial para abordar la Campaña de Vacunación, lo que ha significado la mantención de puntos de vacunación en sedes sociales, generando un vínculo de colaboración estrecha entre equipo de salud, dirigentes vecinales y la comunidad a la que representan. Por otro lado, hemos retomado con energía las distintas prestaciones de salud propias del modelo de salud familiar, de manera de volver a instalar una estrategia de cuidado y recuperación de la salud de nuestros(as) usuarios(as).

OBJETIVOS 2023

Finalmente, mencionar algunos desafíos que nos hemos planteado como equipo de salud para el año 2023 y que dicen relación con la profundización del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el fortalecimiento de la participación comunitaria en salud, la promoción de una cultura ecológica al interior del CESFAM y el fortalecimiento de la inclusión sociocomunitaria, facilitando el acceso universal a las prestaciones de salud a los(as) usuarios(as) con capacidades diferentes y a las personas mayores.

CESFAM San Gerónimo

El CESFAM San Gerónimo cumplió 34 años de funcionamiento en 2022, con un importante trabajo hacia los usuarios, su familia y la comunidad, a cargo de un equipo de salud comprometido y con alta vocación de servicio. Se ha logrado potenciar el funcionamiento de procedimientos, los distintos sectores de salud y las prestaciones generales de APS. Además, en el segundo semestre de 2022 se realizará la presentación a la Comisión de Acreditación, y nuestro anhelo es iniciar el 2023 como el primer Centro de Salud de la CMPA en estar acreditado, brindando de esta manera prestaciones de salud con calidad y seguridad asistencial, para toda nuestra población inscrita beneficiaria.

OBJETIVOS 2023

Para 2023, se espera continuar con el fortalecimiento de las prestaciones de salud, el trabajo con la comunidad y ser referentes comunales en la estandarización de los procesos clínicos y administrativos, mediante el apoyo a la acreditación a nivel comunal.

CESFAM Bernardo Leighton

Bernardo Leighton destacó durante 2022 por contar con la mayor cantidad de atenciones espontáneas de urgencia y morbilidad a nivel comunal, ya sean respiratorias como no respiratorias, lo cual representó un desafío importante para todo el equipo de salud del centro. Con todo el esfuerzo requerido por la gran demanda, el centro estuvo permanentemente buscando nuevas formas de organizarse, lográndose reactivar y fortalecer las prestaciones regulares de nuestra APS, brindando acceso sanitario a la población, con el foco central en el bienestar de los usuarios, en fuerte coordinación con la comunidad y el territorio. De esta forma, destacaron las actividades domiciliarias, adaptadas a llevar las prestaciones a las personas, mejorando así su seguridad de atención y acceso, junto con el fortalecimiento y reactivación de los talleres y las actividades preventivas.

OBJETIVOS 2023

- Mantener el alto cumplimiento de las prestaciones regulares, destacando la labor de los equipos locales.
- Fortalecer el trabajo comunitario, manteniendo las prestaciones domiciliarias y en terreno
- Revisión de los flujos y procedimientos, evaluando la instalación de otras formas de entregar las prestaciones.
- Levantar las brechas de atención y generar propuestas de cobertura, involucrando a la red.

CESFAM Laurita Vicuña

Laurita Vicuña, a pesar de no poseer dispositivo SAPU, tuvo el importante desafío de dar respuesta a prestaciones agudas, en especial a población que previamente se atendía en ISAPRE, lo cual presionó a los equipos de salud y mermó la capacidad de respuesta a nuestros inscritos. Sin embargo, se logró priorizar a las personas pertenecientes a nuestro centro, reactivando de esta forma las prestaciones. Además, se construyó una nueva bodega de farmacia, lo que permitirá mejorar el funcionamiento y abastecimiento de esta unidad.

Dentro de las iniciativas destacables a nivel comunal, se encuentra el piloto de rediseño de Salud Mental, que apunta a mejorar los resultados de las prestaciones brindadas por el equipo psicosocial, además de generar un modelo nacional que sea replicable y efectivo. Para ello, se construyeron nuevos boxes de atención, lo cual permitirá potenciar el acceso a las prestaciones de salud mental, tan críticas en este periodo extendido de pandemia. Por último, se generó un modelo de atención de psicomotricidad para niños con TEA, mediante el trabajo del equipo local, el cual será replicado a nivel comunal mediante las nuevas salas implementadas, en coordinación con los equipos técnicos centrales.

OBJETIVOS 2023

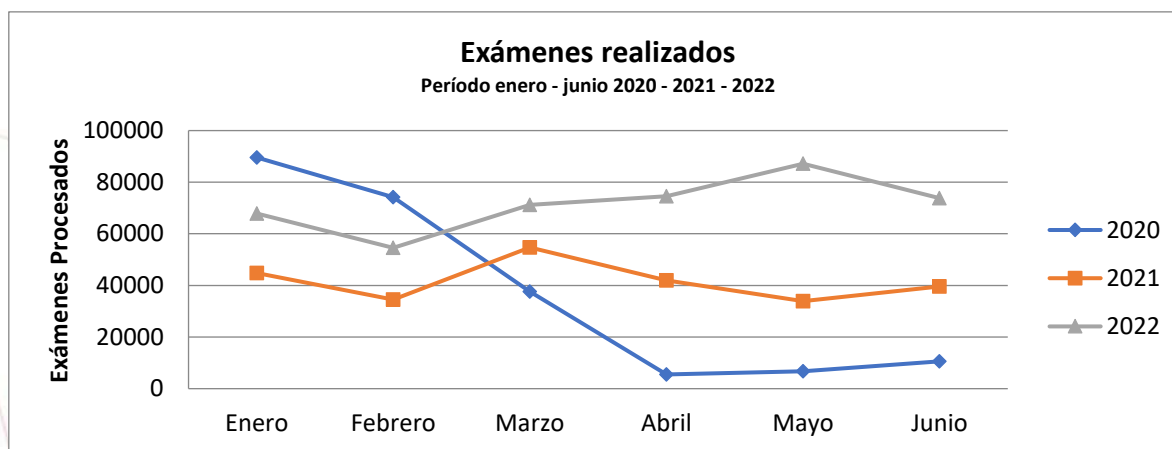
- Reactivar la totalidad de las prestaciones en los sectores de salud, potenciando la labor clínica y el acceso.
- Fortalecer las atenciones de salud mental, de rehabilitación y psicomotricidad en las nuevas instalaciones.
- Contar con un auditorio de salud mental, que permita desarrollar actividades masivas comunitarias, y de intervención grupal, familiar, entre otros.

2. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO

Durante el 2022 se obtuvo Autorización Sanitaria para la instalación y funcionamiento de este Laboratorio Comunal por parte de la SEREMI de Salud (Resolución N° 221362371 del 29 de junio de 2022), lo que permite trazar el camino para la obtención de la Acreditación de Calidad como prestador institucional en el corto plazo.

En este periodo, nuestros centros de salud han ampliado su cobertura, especialmente en las personas crónicas con enfermedades no transmisibles. Lo anterior ha impactado directamente en la producción del laboratorio comunal, que durante el primer semestre del 2022 presentó un aumento de un 72%, esto comparado con el mismo período del año anterior, llegando a cifras similares prepandemia.

Durante el segundo semestre del 2022, se espera que estén disponibles nuevas prestaciones, como antígeno prostático específico (APE), perfil hormonal (FSH, LH y estradiol) y el cultivo de estreptococo del grupo B para embarazadas, las cuales responden a prevalencia de enfermedades que afectan a grupos de población específicos que se beneficiarán con la disponibilidad de estos exámenes.



CARTERA DE PRESTACIONES LABORATORIO COMUNAL 2023

NOMBRE EXAMEN	SECCIÓN	OBSERVACIÓN
Hematocrito	Hematología	
Hemoglobina	Hematología	
Hemograma	Hematología	incluye recuento de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, formula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación
Perfil Hematológico		incluye recuento de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, formula leucocitaria
Tiempo de protrombina	Hematología	incluye porcentaje de actividad e INR
Proteínas Totales	Química	
Albumina	Química	
Transaminasas, oxalacética (GOT) y pirúvica (GPT)	Química	
Fosfatasa Alcalina	Química	
Bilirrubina Total	Química	
Bilirrubina directa	Química	

Colesterol Total	Química	
Triglicéridos	Química	
Colesterol HDL	Química	
Creatinina plasmática	Química	
Glicemia	Química	
PTGO (test de tolerancia oral a al glucosa)	Química	
Electrolitos plasmáticos	Química	
Nitrógeno Ureico	Química	
Uremia	Química	
Uricemia	Química	
Proteína C reactiva	Química	
Factor Reumatoideo	Química	
Perfil lipídico	Química	incluye colesterol Total, HDL y triglicéridos
Perfil hepático	Química	incluye fosfatasas alcalinas, GPT/ALAT, GOT/ASAT, GGT, bilirrubina total, bilirrubina directa y tiempo de protrombina
Relación albúmina/creatinuria (RAC)	Química	
T4 libre	Química	
TSH	Química	
Antígeno Prostático Específico (APE)	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2022
FSH	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2022
LH	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2022
Estradiol	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2022
Hemoglobina glicosilada	Química	
Vitamina B12	Química	
Flujo Vaginal	Microbiología	
Cultivo corriente	Microbiología	
Antibiograma	Microbiología	
Cultivo de hongos	Microbiología	
Tinción de Gram	Microbiología	
Baciloscofia	Microbiología	
Urocultivo	Microbiología	
Cultivo de estreptococo grupo B embarazada	Microbiología	Prestación implementada en el segundo semestre del 2022
Parasitológico seriado de deposiciones	Microbiología	
Test de Graham	Microbiología	
Coprocultivo	Microbiología	
Test de embarazo	Microbiología	
Orina completa	Microbiología	
Test de hemorragias ocultas	Microbiología	
Grupo sanguíneo ABO y RHD	Serología	
RPR	Serología	

OBJETIVOS 2023

Para 2023 se hace indispensable fortalecer la automatización de los procesos de laboratorio, lo cual aborda tanto las actividades realizadas en las etapas preanalítica (tomas de muestras), analítica y post analítica, y que se vincula directamente con la tecnología aplicada al equipamiento, registros y trazabilidad de los exámenes. Para cumplir lo anterior, se focalizará en los siguientes objetivos:

- **Ámbito Tecnológico:** Lograr la mayor automatización que permita el equipamiento instalado en los procesos analíticos y postanalíticos en las secciones de química clínica, hematología, coagulación y microbiología.
- **Ámbito Administración de recursos físicos:** Lograr una gestión eficiente de abastecimiento de los insumos de laboratorio acorde a los procesos corporativos vigentes y en base a los requerimientos de la demanda real.
- **Ámbito Calidad y Seguridad:** Lograr la obtención de la Acreditación de Calidad como prestador institucional de salud según normativa vigente.

3. CENTRO DE IMÁGENES (CDI)

El Centro de Imágenes (CDI) de Puente Alto es un dispositivo donde se realizan exámenes radiológicos generales, mamografías y Ecotomografías, ejecutando la mayor parte de las metas definidas en el convenio de Imágenes Diagnósticas vigente, según se detalla en el siguiente listado de prestaciones:

Prestaciones CDI
Radiografía de tórax (AP y lateral)
Radiografía de columna cervical (AP y lateral)
Radiografía de columna dorsal (AP y lateral)
Radiografía de columna lumbar (AP y lateral)
Radiografía de Pelvis RN
Radiografía de Pelvis y Cadera adulto
Radiografía columna total panorámicas
Radiografía de articulaciones y huesos largos
Radiografía de articulaciones y huesos cortos
Radiografía de CPN- Cavum
Mamografía bilateral
Proyecciones mamográficas complementarias
Ecotomografía mamaria
Ecotomografía abdominal
Ecotomografía músculo-esquelética
Ecotomografía obstétrica

Durante el año 2022, se obtuvo la Autorización Sanitaria de funcionamiento otorgado por SEREMI de Salud, permitiendo la normalización y uso de todas las salas de atención del centro que, asociada a la disponibilidad permanente de médicos especialistas en el Área de Radiología y Mastología, hacen del CDI un Centro de Apoyo Diagnostico y Terapéutico efectivo y seguro para los usuarios de Puente Alto.

En el área de Obstetricia se implementó, como estrategia territorial, la realización de ecografía obstétrica en CESFAM Vista Hermosa, con lo cual se logra abarcar a las personas inscritas en dicho Centro y del territorio de Padre Manuel Villaseca, acercando la prestación

a las usuarias. Se espera seguir implementando este tipo de salas en otros territorios, lo cual estará sujeto a contar con el personal certificado y el equipamiento requerido.

OBJETIVOS 2023

- Seguir avanzando en la ejecución del plan de calidad local, el cual ha permitido implementar los procesos requeridos por el Manual de Acreditación de Calidad de Servicios de Imagenología, con lo cual el CDI se acerca a la posibilidad de obtener la Acreditación de Calidad y Seguridad.
- Abarcar la totalidad de la meta anual de mamografía establecida por el convenio, con lo cual se podrá responder a este compromiso sin necesidad de contar con compra de prestaciones externas.
- Abarcar la totalidad de la meta anual de radiografía de Pelvis Lactante establecida en el convenio, para lo cual es indispensable contar con los especialistas radiólogos que informan oportunamente este examen, ya que se trata de una patología GES.
- Se explorará la posibilidad de realizar un proyecto piloto para la realización de infiltración bajo mirada ecográfica por Medico Radiólogo en colaboración con la red CCR comunal, contando con la derivación de pacientes que cumplan ciertas condiciones establecidas por protocolo, pacientes que deberán derivarse desde Centros de salud definidos que cuenten con Sala de Rehabilitación o CCR. Si el piloto tiene éxito se espera poder abrir cupos para la totalidad de los centros.

4. CENTRAL DE AMBULANCIAS

La Central de Ambulancias se encarga de regular todas las solicitudes de ambulancias que provienen de los centros de salud, SAPU/SAR corporativos, red asistencial pública y también desde domicilios de la comuna de Puente Alto, existiendo diferentes tipos de solicitudes:

- Traslado de pacientes derivados de centros de salud de atención primaria a la urgencia del hospital de referencia.
- Traslado de pacientes con problemas de movilización a prestaciones programadas ambulatorias (Centros de Diálisis, Curaciones, entre otros).
- Urgencias en domicilios o en la vía pública que ameritan evaluación en terreno y posterior traslado a un centro asistencial, sea de atención primaria o secundaria.
- Constatación y emisión de certificado de fallecimiento a domicilio, realizado por médico de la Central de Ambulancia.
- Gestión de traslado de pacientes hacia sala transitoria, según estrategia comunal.
- Gestión de traslado de pacientes en situación de calle, posterior a la atención recibida en algún dispositivo de salud, hacia albergues municipales habilitados.

La central cuenta con un sistema de gestión telefónica funcionando las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Adicional a la flota basal para cada centro de salud (8 ambulancias), se

cuenta con 4 ambulancias para traslados ambulatorios programados en horario diurno en días hábiles. Cada ambulancia cuenta con un TENS y un conductor, con alrededor de 90 funcionarios como dotación fija, quienes se distribuyen territorialmente en los centros de salud. A partir del 2022, se implementó el funcionamiento de un móvil adicional (número 13), cuya función es ser un móvil de intervención rápida (MIR), y que cuenta con equipamiento para prestar un soporte vital avanzado, dado por 1 Enfermero, 1 TENS y conductor, consolidando a la Central como una unidad de atención prehospitalaria, necesaria debido a la menor cobertura territorial que se consigue con el SAMU. En una primera etapa, este servicio se encuentra disponible en horario diurno de 08:00 a 17:00 hrs, ya que el personal cuenta con contrato en esa jornada.

Adicionalmente, la Central administra 2 clínicas móviles y un móvil de traslado de pacientes que funciona en Centro María Isabel, los cuales pone a disposición de los equipos que realizan operativos en terreno.

El servicio de traslado y priorización de pacientes desplegado durante la pandemia, que se han mantenido por las fluctuaciones de los casos positivos COVID y gracias a la disponibilidad de personal profesional en horario continuado (24/7), se conforma por un staff de 1 médico regulador, que administra la correcta utilización de los móviles y que está disponible las 24 horas para supervisar la regulación telefónica de las solicitudes, la cual es realizada desde la Central por un equipo de TENS con amplia experiencia en el área de Urgencias, además de 1 Enfermero coordinador, quien supervisa el cumplimiento de las normas, guías clínicas y protocolos vigentes a nivel nacional e institucional, que además es parte del equipo estable del nuevo MIR, teniendo una función clínica asistencial.

OBJETIVOS 2023

- Establecer e implementar los perfiles de funciones de todo el personal que entrega el servicio de ambulancia, buscando estandarizar en un documento normativo el funcionamiento administrativo de la Central como ente regulador y de las ambulancias disponibles en terreno.
- Avanzar en la estandarización y protocolización de los procedimientos a realizar en los móviles de ambulancias y clínicas móviles distribuidos en el territorio, incluyendo realización y supervisión.
- Implementar documentos para estandarizar la regulación de las solicitudes y el traslado de pacientes, que permitan optimizar el uso de los móviles abarcando la mayor posibilidad de traslados, priorizando según categorización de su urgencia, en coordinación con la unidad técnica respectiva.
- Desarrollar rol de gestión del profesional de enfermería asociado a la Central, específicamente en la elaboración de documentos vinculados a la calidad y seguridad de la atención
- Avanzar en el proceso de obtención de Autorización Sanitaria según norma técnica respectiva, considerando que se deben verificar cumplimientos y brechas en infraestructura y equipamiento de manera previa.
- Mantener y fortalecer el vínculo entre la regulación médica, la red de urgencia APS y los niveles de derivación que se encuentren disponibles, asegurando la continuidad de la atención y aumentando la capacidad resolutive de la red.

- Procurar la estandarización del rol de la regulación médica en todo horario (24/7).
- Revisar sistema de asignación de cupos para el servicio de traslado ambulatorio, estableciendo criterios de admisión y optimizando el recurso disponible.
- Fortalecer la mejora continua en el sistema de gestión de llamados, plataformas informáticas y registro de la información de las evaluaciones realizadas en domicilio.
- Fortalecer el vínculo con instituciones asociadas al servicio de traslado de emergencia, tales como Carabineros de Chile, SAMU, Bomberos y las oficinas municipales que correspondan.
- Revisar financiamiento para contar con la continuidad de la atención en horario inhábil para el proyecto piloto de móvil Emergencias Avanzada.

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

La red de urgencia de atención primaria corporativa se encuentra conformada por cinco SAPU (AR, BL, SG, CRSH y KW) y un SAR (PMV).

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y el Servicio de Alta Resolutividad (SAR) conforman un sistema orientado a mejorar el acceso sanitario a la población, con el fin de ofrecer atención rápida y oportuna a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad de todos los usuarios que la requieran, independiente del centro de salud en el cual se encuentren inscritos, y garantizando la continuidad de la atención en APS. Los SAPU funcionan en horario inhábil, fines de semana y feriados, por lo que el acceso se encuentra restringido al horario de atención informado a la comunidad. Respecto al SAR PMV, durante el 2022 se inició un proceso de reorganización de su funcionamiento interno, mediante la implementación de la modalidad de cuarto turno rotativo, esto para asegurar la atención de urgencia 24/7 como único centro de derivación local de urgencia, de manera que los SAPU atiendan patologías de baja complejidad y el SAR de moderada complejidad, transformándose así en centro de derivación y de apoyo diagnóstico para los otros dispositivos de la comuna.

En el contexto de los ajustes que se requirieron por la pandemia, y atendiendo a que se han producido fluctuaciones en la circulación del virus, la red de urgencias local mantendrá la división funcional que se implementó hace un par de años, con el objetivo de procurar la correcta segregación de pacientes que consultan por patología respiratoria y no respiratoria.

Respecto al recurso humano, y como consecuencia de la reciente pandemia, se incorporaron profesionales de enfermería en todos los SAPU corporativos, recurso que ha permitido entregar una mejor experiencia de atención a los usuarios de SAPU al permitir que se cuente con un profesional adicional que es parte de la normativa técnica de SAPU.

PRESTACIONES RED DE URGENCIA APS

CARTERA DE PRESTACIONES SAR	
MÉDICO	
Consulta médica de urgencia	
Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)	
Consulta médica de urgencia + sutura compleja (Piel hasta 5 cm) zonas especiales (cabeza y cuello)	
Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso	
Consulta médica de urgencia + onixectomía traumática	
Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayores (columna, caderas y pelvis)	
Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación medianas (Hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)	
Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menores (todo el resto)	
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epífisis femoral)	
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platillos tibiales)	
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)	
Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones	
Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia	
Consulta médica de urgencia + Alcoholemia	
Consulta médica de urgencia + Uso de REA	
ENFERMERA	
Atención Enfermería Urgencia	
Atención de Enfermería + Categorización	
Atención Enfermería Urgencia + Sonda vesical	
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo intermitente	
Atención Enfermería Urgencia + Sonda nasogástrica	
Atención Enfermería Urgencia + Sonda nasogástrica + Lavado gástrico	
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma de telemedicina	
Atención Enfermería Urgencia + Curación Avanzada	
Atención Enfermería Urgencia + Flebocclisis	
Atención Enfermería Urgencia + POC muestra orina	
Atención Enfermería Urgencia + POC muestra sangre	
Atención Enfermería Urgencia + Administración de vacunas de urgencia	
Consulta médica de urgencia + Uso de REA	
TENS	
Atención TENS urgencia + Tratamiento oral	
Atención TENS urgencia + Terapia inhalatoria	
Atención TENS urgencia + Intramuscular	

Atención TENS urgencia + Re control de signos vitales
Atención TENS urgencia + aseo ocular
Atención TENS urgencia + Electrocardiograma
Atención TENS urgencia + curación simple
Atención TENS urgencia + Toma de Baciloscopía
Atención TENS urgencia + Nebulización
Atención TENS urgencia + Oxigenoterapia
Consulta médica de urgencia + Uso de REA
KINESIOLOGO
Atención kinésica Urgencia Categorización
Atención kinésica Urgencia Re control de signos vitales
Atención kinésica Urgencia Hospitalización abreviada
Atención kinésica Urgencia Kinesioterapia respiratoria
Atención kinésica Urgencia Toma de antígeno
Atención kinésica Urgencia Procesamiento sala analítica antígeno
Atención kinésica Urgencia Toma de Baciloscopía
Atención kinésica Urgencia oxigenoterapia
Atención kinésica Urgencia prestaciones GES
Consulta médica de urgencia + Uso de REA
TECNÓLOGO MÉDICO
Radiografía Tórax simple (frontal y lateral)
Radiografía de Cavidades perinasales, orbita, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar arco-cigomático, cara.
Radiografía Pelvis, Cabera o coxofemoral, proyecciones especiales (rotación interna, abducción, lateral, lowestein)
Radiografía Columna cervical o atlasaxis (frontal y lateral)
Radiografía Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluye quinto espacio)
Radiografía Pelvis, cadera o coxofemoral
Radiografía Brazo, Antebrazo, Codo, Muñeca, Mano, dedos, Pie o similar (frontal y lateral)
Radiografía Hombro, Fémur, Rodilla, pierna, Costilla o Esternón (Frontal y lateral)
Ecografía (solo en el caso que establecimiento habilite ecografía preexistente, en espacio SAR)

CARTERA DE PRESTACIONES SAPU
MÉDICO
Consulta médica de urgencia
Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)
Consulta médica de urgencia + sutura compleja (Piel hasta 5 cm) zonas especiales (cabeza)
Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso
Consulta médica de urgencia + onixectomía traumática

Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayores (columna, caderas y pelvis)
Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación medianas (Hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)
Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menores (todo el resto)
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epísis femoral)
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platillos tibiales)
Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)
Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones
Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia
Consulta médica de urgencia + Alcoholemia
Consulta médica de urgencia + Uso de REA
ENFERMERA
Atención Enfermería Urgencia
Atención Enfermería de urgencia + Categorización
Atención Enfermería Urgencia + Sonda vesical
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo intermitente
Atención Enfermería Urgencia + Sonda nasogástrica
Atención Enfermería Urgencia + Sonda nasogástrica + Lavado gástrico
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma de telemedicina
Atención Enfermería Urgencia + Curación Avanzada
Atención Enfermería Urgencia + Vía subcutánea
Atención Enfermería Urgencia + Fleboclitosis
Atención Enfermería Urgencia + Administración de vacunas de urgencia
Consulta médica de urgencia + Uso de REA
TENS
Atención TENS urgencia + Tratamiento oral
Atención TENS Urgencia + Categorización
Atención TENS urgencia + Terapia inhalatoria
Atención TENS urgencia + Intramuscular
Atención TENS urgencia + Re control de signos vitales
Atención TENS urgencia + aseo ocular
Atención TENS urgencia + Electrocardiograma
Atención TENS urgencia + Curación simple
Atención TENS urgencia + Toma de Baciloscopía
Atención TENS urgencia + Nebulización
Atención TENS urgencia + Oxigenoterapia
Consulta médica de urgencia + Uso de REA

OBJETIVOS 2023

- Implementar el SAR Padre Manuel Villaseca como centro de referencia local de los SAPU de Puente Alto, en horario continuo de atención, y cumpliendo con las OOTT del programa establecidas por MINSAL.
- Contar con reglamento de la red de urgencia APS y reglamento interno de funcionamiento SAR.
- Gestionar la continuidad del profesional de enfermería dentro del equipo SAPU y desarrollar rol asistencial y de gestión en el turno. Dada la relevancia de contar con este recurso profesional en la atención de urgencia, de igual manera se abordarán protocolos comunales que busquen estandarizar el rol del estamento y asegurar una mejor gestión del cuidado en los pacientes que asisten a la red de urgencia de APS.
- Realizar ajustes necesarios en el equipo de enfermería SAR una vez se incorporen prestaciones tales como toma de alcoholemia asociado a Constatación de Lesiones.
- Fomentar la integración de la dupla psicosocial dentro del flujo de atención de los dispositivos de urgencia, para favorecer el manejo y contención de la intervención en crisis durante el horario de funcionamiento de los dispositivos de urgencia.
- Generar protocolos de derivación y contra derivación local en la red de urgencia APS liderado por la Coordinación comunal respectiva.
- En el ámbito legal, se pretende contar con protocolos comunales de constatación de lesiones, instructivo para la toma de alcoholemia, constatación de fallecimiento y manejo del paciente víctima de violencia sexual, lo anterior en relación al desarrollo progresivo de la temática mediante la vinculación con instituciones relacionadas y programas de capacitación disponibles a nivel universitario.
- Contar con programas de capacitación específicos en el área de urgencia, incorporado en el Plan de capacitación anual, específicamente en temas de IAAS, ESI, PALS, Vía aérea, ECG básico urgencia, PHTLS, IRA y ERA (SAR), Ecografía de urgencia, Protección radiológica, rayos y primeros auxilios psicológicos.
- Implementar proceso de *Triage* utilizando herramienta ESI de categorización de pacientes o la que corresponda al nivel primario de atención de urgencia en coordinación con el resto de la red de urgencia, partiendo con SAR como dispositivo piloto.
- Mantener y fortalecer el vínculo logrado con el servicio de urgencias del Hospital Dr. Sótero del Río respecto a las derivaciones pertinentes de las patologías que lo requieran, así como también potenciar el trabajo colaborativo con la Central de Ambulancia Corporativa.
- Priorizar y normalizar según estructura de documentos los protocolos relacionados a la temática de calidad y seguridad en SAPU/SAR, lo anterior mediante el fomento del trabajo continuo entre la coordinación de la red de urgencia y el equipo de calidad comunal, y en el ámbito de registros clínicos fomentar la realización de auditorías preventivas.

- Verificar la factibilidad de presentar proyectos de mejora infraestructura para la normalización de salas de espera externas de las unidades de urgencia, previa evaluación de factibilidad técnica y financiera.

6. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS (CEP) SAN LÁZARO

Su propósito es contribuir a la resolutiveidad de las prestaciones de salud de baja complejidad que requieren manejo de especialidad, lo cual está dirigido exclusivamente a los usuarios que se encuentran inscritos en los Centros de Salud corporativos. Contar con este Centro ha permitido disminuir la derivación al nivel secundario o terciario de atención, colaborando así con la resolución de listas de espera en estas especialidades. Adicionalmente, San Lázaro realiza prestaciones primarias de apoyo a los otros centros corporativos.

Este Centro entrega servicios en diferentes especialidades a través de las siguientes unidades o programas:

- Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO) - Oftalmología
- Unidad de atención dental – Especialidad Odontológica
- Unidad de ginecología - Ginecología
- Centro comunitario de rehabilitación (CCR)
- Unidad de atención primaria de otorrinolaringología (UAPORRINO) - Otorrinolaringología
- Tele dermatología – Enlace telemático con Dermatología
- Unidad de resolutiveidad infanto juvenil – Pediatría y Medicina Familiar Infantil
- Espirometría – Programa ERA
- Botiquín San Lázaro

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO)

Las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), forman parte de la estrategia para fortalecer la resolutiveidad de la Atención Primaria en la especialidad de Oftalmología. Esta unidad está orientada a la atención de pacientes no GES, desde los 6 y hasta los 64 años. Las prestaciones incluyen la realización de exámenes y procedimientos tales como: fondo de ojo, vicio de refracción, detección y control de glaucoma, detección de ojo seco, tratamiento de chalazión y detección de cataratas. A través de las prestaciones de la UAPO, en Puente Alto se pretende:

- Mejorar la oportunidad de acceso de los usuarios a la especialidad de oftalmología.
- Aumentar la resolutiveidad local a través de atención especializada integral.
- Mejorar la capacidad resolutive local de los médicos de APS corporativos respecto al manejo de patología oftalmológica a través de una capacitación gestionada, es decir, un entrenamiento continuo en un trabajo conjunto con el médico especialista.
- Mejorar la pertinencia en la referencia a la especialidad de oftalmología.

El equipo de trabajo de la UAPO está conformado por un médico oftalmólogo por 11 horas semanales, 3,5 jornadas de 44 hrs de tecnólogo médico y 1 jornada de 44 hrs de TENS.

El financiamiento de esta unidad es exclusivamente a través de un convenio o programa entre la Municipalidad de Puente Alto y el SSMSO, el cual se renueva anualmente según cumplimiento de metas, quedando los gastos de mantención y renovación de equipamiento sujeto a confirmación según disponibilidad de recursos de dicho programa. En la actualidad es posible afirmar que UAPO se encuentra atendiendo con rendimientos prepandemia en todas las prestaciones de la unidad.

Se cuenta, desde el año 2020, con una clínica móvil que posee un box habilitado para realizar prestaciones de UAPO y UAPORRINO, y con el equipamiento portátil necesario para realizar exámenes de fondo de ojos y vicio de refracción en operativos comunitarios, con lo cual se mejora el acceso y se beneficia la movilidad de los usuarios con dificultad de desplazamiento. Esta clínica fue utilizada durante la pandemia para operativos de diferente naturaleza, y a partir de septiembre 2022 se incorporó a operativos organizados por la UAPO con los CESFAM en colaboración con el equipo itinerante comunal.

OBJETIVOS 2023

- Mantener el funcionamiento y estrategias que han permitido cumplir con el objetivo del programa.
- Mantener las consultorías realizadas por el oftalmólogo y los tecnólogos de CEP San Lázaro en los Centros de Salud corporativos, ya que han demostrado ser instancias valoradas por los profesionales para resolver dudas sobre el manejo de los pacientes oftalmológicos y al mismo tiempo mejorar la pertinencia de derivaciones.
- Realizar al menos una capacitación durante el 2023 a los referentes de cada centro, respecto de patología oftalmológica frecuente y su manejo en APS.

UNIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

La atención que se brinda en San Lázaro consiste en asegurar la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años de la comuna. Para esto, la unidad odontológica posee una infraestructura y equipamiento de primer nivel, además de la integración de especialistas en las áreas específicas como rehabilitadores, periodoncistas, endodoncistas y disfuncionistas, que permite tener a nivel local el equipo multidisciplinario necesario para lograr el alta del usuario. El equipo es liderado por el rehabilitador oral que realiza el ingreso, elabora un diagnóstico y un plan de tratamiento, deriva a las especialidades pertinentes y ejecuta la rehabilitación protésica.

Las unidades dentales de todos los centros de salud, incluyendo San Lázaro debieron adaptarse al desafío que les impuso la pandemia, ya que su funcionamiento está directamente condicionado a la generación de aerosoles que deben controlarse para evitar exposiciones de riesgo tanto del personal como de los usuarios, situación que requirió mayores inversiones tanto en infraestructura como en equipamiento dental y elementos de protección personal. En San Lázaro se cuenta con box de atención individuales y con sistema de recambio activo de aire (extractores), además de haber realizado hace poco tiempo una importante compra de turbinas y micromotores, lo cual permite cumplir con la normativa que exige contar con una turbina por paciente esterilizada después de cada uso, a eso se suma la compra de los elementos de protección personal que sean necesarios.

Además del GES 60, también se atienden pacientes del programa odontológico integral, como el programa Más Sonrisas para Chile y el Hombres de Escasos Recursos y, del programa mejoramiento del acceso con la especialidad de endodoncia, resolutiveidad prótesis y periodoncia.

Las intervenciones que contempla esta unidad se financian exclusivamente mediante convenios o programas entre la Municipalidad de Puente Alto y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, aunque se cuenta con financiamiento para gastos de mantención, reparación y reposición de equipamiento que proviene de la transferencia municipal.

OBJETIVOS 2023

- Se espera poder resolver la lista de espera, para lo cual durante el 2022 se acondicionó un nuevo box de atención en el lugar donde estaba un área administrativa, lo cual permite aumentar hasta llegar a 12 boxes disponibles para la atención.
- Continuar llevando a cabo auditorías internas y externas, sumado a una encuesta de satisfacción usuaria, insumos con los cuales trabajaremos de manera más sistemática en las mejoras necesarias tanto en lo técnico como en la adherencia de los usuarios al uso de sus prótesis.

UNIDAD DE GINECOLOGÍA

La unidad de Ginecología funciona en San Lázaro desde su inauguración, y surgió para apoyar la resolutiveidad en patología de esta especialidad y dar respuesta a la necesidad de la población con patología ginecológica de baja complejidad, que requiere realizar evaluación con ecografía o especialidad, optimizando con el recurso humano matrona y accediendo a especialistas en los casos de mayor complejidad.

Actualmente, la unidad de ginecología está conformada por una matrona capacitada en ginecología general y un médico especialista gineco-obstetra. Además, se cuenta con una alianza estratégica con el encargado de ginecología del CDT de Hospital Dr. Sótero del Río, quien asiste a esta unidad 4 horas semanales para realizar evaluaciones de alta complejidad, lo que permite realizar una conexión inmediata con el nivel secundario.

UNIDAD DE ATENCIÓN DE MAMAS

Dentro de las prestaciones de esta unidad se incorporó la atención de pacientes en modalidad de consultoría de patología mamaria. Este dispositivo es antiguo en la Corporación, pero se realizaba en dependencias que no contaban con las comodidades y la infraestructura mínima necesaria para realizar esta actividad.

Actualmente, esta consultoría se realiza en el CEP San Lázaro, donde acude el cirujano especialista desde el CDT de Hospital Dr. Sótero del Río y realiza atenciones de usuarias presentadas por las matronas de los Centros de Salud corporativos que conforman el Comité de Mamas.

POLICLÍNICO DE UROGINECOLOGÍA

En esta unidad se realiza una evaluación integral de la paciente con incontinencia urinaria y/o prolapso leve a moderado y cuenta con tratamiento de pesarios, fármacos y electroestimulación. Hasta el momento los resultados han sido positivos y las pacientes que no han tenido buena respuesta o que tienen prolapsos mayores son derivadas de forma más expedita al nivel secundario. Este policlínico funciona media jornada a la semana y esta prestación la realizan dos matronas capacitadas en uroginecología y también está en directa comunicación con los especialistas del hospital.

POLICLÍNICO DE UNACESS

La Unidad de atención y control en salud sexual (UNACESS), inició su funcionamiento en octubre del 2017, en principio sólo haciendo tratamiento a pacientes femeninas portadoras de condilomatosi, incluyéndose posteriormente pacientes masculinos. Luego, se suma a este policlínico la atención y gestión de los casos que son derivados desde los Banco de Sangre por concepto de reactivos de sífilis, lo anterior se definió así, con el objetivo de diversificar las atenciones del proyecto UNACESS local y poder mejorar la atención de estos casos, que habitualmente eran derivados hacia los Centros de Salud corporativos, lo cual requería utilización de tiempo y recursos humanos extra a la labor habitual en cada uno. Por tanto, estas atenciones se realizan bajo derivación desde cada centro de salud.

Con respecto de la prestación de patología mamaria, se mantiene la reunión clínica junto al especialista, solo que por temas de aforo sólo acude una matrona de manera presencial y el resto del equipo participa de la reunión de forma telemática. También se mantendrán las consultorías y capacitaciones de forma remota.

Es importante aclarar que esta unidad sólo realiza atención mediante derivación desde los centros de salud, sin ser un punto directo de consulta clínica para los usuarios.

OBJETIVOS 2023

Si bien la unidad ya retomó todas sus prestaciones al nivel prepandemia, el desafío para el 2023 será mantener la atención integral a las pacientes desde el punto de vista preventivo y promocional. Esta idea surgió ya que al reiniciar sus actividades San Lázaro se detectaron muchas pacientes sin su PAP y mamografía vigentes a causa del contexto de pandemia, sumado a la limitación de acceso a horas de matrona en los CESFAM, por lo que vimos como una oportunidad ofrecer a las usuarias que vinieran por ginecología u otras especialidades atenciones espontáneas para hacer educación, toma de PAP y gestionar horas para mamografía, buscando beneficiar a las usuarias mientras se apoya a nuestra red de salud local.

CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR)

El CCR San Lázaro trabaja la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), orientada hacia el modelo social de la discapacidad, apuntando sus objetivos en lograr la activa participación de las personas en situación de discapacidad (PsD), sus familias, cuidadores y organizaciones de y para PsD, en los procesos de rehabilitación e inclusión, a través de una atención oportuna y de calidad. La comuna cuenta con 3 CCR, ubicados en CES Dr. Alejandro del Río y CESFAM Vista Hermosa, quienes atienden a la población inscrita en sus respectivos centros, y en CEP San Lázaro que atiende a los usuarios inscritos en los otros 6 CESFAM de la comuna.

En vista del nuevo escenario sanitario, se hicieron modificaciones respecto de las atenciones habituales prepandemia. Se pudo implementar con éxito sesiones remotas de rehabilitación con los usuarios. Al mismo tiempo, por la necesidad de otorgar a las personas oportunidades de acción comunitaria, se ha logrado dar continuidad a reuniones con las agrupaciones de personas con discapacidad, cuidadores, familiares y amigos, además de los grupos de pacientes con Parkinson, todas a través plataformas virtuales.

En la actualidad se realizan los ingresos de forma presencial para la evaluación inicial y diseño del plan de tratamiento, que puede ser en tres formatos dependiendo del caso (solo virtual, solo presencial y mixta, que alterna sesiones presenciales y remotas), teniendo no solo una muy buena respuesta terapéutica, sino también buena aceptación de parte de los usuarios y sus familias. Dentro de las sesiones remotas, estas pueden ser tanto sincrónicas (a tiempo real) como asincrónicas (desfasadas). Se realizó una importante inversión en tecnología para la unidad, teléfonos inteligentes, computadores, *tablets* y PC *all-in-one*, y al mismo tiempo se implementó un instructivo de capacitación digital para los usuarios con la finalidad de que aprendan a manejar las distintas plataformas, correos, etc., necesarios para las sesiones remotas.

OBJETIVOS 2023

- Mantener las actividades comunitarias en espacios al aire libre y también actividades a través de las plataformas virtuales.
- Continuar el fortalecimiento del trabajo intersectorial, a través de la red de inclusión, como también el trabajo intersectorial a través de instancias de apoyo técnico al resto de profesionales de salud.

Durante el 2023 se trabajará en conjunto con la Coordinación Técnica de Rehabilitación para acoplarse en las derivaciones que pudieran requerirse desde las salas de rehabilitación básicas con que cuentan gran parte de los CESFAM que no tienen CCR, priorizando los diagnósticos neuromusculares que requieran resolución en alguno de los CCR, así como lo requerido por el mapa de derivación vigente.

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (UAPORRINO)

La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO) comenzó su atención durante el segundo semestre del año 2019, y forma parte de la estrategia para fortalecer la resolutiveidad de la atención primaria en la especialidad de otorrinolaringología. El equipo de trabajo actualmente se encuentra conformado por un médico otorrinolaringólogo, un tecnólogo médico especialista en otorrinolaringología, un fonoaudiólogo y un técnico en enfermería capacitado en la especialidad.

A través de esta unidad se pretende:

- Mejorar la oportunidad de acceso de los usuarios a la especialidad de otorrinolaringología.
- Aumentar la resolutiveidad de pacientes en espera por atención de la especialidad de otorrinolaringología.
- Dar tratamiento a través de prótesis auditivas gratuitas a pacientes que presentan hipoacusia y que se encuentran fuera de las GES.
- Dar tratamiento médico eficaz a pacientes con patologías crónicas relacionadas a la especialidad.
- Dar tratamiento eficaz y pertinente a pacientes que presenten vértigo de origen periférico.
- Mejorar la pertinencia a derivación con médico especialista.
- Mejorar la pertinencia a derivación a atención secundaria.

OBJETIVOS 2023

Durante el 2022 se pudo retomar todas las prestaciones previas a la pandemia, por lo que el desafío 2023 será:

- Lograr mayor acceso de la población a las prestaciones de la unidad, fomentando la participación en los operativos de la clínica móvil que cuenta con las condiciones para dar prestaciones de UAPO/UAPORRINO, que en el caso de UAPORRINO

realizará exámenes de tamizaje de hipoacusia y otoscopia básica, según como se vaya desarrollando la prestación en terreno se podría evaluar sumar algunas prestaciones simples como reposición de otolitos o lavado de oídos.

- Seguir prestando atenciones de calidad, tanto en aspecto técnico como humano, a todos los usuarios que requieran ser atendidos por esta unidad.
- Mantener la capacitación continua del personal de la unidad según las necesidades particulares que surjan en la población objetivo.
- Mejorar la adherencia y satisfacción al uso de prótesis auditiva de los pacientes que reciban el beneficio a través de esta UAPORRINO, mediante el programa de terapia de adaptación que lleva a cabo la fonoaudióloga del equipo.
- Fortalecer comunicación con centros derivadores y red de atención secundaria, con el fin de optimizar derivaciones y tiempos de espera.

TELEDERMATOLOGÍA

El programa de Teledermatología inició a fines del 2014 a través de la plataforma de Teledermatología del SSMSO, y posteriormente a través de la plataforma del Hospital Digital, como un apoyo a la APS en prestaciones dermatológicas que requirieran mayores competencias o manejo clínico. El objetivo es acortar los tiempos de espera del paciente, así como mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las distintas lesiones de la piel de la forma más precoz posible, a través de imágenes que son enviadas a los especialistas y que en un tiempo relativamente corto dan respuesta de la conducta a seguir, evitando desplazamientos y facilitando el acceso y oportunidad de la atención a las personas.

Al mismo tiempo, esta estrategia es una forma eficaz de capacitar a los médicos de APS, y permite filtrar los casos para poder priorizar los casos graves de los de más fácil resolución que pueden ser tratados en el mismo nivel primario.

De todas las especialidades del CEP San Lázaro, la Teledermatología es la única que ya tenía incorporada el uso de las tecnologías y las plataformas virtuales de manera previa a la pandemia, por lo que durante el 2022 se restablecieron las atenciones en su mayoría presenciales y con rendimientos normales. Respecto de las atenciones presenciales estas cumplen con todas las normas sanitarias impuestas por el contexto de pandemia, se mantiene una proporción menor de atenciones remotas principalmente para renovación de recetas, entrega de biopsias y notificación de contrarreferencias del nivel secundario.

Actualmente se cuenta con 22 horas de médico para esta prestación.

OBJETIVOS 2023

- Realizar capacitaciones sobre patologías prevalentes del área dermatológica en APS.
- Mejorar a su vez la resolutividad local de patologías dermatológicas en la APS.

UNIDAD DE RESOLUTIVIDAD INFANTO JUVENIL

Esta nueva unidad surge por la necesidad de aumentar la resolutiveidad en atenciones de niños, niñas y adolescentes, a través de entrega de herramientas, acompañamiento, capacitaciones, consultorías entre otras estrategias, enmarcadas en el modelo integral de salud familiar y comunitaria. La unidad cuenta con horas de especialista en pediatría y medicina familiar infantil y se espera que se consoliden como referentes comunales clínicos en las atenciones de este grupo etario. Los ejes de acción de la unidad son los siguientes:

- Instalación de competencias clínicas.
- Estandarización de la atención.
- Evaluación.
- Trabajo con la comunidad.
- Innovación e Investigación.

OBJETIVOS 2023

- Consolidar la conformación de la unidad.
- Realizar coordinaciones y actividades con todos los centros de salud.
- Organizar e implementar una estrategia de capacitación continua

UNIDAD DE ESPIROMETRÍA

Esta nueva unidad surge por la necesidad de aumentar la disponibilidad de cupos a nivel comunal para la realización de espirometrías en los pacientes con patologías crónicas respiratorias en el contexto de la garantía GES, ya que la situación sanitaria por la pandemia de COVID-19 hizo que la prestación se viera afectada en su cobertura, generando una importante lista de espera. En vista de lo anterior, y a la imposibilidad de implementar una sala en cada CESFAM con las nuevas especificaciones normativas post COVID, se decide centralizar la prestación en el CEP San Lázaro. Esta nueva unidad inició su funcionamiento en abril de 2022, y realiza espirometrías a pacientes mayores de 20 años derivados desde todos los centros de salud de la red APS de Puente Alto.

OBJETIVOS 2023

- Mantener el funcionamiento de esta unidad durante el 2023, facilitando además la compra centralizada de los insumos y la estandarización del procedimiento.

BOTIQUÍN SAN LÁZARO

El botiquín del CEP San Lázaro inició funciones en el segundo semestre del 2022 con la finalidad de dispensar localmente las recetas de los medicamentos indicados en las diferentes especialidades del San Lázaro. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, y los sábados de 9:00 a 13:00 horas. Desde el inicio de su funcionamiento, se implementó un programa de despacho de medicamentos que deben previamente ser indicados en la ficha clínica de cada paciente, con lo que se pretende cumplir con toda la normativa de dispensación de medicamentos y tener un mejor manejo del stock de fármacos. Para poder hacer el retiro de fármacos la receta debe estar vigente y el usuario debe presentar su carnet de identidad.

7. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COSAM CEIF (CENTRO Y NORTE)

El COSAM CEIF es un dispositivo que cuenta con un equipo de psiquiatría general y de tratamiento de personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas (TUS), que presta servicios de especialidad a personas derivadas desde los dispositivos de Atención Primaria de Salud (APS). Este equipo ejecuta sus actividades en dos centros: COSAM CEIF centro y COSAM CEIF norte.

Ambos Centros son administrados por el Área de Salud de la Corporación y se financian a través de convenios con el SSMSO. Los recursos asignados provienen desde FONASA (67%), Ministerio Desarrollo Social (15%) y SENDA (18%).

El COSAM CEIF Centro está destinado a realizar atención de la demanda de psiquiatría general de **tres centros APS** de la comuna, los cuales son:

- CESFAM Vista Hermosa.
- CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- CESFAM Laurita Vicuña.

Los otros centros de Atención Primaria de la comuna no incluidos en esta distribución, deben derivar a CDT de CASR o a CRS según mapa de derivación oficial del SSMSO.

La distribución de CEIF se define en función de la capacidad del centro en cuanto a horas profesionales disponibles e infraestructura. Es importante destacar que la vía de ingreso al centro es a través de solicitud de interconsulta realizada por médico, por lo que la acción de consultoría es muy relevante, ya que de esta manera el especialista puede orientar al médico general sobre cómo resolver tratamientos o derivar de manera adecuada si es que es necesario.

Por su parte, el equipo de COSAM CEIF Norte está encargado de recibir la demanda de todos los centros de la comuna de casos con trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas que requieran tratamiento de especialidad. Para ingresar a este dispositivo, al igual que en COSAM CEIF centro, las personas deben ser derivadas desde el CESFAM, habiendo, al menos, ser evaluadas previamente por un médico de APS. Debido a la relevancia de estas prestaciones, y para potenciar el acceso a la salud mental en general, realizó un cambio en lugar físico por uno de mayor capacidad, lo cual además permitirá aumentar los números absolutos de prestaciones y de personas bajo control.

Cabe destacar que, por contingencia, se han seguido recibiendo casos desde tribunales de familia, situación que implica que cerca del 27% de los casos bajo control de ambos COSAM CEIF sean situaciones de tribunales que no presentan pertinencia para tratamiento de especialidad de salud mental, ya que, en su mayoría, son situaciones de vulnerabilidad psicosocial y/o problemas relacionales, en los que las personas involucradas no presentan un mínimo de voluntariedad o motivación para recibir tratamiento u orientación.

Otro elemento para considerar es que, a pesar del intento de mantener los flujos propios de la red sanitaria, durante los años 2020, 2021 y 2022 se ha incrementado en más de un 30% la demanda de atención psiquiátrica de parte de redes informales, saturando mencionado recurso y aumentando los tiempos de espera para las personas derivadas desde los equipos regulares de salud. Esto ha sido particularmente delicado, dado que la capacidad de horas psiquiatra es muy reducida en relación con la demanda.

PRESTACIONES COSAM CEIF

Prestación	Rendimiento	Recursos humanos
Psicoterapia individual	1	Psicólogo
Psicoterapia grupal	0,75	Psicólogo
Control psiquiatra	2	Psiquiatra
Ingreso psiquiatra	1,3	Psiquiatra
Control médico	2	Médico
Ingreso médico	1,3	Médico
Consulta salud mental	1,3	T. Social/T. Ocupacional/ Psicólogo
Intervención psicosocial grupal	0,75	T. Social/T. Ocupacional/ Psicólogo
Consulta remota	1,3	T. Social/T. Ocupacional/ Psicólogo/Psiquiatra/Médico
Visita domiciliaria	0,75	T. Social/técnico social

Respecto de las prestaciones indirectas como coordinaciones, consultorías, diseño y redacción de informes, entre otras, se mantendrán en modalidad remota para optimizar los espacios físicos potenciando su uso para la atención directa.

OBJETIVOS 2023

- Potenciar la coordinación con los centros de APS para mejorar la continuidad de los cuidados a través de consultorías y reuniones periódicas. Se cuenta para lograr con este objetivo, con espacios protegidos con los equipos de APS y el apoyo tanto de la subdirección de servicios transversales como con la coordinación de salud mental del área de salud.
- Procurar mantener las plazas de psiquiatras considerando la grave falta de oferta de este recurso en el país. Para esto, se mantendrán las condiciones de trabajo en equipo, valoradas por los especialistas, y se fomentará la atención de casos pertinentes, potenciando los flujos de derivación y evitando sobrecargar los facultativos con sobre cupos o atención de problemas sociales referidos desde el intersector.
- Gestionar los recursos necesarios para ampliar capacidad de atención presencial en COSAM CEIF Norte que se trasladará a espacios físicos adecuados para cumplir con los requerimientos de SENDA y del SSMSO para atender a población con problemas derivados del uso de sustancia.
- Potenciar la coordinación con las distintas redes sanitarias para evitar la gran demanda de los años 2021 y 2022 de casos no pertinentes para la especialidad psiquiátrica. En este aspecto se dispone de coordinaciones periódicas con el equipo técnico de SSMSO y se establecerán canales de comunicación formales con los equipos de salud mental de CRS cordillera y con la Unidad de Salud mental de CASR.
- Reorganizar flujos y procedimientos, post período de pandemia, actualizando protocolos y gestiones orientadas a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios. Para esto se programa acciones y tareas específicas para revisión de procedimientos, perfiles y flujos en los que participarán los equipos de cada centro. En este mismo sentido, se intencionará la participación de los usuarios en el diseño de los Planes de Cuidado Integrales (PCI) buscando entregar servicios idóneos a sus necesidades.

8. ESTRATEGIA DE ATENCIONES EN TERRENO

EQUIPO ATENCIÓN DOMICILIARIA

El equipo de atención de salud, compuesto por la unidad de estrategias territoriales y comunitarias, fue constituido en 2020 como respuesta a la necesidad de acercar las prestaciones sanitarias a la población, en un contexto de restricción a la movilidad e incertidumbre al riesgo de la pandemia por COVID-19.

En 2020 y 2021, el equipo realizó 4.652 atenciones médicas a domicilio, y 3.972 atenciones de kinesiólogo en terreno, lo cual demuestra el éxito y la buena recepción de la población para este tipo de estrategias. Además, se han realizado actividades como vacunación y testeos COVID e Influenza en ELEAM, Cárcel de Puente Alto, albergues para personas en situación de calle, entre muchas otras, junto a un servicio de hospitalización domiciliaria para personas que pueden evitar asistir al hospital, encontrándose en menor riesgo de complicaciones, y pudiendo continuar su tratamiento en casa.

En 2022, debido a la disminución sostenida de casos respiratorios, se pudo incorporar la atención y seguimiento de usuarios en cuidados paliativos no oncológicos, esto es, personas que se encuentran en situación de fin de vida por causas distintas al cáncer, como enfermedades respiratorias severas, neurodegenerativas, entre otras.

ATENCIONES EN TERRENO DEL EQUIPO DOMICILIARIO COMUNAL A JULIO DE 2022						
	Ingresos	Controles Médicos			Atención Kinesiológica	TOTAL ATENCIONES
		COVID	Cuidados Paliativos No oncológicos	Hospitalización domiciliaria		
ENERO	77	49	9	37	101	273
FEBRERO	79	82	44	17	123	345
MARZO	19	28	4	13	62	126
ABRIL	4	16	16	0	18	54
MAYO	5	52	22	3	42	124
JUNIO	21	72	43	10	64	210
JULIO	25	19	51	19	31	145
TOTAL	230	318	189	99	441	1215

El equipo también ha estado a cargo de validar y comunicar a los usuarios sus resultados negativos de PCR y antígenos COVID, procesando más de 133.000 casos a julio de 2022.

OBJETIVOS 2023

- Mantener de forma estable y continua la estrategia de atención en domicilio.
- Potenciar la canasta de servicios del equipo de atención a domicilio.
- Fortalecer la coordinación con los equipos de los centros de salud.

- Consolidar la estrategia de cuidados paliativos primarios no oncológicos, con un equipo central en coordinación con las prestaciones otorgadas por los centros a través del programa de dependencia.

EQUIPO ITINERANTE

Además de la atención domiciliaria, hemos dispuesto de un equipo para realizar diversos operativos de salud en la comuna en coordinación con la comunidad y sus dirigentes, utilizando nuestras clínicas móviles, así como también distintos dispositivos territoriales como juntas de vecinos, clubes de adulto mayor, entre otros. Estos operativos han contado con toma de PCR y búsqueda activa de casos (BAC). Además, muchos de ellos han sido realizados en conjunto con los operativos de “Municipio en Terreno”, permitiendo mejorar el acceso a estas prestaciones y relevando el rol preventivo en la salud comunal.

Tipo de operativo	Cantidad de operativos	Cantidad de atenciones, testeos o vacunas
Toma de PCR como BAC	194	13.034
Vacunación en terreno	389	39.882
Atenciones preventivas	26	264

Los operativos de atenciones preventivas han incluido desde la toma de PAP, órdenes de mamografía y controles de niños sanos, hasta fondos de ojo, audiometrías y atenciones cardiovasculares, según la priorización realizada por cada dirigente sectorial, y en coordinación con nuestro equipo.

Dentro de las estrategias en estudio se encuentran las atenciones de salud mental, sociales, crónicas y de apoyo a personas mayores y NNA, lo cual dependerá de la disponibilidad presupuestaria, de las características de los lugares de atención (considerando que estas atenciones requieren de infraestructura más adecuada) y del interés y preocupaciones de la comunidad. Para estos objetivos, se contará con dos clínicas móviles adicionales, enfocadas en actividades preventivas para la salud sexual y reproductiva de la mujer, pero con capacidad de realizar múltiples prestaciones de todo tipo, además del camión mamográfico móvil, pudiendo realizar atenciones integrales a las mujeres de nuestra comuna.

OBJETIVOS 2023

- Mantener de forma estable y continua la Estrategia Itinerante desplegada mediante operativos territoriales de diversa naturaleza.
- Potenciar la canasta de servicios del equipo itinerante, fortaleciendo el apoyo en salud a la población y a los centros corporativos.
- Fortalecer vínculo y colaboración logrado con la comunidad y sus dirigentes sociales.
- Incorporar las nuevas clínicas móviles y el camión mamográfico a las prestaciones del equipo.

9. VACUNACIÓN COMUNAL CONTRA EL COVID-19

Nuestra comuna, con respecto a la campaña de vacunación y a las prestaciones asociadas a la pandemia, es el principal desafío a nivel nacional, siendo la comuna más poblada del país. Dentro del proceso en el año 2022, las estrategias de vacunación se concentraron en un equipo comunal, disminuyendo el número de dispositivos. De esta forma, sólo los centros pertenecientes al sector de bajos de mena y de casas viejas (KW, CRSH y VH) continúan con un punto de vacunación propio.

Se continúan realizando dispositivos territoriales de vacunación, pero la estrategia está centralizada principalmente en dos lugares físicos: Open Tottus de la Plazuela Independencia, y CESFAM Laurita Vicuña, los cuales cuentan con adaptaciones para mejorar el acceso de poblaciones especiales, y resguardar a los asistentes en su proceso de vacunación. Ambos puntos son manejados por el equipo central, y cuentan con horario extendido, prolongando el tiempo de atención hacia el horario de extensión (hasta las 19:00 horas), para así mejorar el acceso a la población profesional o trabajadora

Este equipo central tuvo variados logros, mediante el esfuerzo de sus más de 60 funcionarios, dentro de los cuales se destacan:

- Se dio alcance a la mayor parte de la población a nivel comunal, con un gran esfuerzo y responsabilidad de los equipos en terreno a lo largo de los meses, llegando a todos nuestros usuarios que buscaron asistencia tanto para primeras o segundas dosis, como también en ambas dosis de refuerzo, con el fin de prevenir el contagio del COVID-19.
- Se lograron administrar un total de 75.182 dosis Pfizer adulto, 4.076 Sinovac, 4.362 Pfizer pediátricas, 65 AstraZeneca y 35.376 moderna a agosto de 2022.
- Se generaron instructivos estandarizados para el registro en la plataforma MINSAL, apoyando así a los equipos en terreno y disminuyendo el riesgo de errores.
- Se potencia la capacitación del equipo en distintos aspectos, como la prevención de IAAS.
- Se realiza distribución centralizada de vacunas COVID a nivel comunal, siendo responsables de la asignación, conservación de cadena de frío, transporte y entrega de dosis a los distintos centros, dependiendo la demanda por sectores.
- Se capacita a los centros en relación a uso y armado de cooler ministerial para mantener según protocolos y lineamientos la cadena de frío requerida para efectos de vacunación.

OBJETIVOS 2023

- Seguir potenciando al equipo como funcionarios de calidad, con desempeño en responsabilidades propias a cada estamento.
- Seguir aumentando administración de dosis según campañas de vacunación, alcanzando metas en relación a proporción de población que tenemos a nivel comunal.

- Incentivar y promover la vacunación de usuarios reticentes, por medio de campañas y estrategias de educación acerca de la prevención de COVID-19.
- Crear y mantener un ambiente óptimo y grato de trabajo, para poder desempeñarse de la mejor forma y así dar una atención de calidad a los usuarios.
- Potenciar y aumentar conocimiento en base a capacitaciones y oportunidades de aprendizajes relacionados a procesos de vacunación, así poder mejorar al máximo nuestra atención.
- Gestionar y evaluar instalación del equipo central en nuevos puntos de vacunación, que pudiesen ser más accesibles a la población a la que le es complejo asistir a puntos centrales.

10. CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN (CCR): ALEJANDRO DEL RÍO, VISTA HERMOSA Y SAN LÁZARO

Variando entre distintas modalidades de trabajo: trabajo a distancia, presencial a domicilio y presencial en las salas de rehabilitación, los 3 CCR corporativos siguen atendiendo a la población adulta desde los 20 años de edad, que tengan alguno de los siguientes diagnósticos:

PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS:

- Secuelas de accidente cerebrovascular (hasta 2 años de evolución)
- Enfermedad de Parkinson
- Traumatismo encéfalo craneano
- Lesión medular
- Parálisis facial (con inicio de tratamiento farmacológico)
- Síndrome de Guillain-Barré
- Neuropatías periféricas
- Amputación (muñón sano, sin úlceras ni escaras, en etapa no aguda)

PATOLOGÍAS MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:

- Lumbago (lumbago crónico, lumbociática, escoliosis, hiperlordosis, espondilosis o discopatías y hernia del núcleo pulposos no quirúrgica)
- Síndrome de hombro doloroso (tendinitis, bursitis, desgarro no quirúrgico y artrosis)
- Osteoartritis de rodilla y cadera leve y/o moderada y/o severa
- Dolor de rodilla (tendinitis de rodilla, esguince rodilla, disfunción patelofemoral y meniscopatía no quirúrgica)
- Artroplastia de cadera (en etapa no aguda; la primera rehabilitación postquirúrgica se realiza en el nivel secundario)
- Artroplastia de rodilla (en etapa no aguda, la primera rehabilitación postquirúrgica se realiza en el nivel secundario)
- Artritis reumatoide (período entre crisis; se incluyen talleres educativos)
- Fibromialgia (talleres educativos)

PRESTACIONES

- Entrenamiento de ayudas técnicas
- Fisioterapia
- Entrenamiento protésico
- Ejercicios terapéuticos
- Estimulación cognitiva
- Confección de órtesis y/o adaptaciones
- Habilitación y rehabilitación en actividades de la vida diaria
- Actividades recreativas (si el contexto de salud lo permite)
- Actividades terapéuticas
- Masoterapia
- Adaptación del hogar
- Orientación familiar y a la red de apoyo para el trabajo
- Gestión de la red local para el trabajo

Debido a la creciente demanda de rehabilitación por usuarios con convalecencia post COVID-19, se está priorizando la atención de usuarios con dicho estado y también aquellos con patologías de origen neurológico.

11. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)

El Centro de Integración María Isabel, es un centro de día para personas adultas de 26 a 59 años de edad, que presentan discapacidad permanente de origen intelectual, físico o neurológico, de grado moderado a severo, que requieren de asistencia y/o supervisión permanente. Cuenta con un equipo multidisciplinario que entrega prestaciones de rehabilitación y desarrollo de la autonomía personal, con lo cual se promueve la inclusión y participación de los usuarios en diferentes actividades contribuyendo a su bienestar personal y disminuyendo así la sobrecarga del cuidador. Los usuarios participan en talleres grupales, recibiendo atención de kinesiólogo, fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional, contando con el apoyo de tres técnicos en enfermería y procedimientos de apoyo a la rehabilitación y tres asistentes de cuidado personal y se procura que su traslado sea realizado en móviles corporativos con adaptaciones para sillas de ruedas. El financiamiento es completamente a través de transferencia municipal directa.

Complementando lo realizado en las instalaciones de CIMI, el equipo gestiona la derivación hacia los CESFAM Corporativos para acceder a atenciones de salud en que los usuarios se encuentran inscritos, con lo cual se mejora el acceso de las familias a las prestaciones de salud que ahí se otorgan, además de procurar que se mantengan bajo control en los programas que les correspondan. Asimismo, se realiza la prescripción y postulación para obtención de ayudas técnicas a través de SENADIS (sillas de ruedas, carros de marcha, OTP y otros) y del Departamento de Discapacidad de la comuna. Formando parte de la red de servicios de la corporación y del departamento de desarrollo comunitario de la municipalidad.

El Centro de Integración María Isabel cuenta con una población cautiva y estable, actualmente cuenta con 70 usuarios inscritos que asisten 2 veces por semana, en que participan en actividades diversas, de manera grupal, dirigido por los profesionales de las 3 áreas, con énfasis en la autonomía e independencia personal, para el ingreso es requisito tener entre 26 y 59 años, tener discapacidad permanente, de origen físico o mental/intelectual, de grado moderado a severo y vivir en la comuna. Para permanecer en

CIMI las familias deben comprometerse a mantener contacto habitual con el equipo, asistir a las reuniones y entrevistas a las que sea citado y colaborar con las actividades programadas del Centro. Nuestro Centro incorpora nuevos usuarios cuando se producen cupos, lo cual puede darse cuando alguno de los usuarios regulares deja de asistir voluntariamente, o se produce un alta, por ejemplo, cuando el usuario es integrado a un trabajo u otra instancia no protegida.

Los padres y cuidadores de las personas con discapacidad (Pcd) que asisten a CIMI se han organizado en una instancia de representación cuyo nombre es “AGRUPACIMI” (organización con personalidad jurídica), la cual está orientada a generar instancias de colaboración entre los padres y cuidadores y apoyar las diferentes acciones de CIMI. En relación con las necesidades detectadas por los padres y tutores se gestionarán operativos en diversas temáticas de interés, que permita la pesquisa activa en la población inscrita de CIMI, con el fin de realizar controles en el área dental u otros para su correcta derivación y tratamiento.

Durante el 2022 se retomó el horario habitual previo a la pandemia, se incorporó a las actividades habituales, talleres de actividades orientados al desarrollo de competencia laborales básicas, generando vínculos con Fundación Descúbreme y la OMIL de Puente Alto para la inclusión en cursos de capacitación laboral y explorar posibilidad de colocación en puestos de trabajo adaptados. Durante el 2023 se trabajará en presentar proyectos relacionados al reciclaje y reutilización de residuos, haciendo acopio selectivo de los desechos, incluyendo el reciclaje de mascarillas desechables, con lo cual se pretende aportar en la línea de cuidado del medio ambiente.

Para el periodo 2023 se espera continuar con la provisión de un lugar adecuado y seguro que permita el desarrollo de habilidades sociales, culturales, deportivas y laborales, generando espacios integrales, incorporar un área de desarrollo laboral, participando en las redes de rehabilitación e inclusión orientadas a la inclusión laboral de los usuarios que se encuentren en condiciones y quieran participar, contribuyendo en mejorar el bienestar propio y el de las familias de Puente Alto.

12. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL

La Unidad de Farmacia y Bodega tiene como principales objetivos atender las necesidades farmacoterapéuticas de los usuarios derivadas de la atención primaria y secundaria de los centros de salud corporativos, como de la red del SSMSO, además de otorgar a nuestros usuarios el acceso a los servicios farmacéuticos.

Durante el año 2022, nuestra unidad ha participado activamente, en conjunto con el departamento de Abastecimiento corporativo, en la implementación del modelo de compras de Mercado Público, adaptando así todos los procesos para dar cumplimiento a lo indicado en la normativa vigente según Ley 19.886 y Dictamen N° E160316/2021.

En el segundo semestre se ejecuta un curso de capacitación 100% on-line para los técnicos y auxiliares de los centros de salud, enfocado en los procesos que se realizan en los botiquines y bodegas, y que fue desarrollado por los mismos profesionales que se desempeñan en la institución, tanto de centros de salud como de la administración central, cuyo fin es el de contribuir a la calidad y seguridad en los servicios entregados a los usuarios.

Finalmente se destaca el aporte de las Unidades de Bodegas de Farmacia de cada centro de salud, así como también de la Bodega de Salud comunal, como el principal centro de distribución y gestión de los recursos de medicamentos y dispositivos médicos que se despacha al usuario.

Una de las brechas más importantes a nivel de la Unidad de Farmacia es la falta de un sistema informático que integre la ficha clínica con la prescripción y el despacho de medicamentos y dispositivos médicos. Lo anterior, constituye el principal desafío tanto para la optimización de los recursos y los procesos clínicos asociados a la prescripción y dispensación, como para el cumplimiento de las normativas asociadas a la trazabilidad de la información de la atención del usuario.

Para el 2023 el objetivo es implementar un sistema informático para los procesos internos de la Unidad que logre la integración de la prescripción y dispensación.

DESPACHO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO

Esta estrategia nace en 2020 en el contexto de la pandemia, con el fin de acercar los medicamentos al domicilio de aquellos adultos mayores de 75 años, usuarios con dependencia severa, sus cuidadores, y los usuarios con COVID-19 confirmado y sin red de apoyo.

Desde entonces, se han registrado más de 227.000 despachos entre la red APS y Farmacia Solidaria. Este último año se han realizado más de 10.000 entregas, cuyo enfoque han sido las personas mayores de 75 años, usuarios con dependencia severa y sus cuidadores inscritos en los CESFAM.

Durante el año 2022, la ejecución de la estrategia se ha financiado mediante la reconversión de recursos del programa FOFAR y la adjudicación de un proyecto AGL del MINSAL. El programa FOFAR aporta recursos económicos para el funcionamiento parcial de la estrategia, los cuales han sido focalizados en el CESFAM Karol Wojtyla, puesto que es el centro de salud que entrega prestaciones al ELEAM Cordillera de Los Andes, único centro de larga estadía para adultos mayores reconocido por SENAMA en la comuna, grupo de usuarios prioritario para la entrega de medicamentos a domicilio según indica la Orientación Técnica FOFAR.

El impacto del programa en la población ha sido positivo, con buena recepción por parte de la comunidad, y una disminución del tiempo de espera en la dispensación y de aglomeraciones en las unidades de farmacia de los centros de salud, que podrían aumentar el riesgo de contagio por COVID-19.

Finalmente, se propone transformar esta estrategia hacia el programa de **Farmacia a Domicilio**, implementando nuevas dependencias centralizadas, dentro del proyecto de construcción de la nueva Droguería, para optimizar la distribución territorial de los tratamientos desde un botiquín central hacia los domicilios de los usuarios beneficiarios.

FARMACOVIGILANCIA

Durante el año 2022, se han realizado más de 100 notificaciones de reacciones adversas en la plataforma Red RAM, del Instituto de Salud Pública, por parte de los profesionales de los centros de salud, entre los que podemos mencionar a químicos farmacéuticos, médicos y

asistentes sociales. Dicho resultado, y considerando también los de años anteriores, nos posicionan en primer lugar en el SSMSO, en relación a la cantidad de notificaciones realizadas, demostrando así que esta actividad ha tomado importancia y se ha consolidado como una prestación de salud.

Durante el primer semestre, se reactivaron las reuniones de Comité de Farmacovigilancia, suspendidas por contexto de pandemia, de los referentes de los centros de salud y comunal, donde se incluyó a la Coordinación de Servicios Profesionales Farmacéuticos.

La alianza de ambas coordinaciones, responde a la estrategia de promover y acompañar el desarrollo de los servicios profesionales farmacéuticos, además de plantear metas anuales para la consolidación como prestaciones y del profesional químico farmacéutico como parte del equipo multidisciplinario de salud. Para 2023, se espera generar estrategias para incorporar a los referentes de las unidades transversales y los servicios centralizados que actualmente no participan: Central de Ambulancia, Farmacia Solidaria, Dependencia Severa y Hospitalización Domiciliaria.

BODEGA DE SALUD Y PROYECTO DE DROGUERIA COMUNAL

La unidad de bodega de salud constituye el centro de distribución principal de medicamentos y dispositivos médicos para los centros de salud y unidades centrales de la corporación. Su funcionamiento permite desarrollar el modelo de distribución centralizado, que constituye uno de los más eficientes para las cadenas de logística, mejorando los tiempos de respuesta, y capacidad de negociación de costos.

Dentro de los proyectos que se mantienen como línea primordial para la optimización de la unidad de farmacia es poder contar con una Droguería Comunal, que corresponde a un centro de distribución de medicamentos y dispositivos médicos requerido en términos normativos para la gestión de abastecimiento de productos farmacéuticos.

Este proyecto, llamado “Sistema comunal de almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos”, busca no solo disponer el espacio necesario para la correcta gestión de abastecimiento (desde la recepción de productos, almacenamiento, inventario, preparación de pedidos y despacho), sino que también incluir en el proyecto una segunda farmacia solidaria y una central de despacho de medicamentos a domicilio que permita optimizar este proceso y liberar tiempo y espacio de gestión en los centros de salud. El proyecto se encuentra actualmente con un terreno asignado, próximo a lo que será el nuevo CESFAM Nosedal, y se están revisando los antecedentes para su diseño y construcción. Su financiamiento se solicitará mediante recursos corporativos, municipales y desde MINSAL.

ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE SALUD

Desde mediados del año 2020 se crea la unidad de Coordinación de Abastecimiento de Salud, la cual permite ser el nexo entre las necesidades de los centros de salud en medicamentos e insumos con la unidad de abastecimiento corporativa, para ejecutar las compras que se necesitan. Uno de los objetivos principales ha sido optimizar el uso de los recursos, evaluando la calidad de los medicamentos e insumos, así como las necesidades reales a comprar para los centros de salud corporativos. Este equipo está compuesto por 1 Químico Farmacéutico coordinador, 2 TENS de apoyo y referentes técnicos de bodegas de farmacia de los centros, 1 TENS con funciones administrativas para gestión de documentos tributarios CENABAST y un analista de sistemas, quien se encarga de la gestión de

documentos tributarios de los centros de salud corporativos. En conjunto, la unidad ha logrado avanzar en vincular todos los procesos de abastecimiento de distintos actores (Centros de salud, equipos y unidades transversales y centralizados, bodega de Salud) en un flujo centralizado.

Desde que esta unidad funciona, se han elaborado e implementado nuevos informes de gestión de abastecimiento:

- **Informe de órdenes de compra pendientes**, priorizado de acuerdo a la necesidad comunal más inmediata. Este insumo logra visibilizar la gestión del cumplimiento por parte de los proveedores, permitiendo optimizar el proceso de seguimiento de los despachos pendientes, permitiendo identificar las faltas y solicitar los despachos oportunos por parte de los proveedores. Es remitido de manera semanal al departamento de abastecimiento corporativo.
- **Informe de entregas de BS a CESFAM**. Se trata de una herramienta en línea con todos los encargados de farmacia y bodega de los distintos centros, que les permite obtener información del cumplimiento de entregas por parte de bodega de salud, optimizando así la gestión de abastecimiento local para la toma de decisiones.
- **Informe de distribuciones de productos próximos a vencer**. El objetivo es hacer visible el trabajo de redistribuciones gestionadas y lideradas por el referente técnico de bodegas. El movimiento de medicamentos e insumos próximos a vencer ha permitido optimizar los recursos en nuestras unidades de bodega de los distintos centros de salud, disminuyendo la merma.

La consolidación del cargo de referente técnico de bodegas de centros de Salud ha constituido una mejora importante, tanto para la gestión de inventarios y la prevención de mermas por vencimiento, así como también para el acompañamiento de los encargados de bodegas en los distintos procedimientos de la unidad.

Desde el 2021 el equipo comunal de abastecimiento en salud se ha encargado de liderar y ejecutar los inventarios en las unidades de bodega de los centros de salud y bodega comunal, con el objetivo de realizar un levantamiento de brechas de las unidades y monitorizar el control de activos. En ese sentido nuestros esfuerzos para el 2023 son seguir con estos inventarios comunales y ejecutar un inventario en cada semestre, es decir, dos en el año. Con los insumos obtenidos se busca ejecutar planes de mejora en las unidades, con el apoyo técnico y administrativo del equipo de la unidad.

Desde el año 2018 la Corporación Municipal de Puente Alto ha comenzado con la adquisición de medicamentos e insumos desde CENABAST. Debido a las buenas experiencias con este proceso de compra hemos ido aumentando cada vez más los ítems licitados, desde 71 en 2020 a 144 para 2023, lo que permitirá seguir optimizando el gasto de recursos y la programación en medicamentos e insumos clínicos a nivel comunal.

OBJETIVOS 2023

- Respecto a la gestión y función del equipo de abastecimiento en salud, este se ha planteado los siguientes objetivos a cumplir durante el año 2023:

PLAN ESTRATEGICO	ACTIVIDADES A REALIZAR	
Mercado Público	En virtud de lo establecido por Ley 19.886 y Dictamen N° E160316/2021 desde el 2023 debemos realizar nuestras compras vía mercado público. En ese contexto uno de nuestros grandes desafíos es liderar como unidad de abastecimiento en salud este proceso de adquisición de medicamentos e insumos para todos los centros de salud corporativos.	
Formalizar y documentar los procesos de abastecimiento del área de salud	Desarrollar y/o actualizar protocolos de abastecimiento	Uso de manejo de MANAGER
		Procedimiento de recepción de medicamentos e insumos
		Flujo de documentos tributarios
	Diseño de un sistema de clasificación de proveedores según cumplimiento	
Difusión y educación de actividades relativas a farmacia	Crear un manual de referencia de insumos dentales y enfermería perteneciente al arsenal de la CMPA (código MANAGER, foto y descripción) para consulta rápida de personal de bodega (QFs, TENS y Técnicos en Farmacia).	
Elaborar informes de gestión de abastecimiento	Elaborar informes de resultados de inventarios y generar planes de mejora en cada unidad de bodega.	
	Elaborar informes de consumo para todos los ítems del arsenal corporativos que manejan las unidades de bodega	

- Dar continuidad a la estrategia de entrega de fármacos a domicilio mediante la gestión de financiamiento a través de convenios con el SSMSO (FOFAR) y/o mediante financiamiento municipal, previa evaluación de factibilidad financiera en este último caso.

13. FARMACIA SOLIDARIA

La Farmacia Solidaria es una institución en funcionamiento desde el año 2016, la cual es parte de la red de Servicios Transversales de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto. La Farmacia Solidaria corresponde a un centro que está a disposición de todos los vecinos de la comuna, considerando que hay ciertos requisitos solicitados para acceder al beneficio. El objetivo de la Farmacia Solidaria es complementar el arsenal de fármacos disponible en APS para pacientes crónicos, accediendo a ellos con el compromiso de un bajo costo.

PRESTACIONES

- Unidad Física Farmacia Solidaria (atención presencial):
 - o Dispensación de medicamentos.
 - o Dispensación de suplementos alimenticios.
 - o Atención Farmacéutico.
 - o Equipos para control de glicemia en diabéticos.
- Unidad de Call Center (atención a distancia):
 - o Despacho de medicamentos y suplementos alimenticios a domicilio.
 - o Agendamiento de cita para Farmacia Solidaria.
 - o Informaciones generales.

OBJETIVOS 2023

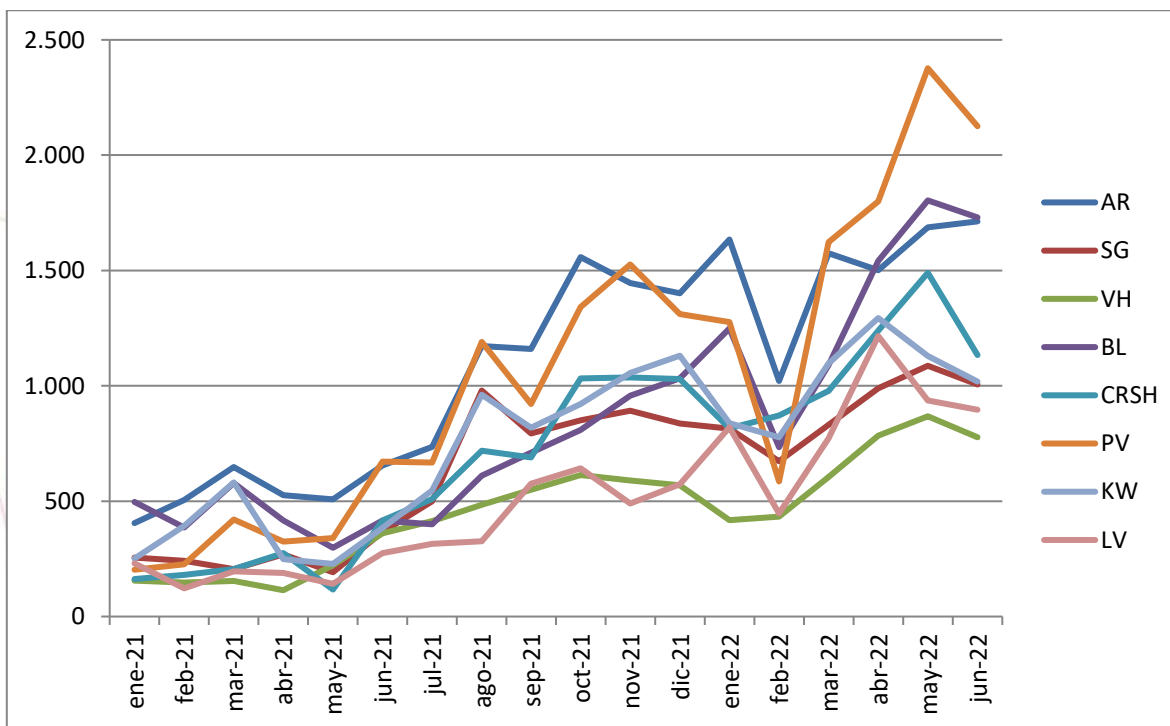
- Mantener y fomentar sistema Call Center para agendamiento de citas y despacho a domicilio de medicamentos.
- Mejorar el proceso de abastecimiento de la Farmacia Solidaria para cumplir el compromiso de precios y expectativa de la comunidad.
- Concretar proyectos y vías de financiamiento de sucursal Farmacia Solidaria, mediante el estudio territorial de la distribución de los inscritos, búsqueda y habilitación de espacios disponibles, además de adherirse al proyecto de droguería comunal.

14. ALGUNOS DESAFÍOS TÉCNICOS

SALUD ORAL

Durante los años 2020 y 2021 las prestaciones odontológicas sufrieron una gran caída producto de las medidas instauradas para la prevención de transmisión de COVID19, situación que implicó un gran impacto en la salud de la población, por esta razón es que durante el 2021 y 2022 se ha trabajado en lograr adecuar las salas de Procedimientos odontológicos a los estándares necesarios para brindar atenciones odontológicas seguras y permitiendo poder aumentar paulatinamente los cupos de atenciones, impactando positivamente en la salud integral de nuestros usuarios.

Debido a estas intervenciones y al esfuerzo de los equipos, se observa un alza sostenida y continua en las prestaciones de salud oral a nivel comunal, esperando retornar a niveles prepandemia en 2023.



OBJETIVOS 2023:

- Incentivar la implementación de operativos de atención, control, educación y prevención en Salud oral en la comunidad en aquellos centros que aún no se han sumado a la ejecución de esta actividad y fortalecer la estrategia en los centros que ya han desarrollado esta modalidad de atención comunitaria.
- Fortalecer la mesa intersectorial de salud bucal en la comuna, con el fin de lograr un trabajo conjunto y de coordinación local entre los encargados de sector educación, atención de menores, oficinas sociales entre otros, para levantar las necesidades del intersector en salud oral, dar a conocer el funcionamiento de los programas odontológicos entre otros, favoreciendo el acercamiento a la comunidad, la promoción y prevención.

- Potenciar el trabajo con Hospital Digital y su coordinación APS – Nivel Secundario en Salud Oral, Telepatología, Teleortodoncia, Piloto de Terceros molares y futuras especialidades que se integren, permitiendo procesos de atención más expeditos mediante las tecnologías de la información disponibles.
- Continuar fortaleciendo la coordinación con el nivel secundario (CDT Juan Pefaur y CRS Hospital Provincia Cordillera), mediante reuniones clínicas, consultorías y capacitaciones, potenciando nuestro Recurso humano y mejorando los índices de pertinencia de las derivaciones.
- Lograr la renovación de sillones odontológicos que necesiten recambio en los Centros de salud, mejorando las condiciones de atención para realizar prestaciones odontológicas seguras.
- Mantener el uso eficiente de recursos de los programas en salud oral, con el fin de mantener y potenciar el estándar en equipamiento en los diferentes programas odontológicos.
- Poner en marcha la sala de Rx odontológicas intraorales implementada en el CESFAM Laurita Vicuña, que históricamente no ha contado con este tipo de prestaciones, y reactivar la toma de radiografías intraorales en el CESFAM Karol Wojtyla.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

I Clínicas Móviles Ginecológicas

Con el objetivo de continuar con la recuperación de prestaciones de salud postergadas por la pandemia, es que nace el proyecto de clínicas móviles. Estos dispositivos permiten acercar la oferta de salud a los distintos territorios de la comuna, facilitando el acceso y la oportunidad de atención.

Las 2 clínicas de salud móvil cuentan con camillas ginecológicas y recurso profesional de matrona, enfocado a realizar prioritariamente exámenes preventivos, como lo es el Papanicolau que detecta el Cáncer Cervicouterino y examen físico de mamas con derivación para mamografía, para detectar precozmente el Cáncer de Mamas.

Es así, que el año 2023 esperamos aumentar el número de mujeres con PAP vigente en la comuna, contribuyendo al esfuerzo que se realiza en los centros de salud corporativos.

II Clínica Mamográfica Móvil

La clínica mamográfica móvil es una iniciativa innovadora en la comuna, ya que nos permite realizar mamografías de forma itinerante, acercando este importante examen preventivo a la población usuaria.

Este dispositivo móvil cuenta con profesional tecnólogo médico quien realiza el examen y luego envía las imágenes para que sean evaluadas por el médico radiólogo.

Con esta estrategia el año 2023 aumentaremos la cobertura y vigencia de la mamografía en las mujeres inscritas en los centros de salud de la comuna, ya que sumaremos aproximadamente 4.000 mamografías extras al año.

III Incorporación del examen Estreptococo Grupo B para gestantes

La infección perinatal o neonatal por estreptococo grupo B puede ocasionar importante morbimortalidad neonatal.

La Guía Perinatal MINSAL (2015) “recomienda que toda embarazada debe realizarse cultivo perianal de Estreptococo Grupo B a las 35-37 semanas, como estrategia de prevención de neumonía neonatal, con excepción de mujeres con Urocultivo (+) al mismo germen”.

Es por esto que, durante el año 2023, incorporaremos este examen en la cartera de prestaciones disponible del laboratorio comunal, lo cual permitirá realizar este monitoreo prenatal a las embarazadas que se encuentren en control; aquellas gestantes que resulten ser portadoras serán derivadas al nivel secundario para ser evaluadas por especialista para luego acceder al tratamiento preventivo ante parto.

IV Taller Prenatal Online

La experiencia de la pandemia nos sirvió entre otras cosas, para conocer estrategias que antes no considerábamos como alternativas exitosas de implementar. Es así como surgieron diversas actividades que se realizaron a distancia, utilizando las herramientas tecnológicas disponibles.

Una de éstas es el taller educativo para gestantes, esta actividad on line permite que embarazadas y sus familias puedan participar de las sesiones de taller desde sus hogares u otro lugar, cuando por diversos motivos no puedan acudir presencialmente al centro de salud. La estrategia permite que un grupo de profesionales multidisciplinarios aborden distintas temáticas relativas al embarazo, parto y post parto, de acuerdo a un cronograma previamente difundido y con acceso para las gestantes que se atienden en los distintos centros de salud de la comuna.

El objetivo final es facilitar el acceso a la actividad educativa prenatal, disponiendo de una oferta variada de temas y actividades para las embarazadas y sus familias.

SALUD MENTAL

Aumentar la cobertura y cantidad de atenciones que reciben las personas ingresadas en el Programa de Salud Mental: Considerando la alta demanda que existe actualmente por atenciones de salud mental y el impacto que la pandemia tuvo en la disminución de prestaciones, es necesario continuar trabajando en la reactivación de estas, de forma de mejorar el acceso de nuestros usuarios a sus controles periódicos, actividades grupales, tratamientos farmacológicos, controles médicos y psicosociales, otorgando intervenciones integrales de salud mental, tanto presencial como remotos.

Consolidar las prestaciones remotas en atenciones de Salud Mental: El periodo de pandemia ha validado la importancia que tienen las diversas prestaciones de salud a distancia, principalmente en el ámbito de salud mental. Esto ha permitido dar continuidad a las atenciones de muchos de nuestros usuarios, manteniendo sus controles al día. Si bien el fuerte de las prestaciones está en la presencialidad, hoy en día las intervenciones remotas han facilitado el acceso de atención a personas que tienen problemas de traslado, tiempos reducidos para sus controles, dificultad para salir de sus domicilios, entre otras situaciones. Actualmente, nuestra mirada está en que las atenciones a distancia mantengan los mismos estándares de calidad que las prestaciones presenciales, de forma que estas cumplan el objetivo de mejorar el estado de salud de quien la recibe.

Aumentar actividades Grupales de Salud Mental: La evidencia demuestra la importancia de las actividades grupales y nos brinda la oportunidad de poder llegar a una mayor cantidad de personas. De esta forma los talleres grupales preventivos y promocionales, grupos terapéuticos, grupos de autoayuda, además son una oportunidad de trabajo con el intersector, juntas de vecinos y establecimientos educacionales, entre otras

organizaciones territoriales, donde el equipo de salud asiste a terreno a realizar la intervención. Las actividades grupales nos permiten focalizar acciones de acuerdo a al ciclo vital, o temáticas de interés y en este sentido relevamos la importancia del abordaje de la prevención del suicidio adolescente en colegios, señalar que los equipos de salud están trabajando cada vez con mayor prioridad esta compleja situación. También en los Centros se están abordando otros temas de mayor prevalencia como el manejo de la ansiedad o depresión y enfocados en niños y niñas en áreas como el déficit atencional y habilidades parentales, entre muchos otros temas.

Potenciar actividades de carácter Preventivo: Es importante fortalecer la prevención en temas de salud mental como la realización de tamizajes en alcohol y drogas y en trastornos de salud mental, que nos permita realizar una detección precoz y un abordaje oportuno en estas problemáticas. Señalar que el Cefam Laurita Vicuña se encuentra realizando un piloto ministerial de tamizaje de trastornos de salud mental en todo el ciclo vital, que esperamos comience a difundirse a otros Centros de salud de la comuna. Adicionalmente, se cuenta con el proyecto RADAR en San Gerónimo, el cual busca detectar precozmente el riesgo de suicidio en adolescentes, problemática clave en el contexto actual.

Fortalecer la reactivación y el funcionamiento de los comités mixtos de educación y salud: Se reactivarán aquellas comisiones mixtas que se encuentren inactivas o con bajo funcionamiento, considerando la difícil realidad de la salud mental infanto-juvenil y las complicaciones que se han generado en los procesos educativos. Cada centro de salud deberá generar instancias de trabajo conjunto a los equipos educativos.

Consolidación de Convenios de apoyo a la Salud Mental: Los Centros de Salud cuentan con el apoyo de diversos Programas de Reforzamiento, tales como Programa de Acompañamiento, Convenio Mejor Niñez, Convenio detección, intervención y referencia asistida en alcohol y drogas, Programa Ambulatorios básico SENDA (SG, CRSH, PMV, KW). Señalar que se agregó un nuevo Convenio Piloto ministerial, que se ejecuta en cuatro SAPU/SAR de la comuna (AR, SG, PMV, KW) y que contempla la incorporación de duplas psicosociales para abordar situaciones de salud mental que se presenten. Por ahora el piloto tiene el horario de lunes a viernes en extensión.

Finalmente destacar que el Cefam Laurita Vicuña se encuentra participando de dos pilotos ministeriales, el primero es de Prevención en Salud Mental, que realiza tamizaje de salud mental en todo ciclo vital, permitiendo intervenir de forma precoz en trastornos de salud mental y el segundo piloto es de Rediseño de atenciones de salud mental, que apunta a mejorar el acceso y calidad de las prestaciones y que el presente año debería comenzar a ejecutarse en diversos Centros de Salud de la comuna y el país.

SALUD INFANTO JUVENIL

Recuperación de atenciones que tuvieron impacto por la pandemia

En la actualidad, para aumentar la oferta de prestaciones disponibles de controles de salud de manera integral y para optimizar los recursos disponibles, es que se han debido incorporar nuevas estrategias para poder conseguir un aumento en la oferta disponible para atenciones de la población infanto juvenil, privilegiando las atenciones de manera presencial a los Centros de Salud, pero también prestaciones vía remota por teleconsulta, según situación epidemiológica del momento.

Nuevas estrategias de atención

Mantener y seguir ampliando nuevos espacios de atención infantil y adolescente, en colaboración con la red comunal.

- Dar continuidad a la atención de adolescentes en CRS cordillera y establecimientos educacionales.
- Promover la creación de nuevas salas de rehabilitación Infantil de psicomotricidad infantil destinadas a niños con TEA en aquellos centros que no las tengan.
- Fomentar la creación de nuevas salas de lactancia materna en aquellos centros de salud que aún no cuentan con ellas.
- Poner en marcha proyecto de resolutivez infantil del área de salud.

Mantenimiento de acciones remotas

Fomentar la atención a distancia con el fin de promover la educación y disminuir los contagios o exposición innecesaria de usuarios en los centros de salud de la comuna tales como:

- Seguimiento del control integral de NNA.
- Rescate de pacientes insistentes
- Talleres remotos infantiles y adolescentes.
- Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes
- Consejerías de Lactancia materna.
- Seguimiento de niños/as con déficit en DSM.

Mantener estrategias de sensibilización e información a la población

Continuar o mantener constante difusión a través de redes sociales, pantallas dispuestas en centros de salud, entre otros medios, y promover material audiovisual hacia la población infantil y adolescentes sobre temas de mayor importancia para la comunidad tales como Lactancia Materna, Estimulación del DSM, SSR en adolescentes, etc.

REHABILITACIÓN INFANTIL

La creación de la Sala de Psicomotricidad Terapéutica Infantil para niños y niñas con sospecha o diagnóstico del Espectro Autista, busca promover y evidenciar el efecto del juego psicomotriz o práctica psicomotriz (No estimulación), para niños y niñas entre 0 y 4 años que presentan: diagnóstico de Retraso Psicomotor y sospecha de TEA (diag. Médico).

La prevalencia de TEA ha ido en aumento continuo en los últimos 30 años, Fluctuando en la actualidad entre el 0.5 y 1% alrededor del mundo. El año recién pasado se publicó en la Revista Chilena de pediatría, la confirmación que Chile se encuentra dentro de los países que presentan mayor prevalencia en el mundo con 1 de cada 51 niños, superando a Estados Unidos, Inglaterra, Colombia, España y México.

La práctica psicomotriz como herramienta terapéutica en población TEA contiene un vasto desarrollo e investigación continua en el ejercicio profesional del Psicomotricista, que le ha llevado a prácticas exitosas debido a su modelo integrador (biopsicosocial), como al vehículo con el que transitan sesión a sesión: el juego libre y espontáneo donde se prevalece un juego

propositivo con apertura al símbolo, a la comunicación y al lenguaje a través del uso del material y el acompañamiento sostenido del adulto durante el juego, para movilizar el desarrollo cognitivo, emocional, motriz y psíquico del niño/a y las experiencias sensoriales desplegadas de esta práctica.

Es por ello que respondiendo a dichas características surge la sala como un espacio de tratamiento y co-ayuda a la unidad, a través de la Psicomotricidad como técnica de mediación corporal, psíquica y relacional atendida por una Psicomotricista con formación específica y en red con los equipos locales de salud para sus diagnósticos, intervenciones, seguimientos y derivaciones. En esta situación de déficit, la Psicomotricista acompaña, intenciona, planifica, promueve y fortalece la relación con el niño y su actuar, observando cada aspecto que envuelve al niño (cuerpo, espacio, tiempo, material, etc.) para su desarrollo y avance psicomotriz y psicosocial.

Un cuerpo conflictuado, es una mente atrapada con baja libertad de su expresividad y emoción. No basta con desarrollar en el niño la instrumentalización de sus aprendizajes, sino entender que todo lo que ellos construyen los primeros años de vida son la lógica y el cimiento de su vida futura. Si no es encausado apropiadamente, si no damos la oportunidad de entender que, por ejemplo, el juego (no entrenamiento) es vital en el primer ciclo de la infancia de un niño, principalmente en el caso de niños y niñas con déficit psicomotor, el daño psíquico, motriz y emocional lo acompañarán para toda la vida.

El trabajo en sala de estimulación de cada Cesfam, sesga sus intervenciones al logro de los objetivos instrumentalizado en EEDP y TEPSI. Por lo cual, un éxito en recuperación de déficit está supeditado al logro de indicadores en específico y no a la recuperación integral del sujeto en intervención.

El proyecto de sala de psicomotricidad se lleva a cabo en el CESFAM Laurita Vicuña, CESFAM Karol Wojtyla, San Gerónimo y, en construcción una cuarta sala en CESFAM Padre Manuel Villaseca. Forman parte del equipo de intervención en sala de Psicomotricidad profesionales a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales quienes abordarán diferentes esferas del desarrollo global del niño, este equipo estará compuesto por Psicomotricista, encargada de evaluar y desarrollar a través del juego terapéutico y la mediación corporal adecuada para que el niño y niña adquiera herramientas comunicacionales y psicomotoras que favorezcan su relación con diferente medios y así lograr la trascendencia de estas intervenciones tanto en contextos familiares como fuera de estos. Fonoaudióloga, encargada de fortalecer habilidades descendidas en cuanto al lenguaje, la comunicación, el juego y la cognición. Kinesiólogo, encargado de dar atención a las necesidades anatómicas, motrices y funcionales, en niños y niñas con características TEA. Terapeuta Ocupacional, encargada de potenciar habilidades ocupacionales y de la vida diaria.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Durante el año 2022 se trabajó en cumplir las metas planteadas para el período: se reactivaron los Servicios Farmacéuticos Profesionales retomando el contacto directo con los usuarios a través de la atención clínica en busca de mejoras en la farmacoterapia y la calidad de vida de los usuarios, las educaciones grupales para potenciar los conocimientos acerca de sus patologías y los medicamentos para tratarla y brindar herramientas que los apoyen en su compensación. También fue parte del año la elaboración del material de difusión para así, llegar a la mayor cantidad de usuarios y la integración de los Químicos Farmacéuticos en los equipos de salud en busca de generar equipos multidisciplinarios que logren brindar una atención integral y de calidad a nuestros usuarios. Sumado a esto, se logró establecer metas de realización para los Servicios Farmacéuticos Profesionales cuyo cumplimiento, continúa siendo un desafío para la unidad.

Servicios Farmacéuticos Profesionales					
Año	Conciliación Farmaceutica	Educación Farmacéutica	Revisión de la Medicación	Seguimiento Farmacoterapéutico	Total general
2021	110	34	651	24	819
Julio 2022	178	63	988	32	1261

Se observa un aumento de un 54% en la cantidad de atenciones realizadas por químicos farmacéuticos en la comuna, sólo a julio de 2022, lo cual ha demostrado el impulso generado por la coordinación técnica y el gran esfuerzo de los centros de salud y sus equipos. Estas atenciones han sido bien valoradas por la comunidad, generando a menudo la disminución en el número de medicamentos que consumen diariamente las personas mayores, y apuntando a mejorar sus resultados en salud y calidad de vida.

Para el año 2023 se contempla continuar con esta línea de trabajo manteniendo los siguientes desafíos por delante:

PLAN DE TRABAJO 2023 SERVICIOS FARMACÉUTICOS PROFESIONALES
Protocolización de los Servicios Farmacéuticos Profesionales y su integración a los equipos multidisciplinarios.
Difundir activamente los Servicios Farmacéuticos Profesionales y el Rol de Químico Farmacéutico en la comunidad.
Cumplimiento de metas de realización de Servicios Farmacéuticos Profesionales.
Trabajar activamente con la comunidad para responder a sus necesidades reales.
Nivelar e incrementar la preparación a través de la capacitación activa de los Químicos Farmacéuticos de la comuna.

PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Durante el año 2022 la coordinación de Rehabilitación Física cambió su enfoque expandiendo a labores no solamente de rehabilitación, pero también potenciando el enfoque de prevención.

En el ámbito de rehabilitación, durante el año 2022 se incorporaron 5 salas de rehabilitación básica en centros de salud, 4 totalmente nuevas en los centros KW, LV, SG y PMV, además de la adaptación de un espacio antiguo de CRSH. Estas salas se sumaron a la red de 3 CCR, mejorando el acceso a estas prestaciones tan necesarias en la comunidad. Los equipos de

estas salas están compuestos por kinesiólogos y terapeutas ocupacionales. De esta forma, se ha potenciado la red de rehabilitación Post-COVID en aquellas personas que quedan con secuelas físicas, respiratorias o de otro tipo luego de su enfermedad, junto con atenciones de rehabilitación para enfermedades físicas músculo-esqueléticas. Debido a la disponibilidad de estas salas, se ha rediseñado la red de rehabilitación comunal, considerando los nuevos centros de derivación de especialidades como fisioterapia y traumatología del servicio de salud metropolitano sur oriente.

Por tanto, para el año 2023, la rehabilitación comunal apuntará a la consolidación de las nuevas salas, la integración con la red de especialistas y de equipos municipales, junto al fortalecimiento de las derivaciones de cada centro de salud a sus salas respectivas. Además, se espera poder dotar al centro BL de una sala de rehabilitación, completando la red local.

En el ámbito de prevención de salud, en el año 2022 se reactivó en su totalidad el Programa Elige Vida Sana que se enfoca en disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 6 meses y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud. La estrategia, busca mejorar la condición nutricional y física de los usuarios inscritos además de sus familiares y amigos. Las distintas intervenciones fueron realizadas no solamente en los centros de salud, sino que también inserta en distintos ámbitos de la comunidad tales como sedes vecinales, colegios, jardines infantiles, espacios de áreas verdes entre otros, también incluyendo modalidades remotas. Los talleres de actividad física y de educación se llevaron a cabo durante el periodo de 6 meses, con el objetivo de realizar un acompañamiento que genere cambios en hábitos saludables.

El Programa Más Adulto Mayor Autovalente también tiene un enfoque de prevención de salud, buscando mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más que estén inscritas en los establecimientos de atención primaria de Puente Alto. Esta estrategia busca mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria de los usuarios para enfrentar el proceso de envejecimiento; aparte de capacitar a líderes comunitarios y fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento activo y positivo. Para el año 2023 se busca difundir más estas estrategias, no solamente en la comunidad, pero también en los distintos equipos dentro del centro de salud, buscando el mejoramiento continuo de estas estrategias y entrelazarlas con la atención integral de los usuarios.

COORDINACIÓN DE REDES Y GES

ACTUALIZACIÓN EN EL MAPA DE DERIVACIÓN 2022

Durante 2022, y gracias al trabajo y coordinaciones en Red con el SSMSO, se llevó a cabo una modificación mayúscula en el Mapa de derivación vigente, beneficiando a los usuarios inscritos en los Centros de Salud Padre Manuel Villaseca, Bernardo Leighton y Laurita Vicuña. El principal cambio fue la inclusión en la derivación de estos tres Centros hacia CRS HP Cordillera, establecimiento que cuenta con atenciones en las especialidades con más demanda en nuestra comuna, o que podría impactar notablemente en la reducción de los tiempos de espera en la atención por especialidades para nuestros usuarios, además de la posibilidad de contar con fluida comunicación con este establecimiento.

Al respecto, y como beneficio para disminuir el efecto negativo de los traslados más lejanos, es que las patologías de complejidad mayor, según los protocolos establecidos, además de aquellas relacionadas con alteraciones de la movilidad (hacia Medicina Física y Rehabilitación), se seguirán derivando hacia CDT Juan Pefaur desde nuestros Centros de

Salud más cercanos a éste, o bien desde CRS HP Cordillera en caso de no poder otorgar resolución, lo anterior con acuerdos y flujos establecidos entre APS y los establecimientos de nivel secundario con la correspondiente autorización del SSMSO.

Sub Red	Comuna	Establecimientos Nivel Atención Primaria	Establecimientos Nivel Atención Secundario y Terciario
Cordillera	Puente Alto	Centro de Salud Urbano Alejandro del Río	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río / CRS Hospital Provincia Cordillera
		CESFAM San Gerónimo	
		CESFAM Vista Hermosa	
		CESFAM Bernardo Leighton	
		CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	
		CESFAM Padre Manuel Villaseca	
		CESFAM Karol Wojtyla	
		CESFAM Laurita Vicuña	
		Centro de Especialidades Primario (CEP) San Lázaro	
		Centro de Imágenes (CDI)	
		Centro de Salud Mental COSAM- CEIF Norte	
		Centro de Salud Mental COSAM- CEIF Centro	
		Centro de Salud Mental COSAM Puente Alto	
		Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	
		Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)	
		Ancora CESFAM Madre Teresa de Calcuta	
		Ancora CESFAM San Alberto Hurtado	
		Unidad de Atención Primaria de Oftalmología (UAPO)	

OBJETIVOS 2023

- Lograr cumplimiento del 100% en las Garantías GES, mediante la aplicación de estrategias que permitan realizar todas las prestaciones asignadas para APS.
- Mantener el trabajo en conjunto con Médicos APS y Especialistas con el fin de actualizar protocolos de Referencia y Contrarreferencia con nivel secundario, de esta manera lograr una mejor resolución en APS, y así disminuir la nómina de derivaciones no pertinentes.
- Incorporar la totalidad de Centros de Salud de nuestra Comuna en la derivación por (Canal Único de Derivación (plataforma Telemedicina) con el CRS HP Cordillera y Complejo Asistencial Sótero del Río y aumentar el uso de plataformas como el Hospital Digital y proyecto Telemedicina Asincrónica. Se busca aumentar la resolutiveidad de las derivaciones realizadas a especialidades y disminuir listas de espera.
- Solicitar al SSMSO el aumento de la oferta de toma de imágenes diagnósticas por medio de compra a prestadores externos, con el fin de disminuir la brecha generada el año 2021-2022.
- Fortalecer la ejecución del plan de trabajo en listas de espera del convenio de resolutiveidad e imágenes Diagnósticas, mediante la incorporación de personal administrativo exclusivo para llevar a cabo este proceso.
- Capacitar constantemente a médicos y odontólogos contralores de los Centros de Salud, con el fin de disminuir las derivaciones no pertinentes y aumentar así la resolutiveidad en APS.

15. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

El Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) es el organismo técnico – asesor de la Dirección de Salud responsable de la selección y definición de las condiciones de uso de medicamentos y dispositivos médicos en los Centros de Salud corporativos. Su funcionamiento data del 23 de marzo de 2006.

Es presidido por la directora de Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, y conformado por un equipo multidisciplinario. El objetivo del CFT es mantener el arsenal farmacoterapéutico actualizado, realizando las modificaciones que sean necesarias y definir las restricciones de uso de los medicamentos y dispositivos médicos cuando corresponda, considerando en todo momento el uso racional y la relación eficacia terapéutica/variable económica como eje principal en la toma de decisiones.

El comité sesiona de manera ordinaria bimestralmente y de manera extraordinaria de acuerdo a los requerimientos locales, en fechas diferentes a las programadas.

Las funciones y funcionamiento del comité se describen en documento “Funcionamiento del Comité de Farmacia Comunal”.

16. COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA

El Comité de Farmacovigilancia corporativo es un adjunto del Comité de Farmacia y Terapéutica corporativo, conformado (por nominación de la dirección de cada Centro de Salud corporativo) por todos los químicos farmacéuticos de la red de atención primaria y secundaria, como también una enfermera referente del Centro de Especialidades Primarias San Lázaro.

El objetivo del comité es fomentar a nivel comunal las actividades de vigilancia de reacciones adversas o de cualquier otro problema relacionado con el uso de los medicamentos, ya sea mediante la información del uso seguro, el reporte de reacciones adversas en plataforma oficial como la educación a los usuarios. Otro de los puntos de desarrollo impulsados por el comité de farmacovigilancia es la realización de capacitaciones, tal como la última realizada durante el presente año, con relatores integrantes del comité y la participación de una especialista psiquiatra, enfocada en medicamentos de salud mental y farmacovigilancia.

El comité sesiona de manera bimensual y está presidido por químico farmacéutica coordinadora de farmacovigilancia y atención farmacéutica de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto.

17. COMITÉ DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (CODIMED)

El mercado de dispositivos médicos ha crecido aceleradamente durante los últimos años; siguiendo las tendencias tecnológicas de los mercados del sector salud, que buscan mejorar el bienestar de las personas. En la actualidad no se sabe con exactitud cuántos tipos diferentes de dispositivos médicos existen en el mundo, estimándose que los países importan más del 80% de sus dispositivos. Es por esto que los países deben tener como

prioridad el velar por la seguridad de los pacientes, su acceso a alta calidad de los insumos, que sean seguros y eficaces.

Los dispositivos médicos en particular son cruciales en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como en la rehabilitación del paciente. Se consideran un componente fundamental de los sistemas de salud, ya que los beneficios que pueden proporcionar son esenciales para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades de una manera segura y efectiva.

El Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, cuenta con un Comité de Dispositivos Médicos “CODIMED” que inicia sus funciones hacia fines del año 2014, conformado por un equipo multidisciplinario dedicado a regular los procesos que implican la evaluación, adquisición y administración de dispositivos médicos, esenciales para garantizar su calidad, seguridad y compatibilidad con los entornos en los que se utilizan.

La correcta regulación de los dispositivos médicos garantiza el acceso a productos de alta calidad y eficaces; además, asegura beneficios a la salud pública y la seguridad de nuestros usuarios y trabajadores. Por otro lado, restringe el uso de aquellos productos que no son seguros o que tienen uso clínico limitado.

PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

1. PROMOCIÓN DE SALUD

La pandemia ha afectado las actividades de promoción y prevención en salud, debido a la necesidad crítica de aumentar la capacidad de atención clínica y tratamiento. Sin embargo, la promoción en salud forma parte fundamental de la labor de la atención primaria, por lo que se han realizado grandes esfuerzos en potenciar su recuperación.

En este sentido, el año 2022 se concretizan las siguientes estrategias y actividades:

- Finalización de construcción espacios de lactancia materna en Centros de Salud corporativos y su posterior funcionamiento.
- Adquisición de insumos necesarios para lactancia materna en establecimientos de Salud corporativos.
- Apoyo en la gestión para ejecutar operativos comunitarios preventivos/promocionales de salud en diferentes sectores de la comuna con activa colaboración de líderes sociales.
- Potenciar huertos culturales con enfoque intercultural en dependencias de centros de salud
- Gestión de recursos ministeriales para ser beneficiarios de convenio Promoción Salud, actualmente aún no se ha recibido transferencia de recursos.
- Potenciar coordinación intersectorial para favorecer participación de equipos de salud y funcionarios de educación en estrategia comisión mixta.

Es así que para el año 2023 se espera continuar avanzando en:

- Apoyar a la Coordinación Infanto Juvenil en la habilitación de más espacios de LME.
- Potenciar operativos comunitarios preventivos/promocionales en prestaciones atingentes para la población.
- Potenciar iniciativas y ejecución de espacios de autocuidado laboral para funcionarios de salud.
- Gestión con radios comunitarias para difusión de temáticas atingentes en la salud primaria.
- Apoyo a la ejecución estrategia intersectorial (si las condiciones sanitarias lo permiten) de Oferta Saludable en Kioscos Educativos de Establecimientos Municipales.
- Finalizar el desarrollo de Página Web y aplicación de salud (App) con enfoque preventivo y promocional de salud.

2. PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

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

El 2 de agosto de 2022 se desarrolló la Jornada de Participación Comunitaria para el Plan de Salud 2023 en el Parque Gabriela, buscando conocer las necesidades y propuestas directamente desde los representantes de los usuarios en los centros de salud. En ella, participaron más de 30 personas, incluyendo los Comités de Usuarios (CDU) de los centros corporativos, miembros de la comunidad, además de los encargados de participación de los centros, coordinadores y autoridades comunales. La jornada inició con una presentación de los elementos que contiene un plan de salud, sus objetivos y normativa implicada, además de los aspectos de promoción y participación. Posteriormente, se dividió el grupo en 5 grupos de trabajo participativos, los cuales plantearon temáticas propias.



De esta jornada, se extrajeron ocho ámbitos de interés comunitario, para el cual nuestra Corporación se comprometió a velar en su cumplimiento, a medida que la normativa y los recursos físicos, tecnológicos y económicos lo permitieran. Estos son:

1. ÁMBITO DIVERSIDAD:

- Velar por la incorporación de referentes de comunidad LGTB+ en CDU, con plan de trabajo y difusión de forma que cada establecimiento de salud releve la importancia del tema para la comunidad.
- Dar énfasis en aspectos de atención y cuidado de la familia y grupos adolescentes, con enfoque integral.
- Gestionar operativos comunitarios que puedan abordar la temática.

- Considerar intervenciones breves novedosas, tales como *roleplaying* en salas de espera etc., buscando potenciar la concientización.
- Incorporar a instituciones educativas en estas actividades.

2. TRABAJO CON ADOLESCENTES / NIÑOS (AS)

- Dar énfasis a la prevención en adolescentes, con enfoque de riesgo en Salud Sexual.
- Potenciar la prevención en salud en Instituciones educativas (temáticas salud, mental entre otros).
- Desarrollar planes de trabajo en salud mental para adolescentes.
- Gestionar alianzas con universidades para potenciar habilidades parentales en temáticas de salud mental en la adolescencia.
- Incorporar la visión de los jóvenes en futuros planes de salud comunal.

3. GESTIÓN / TRABAJO CON COMUNIDAD

- Incentivar a la comunidad para participar en actividades culturales y/o artísticas como estrategias de promoción salud y participación social.
- Potenciar rol de CDU en trabajo con establecimientos educacionales para generar acciones de concientización (formación de monitores en prevención).
- Ferias de descubrimiento vocacional para incentivar a jóvenes a reconocer sus habilidades y potencialidades vocacional.
- Fomentar mayor participación de CDU en los centros de salud.
- Aumento de horas en los equipos de participación y la conformación de equipos multidisciplinarios.
- Potenciar instancias educativas a usuarios para empoderar en tratamientos de salud y su manejo farmacológico (buen uso).
- Implementación de medicina natural y hierbas como tratamiento alternativo, así como también otras áreas.
- Aumentar atenciones, operativos de salud primaria en sedes sociales (matrona, médico, psicólogo, asistente social, odontólogos entre otros) pues hay poblaciones muy lejanas. Lo precedente en coordinación con líderes sociales y JJVV del territorio.

4. INFRAESTRUCTURA EN APS

- Mejorar infraestructura de los centros de salud, aumentando box de atención.
- Mejorar higiene de los servicios higiénicos de los centros de salud.
- Aumento de farmacias solidarias en diferentes sectores de la comuna.
- Aumento número de ventanillas y personal en farmacia.
- Evaluar infraestructura y mantención de estado de los equipos que se usan en los centros de salud.

5. GESTIÓN ATENCIÓN- INFORMACION USUARIOS/AS

- Acceso de agendamiento de horas por vía telefónica para todos los centros.
- Agendamiento de horas para Adultos mayores (mayor a 65 años) y personas con necesidades especiales en horarios diferidos diariamente en cada centro de salud.
- Implementación de números en farmacias de centros de salud.
- Gestionar la existencia de filas preferenciales en farmacia.

- Propiciar traslado de usuarios derivados a CRS, los cuales presenten dificultad en su desplazamiento (sectores alejados tales como sector Cesfam LV, PMV, entre otros). Apoyo en conseguir líneas de transporte público directa al CRS.
- Aumento de personal que atiende a usuarios con dependencia severa.
- Mejorar canasta farmacológica de medicamentos.
- Optimizar la atención farmacéutica y comunicación con médicos prescriptores.
- Modelo atención centrada en la persona sea extendida a todos los centros de salud corporativos.
- Potenciar en la comunidad la importancia de Telemedicina, ya sea en ámbito de salud mental, atención médica.
- Incorporar Fono Migrante, donde facilitadores migrantes puedan orientar a la población en necesidades de atenciones.
- Apoyar, mediante entrega escrita o envío remoto de información de tratamiento, a usuarios con problemas de comprensión de las indicaciones terapéuticas.
- Aumentar rendimiento de las atenciones de morbilidad.

6. SALUD MENTAL

- Contratación y preparación de profesionales en salud mental que puedan derivar oportunamente al nivel secundario a personas con necesidades especiales (TEA, Autismo), fibromialgia, entre otros.
- Realización de talleres educativos en sedes sociales, énfasis en manejo de ansiedad.
- Gestionar convenios con el nivel secundario y terciario que permitan acceso oportuno y priorizado para niños y adolescentes que presenten diagnósticos de alta complejidad en Salud Mental.

7. PROMOCIÓN SALUD/ ACTIVIDADES MASIVAS

- Realización de actividades educativas, informativas con enfoque masivo (ferias de salud entre otros) en temáticas tales como:
 - o Consumo perjudicial de alcohol y drogas
 - o Patologías cardiovasculares
 - o Cáncer de próstata
 - o Implementación de actividades sugeridas y planificadas junto a la comunidad

Debido a que estas necesidades involucran el uso importante de recursos económicos, humanos, plataformas tecnológicas y otros, se trabajará en la priorización de la implementación, bajo acuerdos con la comunidad en instancias oficiales de participación, como reuniones con CDU. Adicionalmente, aquellas iniciativas que requieren trabajo con otras áreas corporativas, como educación, se desarrollarán en conjunto.

Se explorarán también medidas de orientación y capacitación a la comunidad, buscando potenciar la figura de líderes locales, que tengan nociones básicas en salud y puedan orientar a su comunidad en la relevancia de buscar apoyo clínico en el centro más cercano.

SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA

La incorporación de los pueblos indígenas a las políticas y programas públicos, ha sido un tema que ha adquirido paulatinamente relevancia en Chile. Esto se sustenta, desde el ámbito legal, en el Convenio 169, Ley N° 20.584, Art.7, sobre derechos y deberes de los pacientes. La inserción del enfoque de salud intercultural ha sido un proceso en los Centros de Salud corporativos desde el año 2012, ejecutándose diversas actividades de sensibilización y capacitación organizadas por representantes de la mesa de salud intercultural de Puente Alto y dichos, siendo beneficiarios, los funcionarios de APS, usuarios, consejos de usuarios (CDU) y organizaciones sociales adscritas a los Establecimientos de Salud.

Según los resultados del último Censo 2017, el 11% de la población de la comuna de Puente Alto se siente perteneciente a un pueblo originario, siendo en su mayoría, el 92,5%, mapuche. El 18% de los hogares de la comuna tiene integrantes que refieren pertenecer a algún pueblo originario y la escolaridad promedio de este grupo es de 9,8 años. Cabe señalar que, por efectos de la contingencia de salud de la pandemia actual, la mesa de salud intercultural de Puente Alto alcanzó a realizar en el primer trimestre del año 2020 dos espacios de reuniones para confirmar la planificación del año.

Posteriormente, los equipos de salud que trabajan apoyando la salud intercultural tuvieron que apoyar la contingencia de salud re direccionando esas horas para interculturalidad en apoyo ya sea de manera presencial o remota (trabajo a distancia) ayudando a su establecimiento de Salud. No obstante, la mesa de salud intercultural retoma sus reuniones comunales con alcance remoto a inicios del año 2021, con representantes de todos los centros de salud e intersector (CRS cordillera).

Es por ello que durante el año 2022 se ha planificado y ejecutado las siguientes actividades:

Año 2022

- Realización reuniones remotas y/o presenciales de representantes mesa de salud intercultural de Puente Alto.
- Conmemoración de We Tripantu en centros de salud corporativos con apoyo de Mesa salud intercultural Puente Alto
- Avances en transversalidad del enfoque de Salud Intercultural en algunas atenciones en Centros de Atención, dentro de un proceso participativo y colaborativo, en conjunto con facilitadores interculturales, por ejemplo:
- Proyecto piloto atención de agente cultural Lawentuchefe a usuarios de centro de salud Alejandro del Río como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos usuarios.
- Continuar la difusión autoridades corporativas y municipales, resultados del diagnóstico participativo indígena corporativo con pertinencia en salud intercultural y proteger recursos para aquello, dirigido a usuarios y organizaciones indígenas que reciben atención en los Centros de Salud corporativos.

- Formalizar programación de actividades interculturales por cada establecimiento de salud, evaluar necesidades de apoyo técnico para ejecutar estrategias/ actividades.
- Postulación a recursos para salud intercultural en servicio de salud metropolitano sur oriente (SSMSO)
- Avances en el reglamento interno de la mesa de salud intercultural de Puente Alto.
- Ejecución de actividades de salud intercultural relacionada a mantener, fortalecer huertos con enfoques indígenas en centros de salud corporativos
- Realizar jornadas de capacitación desde cada centro de salud a representantes de mesa salud intercultural, funcionarios de salud, líderes sociales, relacionado a la cosmovisión mapuche, hierbas medicinales entre otros.

OBJETIVOS 2023

- Potenciar desarrollo y planificación de actividades desde lo intercultural en cada centro de salud, teniendo presente la realidad y avances desde lo intercultural en cada establecimiento.
- Proteger horas específicas programadas del trabajo del facilitador intercultural en los centros de salud, quienes deben vincularse en lo posible con alguna asociación indígena del territorio y ser parte de la Mesa de Salud Intercultural con enfoque indígena.
- Validar y potenciar la figura del agente intercultural que participa en la mesa de salud intercultural con enfoque indígena.
- Continuar la difusión y sensibilización a los Centros de Salud corporativos de la existencia del registro de pertinencia de usuarios a pueblos originarios en el sistema de ficha clínica electrónica corporativa (OMI). Esto se realizará de manera conjunta entre la Coordinación de Participación del Área de Salud y los facilitadores interculturales.
- Continuar planificación y ejecución de atención de agente cultural Lawentuchefe a usuarios de centros de salud como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos usuarios.
- Fortalecer desarrollo de Facilitador / Agente Intercultural mapuche Área de salud como apoyo en la ejecución de actividades programadas por centros de salud y equipos de interculturalidad de los centros de salud
- Potenciar capsula comunicacional corporativa reforzando la variable indígena en funcionarios de salud para el registro en el sistema de información de salud (OMI).
- Avanzar en el registro de actividades en el Registro mensual de actividades (REM), que es el medio que evidencia las actividades realizadas

- Capacitar a los equipos de salud mental de los Centros de Salud corporativos para propender avance de algunas prestaciones de salud mental con atención complementaria de agentes culturales
- Potenciar avances en pertinencia cultural como complemento a algunas prestaciones de salud primaria. Lo anterior, mediante postulación a recursos en servicio de salud o a nivel comunal.
- Realizar Wiñol Tripantu presencial con aforo permitido o elaboración de capsula corporativa
- Realizar capsulas comunicacional corporativa por conmemoración día internacional de la mujer indígena
- Crear capsulas educativas dirigidas a usuarios y funcionarios de salud, enseñando en salas de espera lenguaje mapuche en forma didáctica por ejemplo el saludo, como se dice nombre mamá, papá, nombre de los animales etc.
- Realizar capsula educativa donde se enseñe a sembrar y hacer un huerto con enfoque cultural.
- Formalizar apoyo de recursos comunales para el avance de la salud intercultural en APS, continuar con el apoyo financiero entregado por Servicio de salud \$11.000.000 para ejecutar convenio Programa especial de salud y pueblos indígenas (PESPI) y apoyo comunal financiero establecido anualmente.

PERSONAS MIGRANTES

La población de migrantes en Chile ha ido en aumento los últimos años, diversificando su origen y complejidad social. Por ello, el sistema de salud primario ha ido preparándose progresivamente para satisfacer adecuadamente su atención de salud, desde el enfoque de derechos humanos, determinantes sociales y los compromisos internacionales adquiridos.

En este sentido, los funcionarios de salud han generado espacios de reflexión y planificación de actividades intersectoriales para dar información oportuna a usuarios migrantes y funcionarios, con respecto a este proceso migratorio a nivel país. Es pertinente, por tanto, dar a conocer un reporte estadístico de la población migrante en el sistema de salud corporativo primario.

Cantidad de población migrante comunal, por centro de salud y sexo

Centro	Mujeres	Hombres	Total
AR	1720	1012	2732
BL	758	502	1260
CRSH	626	478	1104
KW	836	622	1458
LV	424	250	674
PV	1587	995	2582
SG	558	340	898
VH	1033	663	1696
Total	7542	4862	12404

Del gráfico anterior se puede concluir que los centros de salud Vista Hermosa, Padre Manuel Villaseca, Alejandro del Río, Karol Wojtyla, Cardenal Raúl Silva Henríquez y Bernardo Leighton, presentan 87.3 % de la población migrante vigente de enero a junio de 2022.

Nacionalidad	Nº de Personas
ARGENTINA	228
BOLIVIANA	268
CHINA	121
COLOMBIANA	1576
ECUATORIANA	568
HAITIANA	1987
OTRA	845
PERUANA	2331
VENEZOLANA	4480

En este sentido, el Área de salud de Puente Alto (Referencia Unidad de información UGI CMPA) presenta un mayor porcentaje de extranjeros provenientes de Venezuela, Perú,

Haití, Colombia a diferencia de Ecuador, Bolivia, Argentina y otras que es menor. Se destaca el aumento de población venezolana en un 32% en relación al año 2021.

Cabe señalar que desde la Dirección del Área de Salud junto a los Centros de Salud corporativos se han fomentado durante el año 2022, no obstante, de la contingencia actual de salud, las siguientes estrategias y actividades relacionadas a promover información de salud a personas migrantes:

- Potenciar rol y existencia de facilitadores migrantes de nacionalidad haitiana en los Centros de Salud corporativos (CESFAM Vista Hermosa, San Gerónimo, Cardenal Raúl Silva Henríquez, Bernardo Leighton y CES Alejandro del Río).
- Postulación y gestiones con el Servicio de Salud para adquirir fondos ministeriales y así continuar apoyando estrategias de salud para la población migrante pertenecientes a los Centros de Salud corporativos.
- Avances en la formulación de Protocolo de acceso y atención de salud a las personas migrantes internacionales en los centros de salud corporativos.
- Fortalecer información administrativa con respecto a la inscripción de personas migrantes en centros de salud corporativas (realización de reuniones remotas con jefes SAU y funcionarios (as) de primera línea de atención de centros de salud corporativos)
- Coordinaciones permanentes con el intersector (oficina de migrantes de la Municipalidad de Puente Alto, Servicio de Salud, Fonasa Puente Alto, Fundaciones, etc) para recibir información de estrategias y beneficios para población migrante.
- Planificación y ejecución de Centros de Salud corporativos Cardenal Raúl Silva Henríquez, Vista Hermosa y San Gerónimo de Planificación de actividades y estrategias pertenecientes al convenio ministerial Personas Migrantes año 2022.
- Planificación de seminario corporativo en ámbito migración dirigido a funcionarios de salud

OBJETIVOS 2023

- Potenciar iniciativas para disminuir la brecha idiomática, cultural y el acceso oportuno a los Centros de Salud corporativos.
- Potenciar el rol de facilitadores lingüísticos migrantes existentes en los Centros de Salud corporativos, lo que constituye un real aporte para realizar traducciones de idiomas, talleres informativos de salud, orientación de prestaciones que realiza la atención primaria, entre otros.
- Propender a continuar potenciando el registro de la variable “nacionalidad” en ficha clínica electrónica (OMI).
- Favorecer la ejecución de actividades propuestas por los propios usuarios migrantes relacionadas a la aproximación diagnóstica realizada el año 2021 por los CESFAM Cardenal Raúl Silva H, Vista Hermosa y San Gerónimo.

- Realizar educaciones en salud presenciales o remotas enfocadas en temáticas señaladas desde los propios usuarios migrantes adscritos a los Centros de Salud corporativos.
- Ejecutar actividades recreativas masivas desde la promoción de salud que potencien integración de las diversas culturas (sujeto a situación sanitaria de la comuna), y actividades virtuales o presenciales de diferentes culturas desde lo informativo y educativo hacia la población en general.
- Aumentar de manera progresiva la incorporación de facilitadores migrantes, especialmente de nacionalidad haitiana en los Centros de Salud corporativos que evidencian aumento de personas haitianas inscritas, lo cual contribuirá a una mayor comprensión del idioma español en los usuarios migrantes, satisfacción usuaria y cierre de brechas existentes entre otros
- Continuar realizando gestión en capacitaciones, jornadas informativas y de sensibilización remota o presencial a funcionarios de salud de forma permanente, con respecto al proceso migratorio a nivel nacional, comunal, legislación actual, rol del sistema de salud primaria entre otros, con enfoque lúdico y participativo.
- Potenciar e informar de la existencia de fondos concursables a los Centros de Salud corporativos para la postulación de proyectos comunitarios dirigidos a la población migrante.
- Continuar el trabajo colaborativo e intersectorial con instituciones, Servicio de Salud, fundaciones y con la Municipalidad de Puente Alto, que trabajan en el ámbito de migración.
- Potenciar la incorporación de personas migrantes en los diferentes espacios de participación social existentes y realizar nexos colaborativos con instituciones, Servicios de Salud y fundaciones para otorgar información actualizada en los Centros de Salud corporativos, relacionada al proceso de regularización de migración. Esto dirigido a usuarios y funcionarios de los Centros de Salud corporativos.
- Desarrollo de actividades concretas con la comunidad migrante, como:
 - o Ferias gourmet con especialidades internacionales
 - o Encuentros de cine nacional, latino y migrante
 - o Ferias de salud sobre tradiciones, costumbres y aspectos locales e internacionales, como la alimentación y estilos de vida
 - o Día de la salud migrante

EQUIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL EN SALUD

PROBLEMA PRIORIZADO

Nos enfrentamos como sociedad a un cambio cultural, que avanza hacia una sociedad respetuosa, a un desarrollo integral, inclusivo y sostenible en igualdad de género, que no permite los abusos y violencia hacia la mujer, ni la discriminación a la diversidad sexual.

Frente a esta problemática y acorde a la misión, visión y valores de la CMPA, se hace necesario transversalizar la **Perspectiva de Género en Salud**, aspirando al desarrollo de una visión inclusiva en todas las áreas que nos competen.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

Iniciar un proceso de sensibilización interna que promueva la igualdad de derechos beneficios, oportunidades de las personas, independiente de su sexo u orientación sexual. De esta forma, se potenciará la difusión y accesibilidad de prestaciones de salud preventivas de carácter sexual y reproductiva, además de incorporar aspectos de vinculación e inclusión de las disidencias sexuales hacia las atenciones sanitarias.

OBJETIVOS

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en Perspectiva de Género y Diversidad Sexual.
- Estructurar programas internos, tendientes a promover un ambiente libre de violencia, estigmatización, discriminación por género y respetuoso de la confidencialidad.
- Erradicar todo tipo de violencia y discriminación por causa de su género, en el ambiente laboral, eliminando los sesgos que lo justifican y velando por el cumplimiento de ello.
- Incorporar aspectos de atención a las disidencias sexuales, como el uso de su nombre social.
- Potenciar la difusión y el alcance de las actividades preventivas enfocados en la salud sexual y reproductiva.
- Continuar con el apoyo de facilitadores lingüísticos en aquellas personas migrantes que tengan dificultades en el idioma, especialmente para sus prestaciones asociadas a la salud sexual y reproductiva.

ACTIVIDADES

- Talleres al personal de salud en materia de igualdad de género y diversidad.
- Creación de “mesas/comité de género y diversidad sexual” en cada Centro de Salud, que permita el intercambio de experiencias, de formación, de detección de brechas y presentación de propuestas para un logro efectivo de equidad de género y diversidad sexual en el ambiente laboral.
- Elaborar un “Protocolo de Prevención de la Violencia de Género” que incluya la acogida y protección del /la afectad@, que asegure tolerancia cero todo tipo de discriminación y violencia hacia la mujer y la diversidad sexual.
- Aumentar el acceso a exámenes preventivos de ITS, como el test rápido de VIH.

- Fortalecer la presencia de los facilitadores lingüísticos en los centros de salud para apoyar la salud migrante.
- Incrementar el alcance de las prestaciones asociadas a la salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- Potenciar el trabajo en red y la coordinación con el nivel secundario para los casos de necesidad de especialistas en temas relacionados con la atención en salud en personas pertenecientes a disidencias sexuales.

RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- Equipos de Salud, sensibilización y trabajo focalizado
- Invitación a docentes en Igualdad de Género y en disidencias sexuales
- Sistemas informáticos y tecnológicos locales, adaptados para potenciar la inclusión
- Programas de MINSAL relacionados con la temática, comprendiendo que no existen iniciativas centrales ni recursos específicos destinados

PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA

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

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

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

Tal como lo menciona el documento del Ministerio de Salud: “Matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida - Intervenciones a través del curso de vida”, en el contexto de la pandemia del SARS-CoV-2, la atención de las personas que asisten a los centros de salud requiere ser organizada de acuerdo a los nuevos escenarios epidemiológicos y sanitarios desafiantes que se nos presentan como sistema de salud. Ante esta nueva realidad, los criterios transversales que deberán guiar nuestra planificación y programación se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- Otorgar atenciones de salud de acuerdo a la necesidad específica de quienes padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad.
- Priorizar las atenciones de salud, según el nivel de riesgo de complicaciones de las personas que conforman nuestra población a cargo.
- Optimizar los controles presenciales y efectuar el rescate de la población que no pudo ser atendida presencialmente por efecto de la pandemia.
- Gestionar la adaptación de actividades y atenciones, respecto a su cuantía y/o modalidad de entrega de los servicios de manera remota o fuera del centro asistencial.
- Minimizar la asistencia y contactos innecesarios con el centro de salud

1. CONTINUIDAD DEL CUIDADO

La continuidad del cuidado hace referencia al vínculo que se debe mantener en la atención de la salud física y mental de las personas que lo requieran, sin ser interrumpida. Esta atención debe ser realizada con rigurosidad por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las necesidades reales de las personas, y más allá del nivel asistencial en el que sean atendidas. Nuestra comuna está comprometida en otorgar la continuidad del cuidado,

caracterizándose por la mejora constante en la coordinación con los niveles secundario y terciario. Esto incluye retroalimentación y capacitación constantes al equipo clínico, planificación y ejecución de consultorías clínicas, reforzamiento de los equipos encargados de atención domiciliaria, como también la actualización del sistema informático entre la red, con iniciativas con la implementación del VIAU, que permite compartir rápidamente los datos de atención clínica de los usuarios con otros establecimientos del SSMSO.

OBJETIVOS 2023:

- Dar continuidad a la mejora en la Coordinación asistencial entre las redes de atención, implementando estrategias y mecanismo de acción adecuadas entre los diferentes niveles de atención.
- Buscar estrategias que permitan aumentar la cantidad, calidad y seguimiento de visitas domiciliarias en la comuna de Puente Alto, debido al crecimiento de usuarios con patologías crónicas, sin control como consecuencia de la pandemia y de usuarios con necesidades más complejas y dificultad de traslado.
- Continuar la constante capacitación del personal clínico para el correcto uso de visualización de Referencias y Contrarreferencias disponible en nuestra Red de Atención primaria en Salud en colaboración con el nivel secundario de atención.

2. MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA

A continuación, desde la siguiente página, se presentan los énfasis del plan de cuidados de salud a lo largo de la vida 2021, generado por el Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto.

SALUD DE LA INFANCIA

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la obesidad infantil: Lactancia materna a los 6 meses de vida.	Aumentar la lactancia materna exclusiva (LME) en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha, hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%. Aumentar de forma progresiva la cobertura de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida como factor protector para disminución de la morbilidad infantil y la salud a largo del curso de la vida.	Consejería en lactancia materna desde el primer control de salud del niño. Talleres de LME en el periodo prenatal con el fin de fomentar su inicio precoz desde el nacimiento de manera presencial o remota. Derivar a clínicas de lactancia dentro del CES o CESFAM de acuerdo a la realidad local. Ferías de salud y educación en las salas de espera de los centros de salud. Actualización y capacitación del personal de salud y usuarios. Consejerías remotas en usuarios con dudas sobre lactancia materna o mitos sobre la lactancia materna y el COVID-19. Utilización de espacios protegidos para lactancia en salas de espera en algunos Centros de Salud. Realizar cápsulas educativas virtuales sobre lactancia materna.	Matrón (a), Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista y TENS.
Disminuir la obesidad infantil: Consulta nutricional del 5º mes de vida.	Promover hábitos de alimentación saludable y actividad física diaria, de manera precoz. Promover factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Lograr una cobertura del 80% de la población bajo control de niños/as a los 5 meses.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva. Educación dentro del control nutricional del 5º mes sobre la introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes. Seguimiento de la población bajo control de niños/as de 5 meses con el fin de realizar rescates de inasistentes. Consejerías remotas para educar y anticipar a la familia en relación a la reacción normal de los niños/as frente a la ingesta de los primeros alimentos.	Nutricionista.

Disminuir la obesidad infantil: Consulta nutricional de los 3 años 6 meses de vida.	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física. Promover de manera temprana, factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Lograr una cobertura del 50% niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida. Consejería presencial o de manera remota sobre alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes. Aplicación de pauta bucodentaria infantil dentro del control de salud integral. Derivación a la unidad de dental con pauta bucodentaria alterada. Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso para la pesquisa precoz de riesgo por malnutrición. Seguimiento de la población bajo control de niños/as de 3 años con el fin de realizar rescates de insistentes.	Nutricionista.
---	--	--	--	-----------------------

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener o disminuir la malnutrición por exceso en población infantil menores 5 años.	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables tempranamente, como factor protector de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Disminuir el porcentaje de población infantil < 5 años con malnutrición por exceso en aquellos que reciben consulta nutricional (CN).	Consulta nutricional en población infantil menor de 5 años con diagnóstico de malnutrición por exceso. Seguimiento de la población bajo control menor de 6 años con el fin de realizar el rescate y coordinar la próxima hora de control. Aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud integral del niño/a. Consejería de hábitos saludables en cada control de salud integral del niño/a. Realizar talleres remotos o presenciales preventivos sobre hábitos y alimentación saludable.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje en el primer año de vida.	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro significativo de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral del niño/a.	Aumentar la cobertura de talleres de prevención y promoción del desarrollo infantil.	Taller de promoción del desarrollo motor, edad: 3 meses, de manera presencial o remota. Taller de promoción del desarrollo lenguaje, edad: 6 meses, de manera presencial o remota.	Educadora de párvulos, técnico en párvulos.

			Derivación desde los controles de salud integral principalmente desde el control de los 2 meses con enfermera y el de los 5 meses con nutricionista.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral del niño/a en edad temprana.	Aumentar el porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto.	Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" de manera presencial o remota.	Facilitadores acreditados por Centro de Salud.
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: población < 5 años Migrantes	Promover la prevención y la educación en población migrantes con respecto al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas.	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños migrantes mejorando la adherencia y cobertura del control de salud.	Control de salud a niños y niñas migrantes según edad.	Matrón (a), Nutricionista Médico(a) y Enfermero(a), educadoras de párvulos.
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Al mes de vida con evaluación neurosensorial.	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz dentro del control de salud integral del niño/a.	Lograr una cobertura del 100% del control de salud al mes de vida a todos los niños/as de la población bajo control. Lograr una cobertura del 100% en la aplicación del protocolo neurosensorial en el control integral de salud del niño/a de un mes. Detectar precoz y oportuna alteraciones neurológicas que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo del niño/a.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial. Consejería presencial o remota sobre los cuidados en el recién nacido. Consejería presencial o remota en beneficios de lactancia materna y derribar mitos sobre la lactancia y el COVID-19. Entregar orden de solicitud de radiografía de pelvis de los 3 meses. Derivar a clínicas de lactancia dentro del CES o CESFAM de acuerdo a la realidad local. Derivar a médico especialista en casos detección o sospecha de patologías. Derivar a vacunatorio si niños/as no cuentan con calendario de vacunas del programa nacional de inmunizaciones (PNI) al día.	Médico(a).

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Toma de radiografía de pelvis a niños y niñas a los 3 meses.	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz.	Lograr una cobertura del 100% en la detección precoz de enfermedades prevalentes, en específico la displasia de cadera en menores de un año. Lograr el 100% de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas.	Entregar orden con solicitud de realización de radiografía de pelvis en el control de salud integral de 1 o 2 meses. Realizar rescate y seguimiento a niños/as de 2 meses bajo control para la toma de la radiografía de caderas a los 3 meses. Realizar toma de radiografía de pelvis a los 3 meses. Entrega de diagnóstico de resultado de radiografía de pelvis por médico en el control de salud integral de los 3 meses.	Solicitud de radiografía de Pelvis: Médico(a) o Enfermera(o). Toma de radiografía de pelvis: Técnico en radiología. Informe de radiografía de pelvis: Médico(a) Radiólogo(a). Entrega de diagnóstico: Médico(a) en control de salud.
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: A los 4, 12 y 24 meses con aplicación y evaluación de pauta breve.	Detectar oportunamente el rezago y el déficit del desarrollo psicomotor en menores de 6 años en el contexto del control de salud integral del niño/a.	Lograr una cobertura de un 100% en el control de salud integral de todos los niños/as de la población bajo control. Aplicación de pauta breve al 100% de grupo de niños/as en el control de salud integral de los 4, 12 y 24 meses.	Control de salud a los 4, 12 y 24 meses con aplicación de evaluación de pauta breve. Derivación a sala de estimulación desde el control de salud integral con pauta breve alterada o con pauta de riesgo biopsicosocial alterada. Derivación a vacunatorio para administración de vacunas según edad del niño/a 4 y 12 meses o aquel que no se encuentre con su calendario de vacunación al día.	Enfermera(o).
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: A los 8 meses con aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo psicomotor en menores de 6 años en el contexto del control de salud integral del niño/a.	Control de salud integral de los 8 meses a todos los niños/as de la población bajo control. Aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al 100% del grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (primera evaluación).	Control de salud a los 8 meses con aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor (primera evaluación). Derivación a sala de estimulación desde el control de salud integral con EEDP aplicada a todo niño/a con riesgo biopsicosocial o con diagnóstico rezago o riesgo del desarrollo psicomotor. Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.	Enfermera(o).
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo psicomotor en menores de 6 años en el contexto	Detectar precoz y oportunamente patologías o alteraciones del desarrollo dentro del control de	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (primera evaluación).	Enfermera(o).

A los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (primera evaluación).	del control de salud integral del niño/a.	salud integral de los 18 meses a todos los niños/as de la población bajo control. Aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al 90% del grupo de niños/as de 18 a 23 meses en el control de salud integral de los 18 meses (primera evaluación).	Derivación a sala de estimulación desde el control de salud integral con EEDP aplicada a todo niño/a con riesgo biopsicosocial o con diagnóstico rezago o riesgo del desarrollo psicomotor. Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor. Derivación a vacunatorio para administración de vacuna de los 18 meses, o a todo niño/a que no se encuentre con su calendario de vacunación al día.	
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: A los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo psicomotor (TEPSI) en menores de 6 años en el contexto del control de salud integral del niño/a.	Detectar precoz y oportunamente patologías o alteraciones del desarrollo dentro del control de salud integral de los 36 meses a todos los niños/as de la población bajo control. Aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor realizadas al 90% del grupo de niños/as de 24 a 47 meses (primera evaluación) en el control de salud integral de los 36 meses.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (TEPSI) (primera evaluación). Derivación a sala de estimulación desde el control de salud integral con TEPSI aplicado a todo niño/a con riesgo biopsicosocial o con diagnóstico rezago o riesgo del desarrollo psicomotor. Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor. Derivación a vacunatorio a todo niño/a que no se encuentre con su calendario de vacunación al día. Consejería presencial o de manera remota sobre alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Enfermera(o).
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: En niños, niñas con rezago o déficit detectado en desarrollo psicomotor.	Disminuir el porcentaje de niños/as con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor.	Lograr un 100% de cobertura en controles de salud integral del niño/a con evaluaciones del desarrollo infantil en población entre 0 y 5 años con énfasis en niños y niñas que pertenecen a residencias de SENAME. Alcanzar el 100% de niños/as entre 0 a 5 años perteneciente a programas residenciales de SENAME, con alteración del desarrollo psicomotor que ingresan a tratamiento a	Evaluación y reevaluación del desarrollo infantil, realizado por enfermeras del CES o CESFAM. Ingreso a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación), para intervenciones de modalidades de apoyo al desarrollo integral, realizado por Educadora de párvulos del CES o CESFAM. Realizar plan de intervenciones de manera precoz para así disminuir posibles alteraciones en el desarrollo normal del niño/a, realizado por Educadora de Párvulos del CES o CESFAM.	Enfermera(o) y Educadora de párvulos.

		modalidad de estimulación, para recuperar el desarrollo normal.	Revisión y seguimiento de casos con el equipo infantil o por equipo de Chile Crece Contigo.	
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Ingreso a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación).	Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquizada en control de salud infantil, ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación).	Lograr un 80 % de cobertura de ingresos a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación). Detectar de manera precoz factores de riesgo biopsicosocial dentro del control de salud integral que pueda afectar el desarrollo normal del niño/a.	Ingreso a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación). Aplicación de pauta de riesgo biopsicosocial en cada control de salud integral del niño/a. Realizar plan de intervenciones de manera precoz para así disminuir posibles alteraciones en desarrollo normal del niño/a. Revisión y seguimiento de casos con el equipo infantil de Chile Crece Contigo.	Educadora de párvulos o Fonoaudiología.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Visita domiciliaria integral en niños y niñas con déficit del desarrollo psicomotor.	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor.	Lograr una cobertura del 100% de realización de visita domiciliaria integral a familias con niños y niñas con déficit del desarrollo psicomotor.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo. Realizar seguimiento del desarrollo psicomotor a través de la página de reportes de la Unidad de Gestión de Información para garantizar el rescate de los niños con déficit del desarrollo psicomotor. Realizar planificación y coordinación de la visita domiciliaria integral en conjunto con el equipo de Chile Crece Contigo y equipo multidisciplinario del CES o CESFAM para confeccionar un plan de intervención.	Educadora de párvulos.
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Recuperación de niños y niñas con déficit del desarrollo psicomotor.	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor.	Lograr un 90% de recuperación de niños y niñas con alteraciones del desarrollo psicomotor.	Realizar un plan de intervención clínico y educativo individual o grupal acordes a las áreas afectadas de cada niño/a. Realizar seguimiento y rescate de casos con desarrollo psicomotor alterado a través de página de reportes de la Unidad de Gestión de Información para garantizar el rescate y la gestión de la visita domiciliaria integral. Derivar a modalidad de apoyo (FIADI), si el área del lenguaje se encuentra alterada. Derivar a reevaluación del desarrollo psicomotor con Enfermera.	Educadora de párvulos.

			Derivar a médico general del CES o CESFAM si el riesgo o retraso persiste.	
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Medición de la agudeza visual.	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través la medición de la agudeza visual para la detección precoz de alteraciones oftalmológicas.	Lograr el 100% de controles de salud infantil de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual. Lograr una cobertura del 90% en la evaluación de la agudeza visual.	Realizar examen oftalmológico dentro del control de salud integral del niño(a) a los 4 y 5 años Realizar evaluación de niños/as portadores de ambliopía, estrabismo a través de test de Hirschberg. En caso que exista duda de estrabismo, realizar test de Cover. Realizar evaluación de agudeza visual a niños/as de 4 y 5 años con tablero Tumbling-E. Realizar evaluación de agudeza visual a niños/as de 6 años y más con tablero Snellen. Derivar sospechas de las alteraciones oftalmológicas a médico general para interconsulta a especialista.	Enfermera(o) y Médico(a).
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Medición de la presión arterial.	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de medición de la presión arterial para detectar precozmente en niños/as hipertensión arterial.	Lograr el 100% de los controles de salud infantil de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial. Lograr incrementar en un 30% respecto al año anterior la pesquisa de hipertensión arterial infantil.	Controles de salud infantil de los 3, 4 y 5 años con medición de la presión arterial. Derivar de manera oportuna y precoz, las alteraciones de la presión arterial en niños/as desde los 3, 4 y 5 años en el control de salud integral. Consejerías presenciales o remotas sobre hábitos alimentarios saludables y de actividad física.	Enfermera(o), nutricionista y Médico(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas controlada.	Fortalecer las intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia.	Lograr un 60% de cobertura de niños menores de un año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de infecciones respiratorias agudas.	Taller presencial o de manera remota a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de un año, acerca de prevención de infecciones respiratorias agudas y COVID-19. Derivación al taller desde el control de salud integral. Rescate de población bajo control inasistentes para nueva hora de taller.	Kinesiólogo(a).

			Realizar campañas comunicacionales dentro del CES/CESFAM y salas de espera en prevención de enfermedades respiratorias.	
Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas controlada.	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años.	Lograr una cobertura de un 100% en visita domiciliaria integral a menores de 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía.	Visitas domiciliarias integral a niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave. Realizar score de riesgo de morir por neumonía en cada control de salud desde la diada hasta los 12 meses edad. Consejerías presenciales o de manera remotas sobre los factores de riesgo e importancia de la visita domiciliaria integral, en niños/as con riesgo grave. Capacitación del personal de salud sobre el impacto de la aplicación y correcta interpretación de la pauta. Derivación oportuna y coordinada para realización de visita domiciliaria integral (en una semana desde la pesquisa). Realizar seguimiento y rescate de niños/as con score IRA grave, en coordinación con equipo de Chile Crece Contigo del Centro de Salud.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Matrón(a), Médico(a) y Asistente social.
Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar la cobertura de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, logrando la disminución de la brecha de años anteriores.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial). Preparación del paciente previo a la consulta médica en sala IRA o box de atención, con medición de oximetría de pulso, toma de signos vitales y medición antropométrica (peso) del paciente.	Kinesiólogo(a), Médico(a) y TENS.

			Consejerías presenciales o de manera remota sobre la prevención de las enfermedades respiratorias, medidas de cuidado, técnica inhalatoria y cuándo consultar en la red asistencial de urgencia, por presencia de signos de alerta. Seguimiento y rescate de la población bajo control del programa IRA. Actualización de la población bajo control de los tarjeteros del CES o CESFAM.	
Disminuir o mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar la proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente). Garantizar el tratamiento en niños de 0 a 9 años bajo control en programa IRA asmáticos.	Control en programa IRA según clasificación de severidad. Derivaciones y solicitud de pruebas según criterio del médico del programa. Consejerías presenciales o de manera remota sobre, medidas de cuidado, técnica inhalatoria y cuándo consultar en la red asistencial de urgencia, por presencia de signos de alerta. Seguimiento y rescate de la población bajo control de asmáticos del programa IRA. Actualización de la población bajo control de asmáticos de los tarjeteros del CES o CESFAM.	Kinesiólogo(a), Médico(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con infección respiratoria aguda baja. Favorecer la atención kinésica oportuna para cumplimiento de las GES.	Lograr una cobertura del 100% en atenciones kinésicas en menores de 5 años que cursen con infección respiratoria aguda baja.	Ingreso a la atención kinésica respiratoria dentro de primeras 24 horas según derivación médica por infección respiratoria aguda baja en menores de 5 años.	Kinesiólogo(a).
Adherencia y cobertura al control de salud integral, niños y niñas en edad preescolar y escolar.	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil en niños y niñas de 2 a 9 años.	Aumentar la evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña de 2 a 9 años. Conocer la población migrante perteneciente a este grupo etario que se encuentra bajo control.	Controles de salud infantil integral de los 2 a 9 años. Orientar a padres y cuidadores respecto al desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. Evaluar y fomentar hábitos de salud bucal, alimenticios y actividad física.	Enfermera(o), Médico(a) y Nutricionista.

			Prevenir enfermedades y accidentes a través de la detección temprana de factores de riesgo o problemas de salud. Entrega de guías anticipatorias a padres o cuidadores responsables, con el fin de orientar sobre el desarrollo emocional normal de niños/as, para el manejo respetuoso de la frustración y de las pataletas que pueden presentar en este periodo. Realizar las derivaciones correspondientes según lo pesquisado en el control de salud integral del niño/a.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones por hepatitis A, mediante el fortalecimiento de estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna contra hepatitis A en niños y niñas de 18 meses de edad.	Disminuir el riesgo de enfermedades por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID -19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de vacuna de hepatitis A, a los niños y niñas de 18 meses de edad. Rescate de pacientes desde registro nacional de inmunizaciones (RNI) o de inscritos no vacunados. Notificación oportuna de errores programáticos (EPRO) y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones por infección neumocócica mediante el fortalecimiento de estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna neumocócica en niños y niñas de 12 meses de edad.	Disminuir el riesgo de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID -19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de esquema primario completo de vacuna neumocócica conjugada en niños y niñas de un año de edad. Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados.	Enfermero(a) y TENS.

			Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza instaurando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en niños y niñas desde 6 meses a 5 años de edad.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a los niños y niñas entre los 6 meses de edad y los 5 años. Rescate de inscritos no vacunados. Propiciar oportunidad de vacunación junto con vacunas programáticas. Realizar vacunación extramural en salas cunas y jardines infantiles, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza instaurando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en niños y niñas portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y 10 años de edad.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.	Enfermero(a) y TENS.

			Administración de vacuna anti influenza a los niños y niñas portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y 10 años. Derivación de los niños crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente. Realizar rescate de los niños y niñas crónicos desde sala IRA, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis y enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo B, implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna hexavalente en niños y niñas menores de un año de edad.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de esquema primario completo de vacuna hexavalente en niños y niñas menores de 1 año. Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a rubeola, sarampión y paperas, implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna tres vírica (SPR) en niños y niñas de un año de edad.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de la primera dosis de vacuna SPR al año de vida. Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a varicela implementando estrategias que permitan alcanzar la cobertura de vacuna varicela en niños y niñas de 18 meses de edad.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de vacuna varicela a los 18 meses de edad. Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a rubeola, sarampión, paperas, difteria, tétanos y tos convulsiva, implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna SRP y DTPa en primer año básico.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTPa en primero básico. Realizar vacunación extramural en colegios. Realizar consejería a padres que rechacen vacunas. Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación. Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a enfermedad por virus papiloma humano (VPH) implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.	Enfermero(a) y TENS.

	de vacuna contra el VPH en niños y niñas que cursen cuarto año básico.		Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña Administración de primera dosis de vacuna contra el VPH a niños y niñas que cursan cuarto año básico. Realizar vacunación extramural en colegios, según contexto epidemiológico. Realizar consejería a padres que rechacen vacunas. Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación. Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención para reducir los factores de riesgo y enfermedad, programando en equipo la realización de al menos dos visitas domiciliarias integrales a pacientes con dependencia severa, al cuidador y su familia.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral, según contexto epidemiológico existente. Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Realizar plan de cuidados integral y su seguimiento.	Enfermera(o), TENS, Médico(a) y Kinesiólogo(a) (según evaluaciones y requerimientos previamente evaluados).
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad implementando estrategias educativas a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio,	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.	Enfermero(a) y TENS.

	presión (LPP) de los pacientes con dependencia severa.	mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Gestionar agenda en relación a horas destinadas para VDI, según contexto epidemiológico existente. Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Seguimiento y evaluación.	
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad aplicando evaluación de escala de Zarit al ingreso del programa y en la primera visita domiciliaria integral anual.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.	Enfermero(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención y promoción de salud, para reducir los factores de riesgo y enfermedad ejecutando talleres de capacitación grupal o individual a cuidadoras o cuidadores y familias, entregando las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Presentar la propuesta de trabajo a los equipos. Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente bloqueo de agenda. Identificar las necesidades de los cuidadores. Planificación de los talleres. Evaluar ejecución presencial o virtual, según contexto epidemiológico. Evaluar el aforo máximo de la sala en caso de presencial. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Enfermero(a) y TENS.

Disminuir la discapacidad.	Proteger la salud mental del usuario, cuidador y/o de la familia a cargo de niños y niñas con dependencia severa.	Otorgar al niño o niña con dependencia severa, herramientas de autocuidado que permitan fortalecer su salud mental. Otorgar al cuidador y/o familia responsable del usuario con dependencia severa, herramientas de autocuidado de su salud mental, que permitan fortalecer el cuidado del usuario.	Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores. Ingreso de usuarios o familiares de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental que contemplen atención psicosocial individual y/o grupal. Atenciones remotas con usuario y/o cuidadores.	Equipo de salud mental.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral de salud mental a niños de 0 a 9 años.	Brindar atenciones de salud mental a niños y niñas que presenten trastornos mentales, involucrando a padres, madres o tutores en su proceso de tratamiento, además de incorporar a otros profesionales de salud, contribuyendo a la integralidad de la atención.	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS. Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular. Altas o derivación según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste. Atenciones remotas con padres y/o tutores.	Médico(a), Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales del Centro de Salud.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Entregar atención integral y oportuna a niños y niñas, a través de Convenios de apoyo como Programa Sename (a red ambulatoria y residencial) y Programa de Acompañamiento Psicosocial a NNAJ a familias de alto riesgo psicosocial.	Priorizar atenciones de salud de los niños y niñas pertenecientes a programas ambulatorios y residenciales de SENAME. Contribuir a elevar el nivel de salud mental de NNAJ de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.	Coordinación entre referentes de Programas en Centros de Salud con dispositivos de la red, para la referencia, vinculación, abordaje de casos y entrega de prestaciones de salud. Seguimiento de casos, reuniones clínicas, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, coordinación comunitaria Equipos de convenios deben estar integrados a equipos de sector para un abordaje integral de casos.	Referentes de Convenios de Centros de Salud Equipos de Sector.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Potenciar la capacidad resolutoria de los equipos de salud mental de los Centros de Salud por medio del trabajo coordinado entre APS y nivel secundario CDT, CRS y COSAM CEIF.	Contar con asesoramiento profesional especializado para mejorar diagnósticos y tratamiento de casos, a través de la coordinación clínica y	Consultorías de psiquiatría infanto-juvenil con CRS y COSAM CEIF presentando casos de complejo abordaje.	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y

		administrativa con nivel secundario. Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención. Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.	Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental de APS en espacios de consultoría y otros. Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.	Coordinadora de salud mental del Área de Salud.
Disminuir la morbilidad del grupo familiar.	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.	Tamizar familias asociadas al territorio de cada Centro de Salud.	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia.	Equipo de salud en general.
Aumentar factores protectores para la salud mental.	Entregar herramientas para la promoción de la salud mental en el Área de Educación, para padres y/o profesores y/o alumnos, a través de la educación grupal.	Realizar un trabajo colaborativo con el intersector, específicamente Educación. Contribuir a entregar herramientas que aporten al proceso de crianza, relevando factores protectores. Contribuir a la entrega de herramientas que aporten a la visualización y práctica del buen trato entre géneros.	Talleres en Jardines Infantiles y colegios, dirigidos a alumnos, padres o tutores y/o profesores.	Psicólogo(a) y Asistente social.
Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en el ámbito comunitario.	Difundir y abordar temáticas de salud mental, de interés comunitario, enfocada en grupo etario infancia como hiperactividad, prevención del maltrato infantil, entre otros.	Talleres en junta de vecinos y otros espacios comunitarios. Talleres en Centros de Salud, abiertos a la comunidad. Participación de equipos de salud mental en ferias de salud y otros eventos comunitarios.	Equipo de salud mental.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Sensibilización de los equipos de salud, para otorgar una primera respuesta y orientación ante la pesquisa de maltrato y/o de abuso sexual infantil.	Brindar primera respuesta ante la pesquisa de indicadores de maltrato infantil y/o abuso sexual. Generar redes orientadas a suspender la situación de	Evaluación inicial por equipo de salud mental. Realizar acciones para la suspensión de situaciones de vulneración de derechos, tales como denuncia, solicitud de medidas de protección.	Equipo de salud en general con énfasis en equipo de salud mental, Médico(a), Psicólogo(a) y Asistente social.

		vulneración de derechos y coordinar acciones de protección.	Seguimiento del caso, coordinar acciones de derivación si corresponde, visitas domiciliarias, reuniones con la red. Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial. Capacitación en el tema a equipos de salud.	
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Promoción, educación y prevención de enfermedades bucales más prevalentes, enfermedad de caries, periodontales y anomalías dentomaxilares.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Ingreso y controles al programa CERO, categorización de riesgo determina periodicidad de controles, promoción, educación y guías anticipatorias.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Brindar tratamiento oportuno en APS a las urgencias odontológicas que se presenten en la infancia.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes.	Atención de urgencias GES y otras condiciones que pudieran agravarse en el corto plazo en la infancia. Sólo puede diferirse la atención luego de la evaluación por profesional quien determina que no corresponde a diagnóstico GES.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Realizar tratamiento odontológico en menores de 10 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Brindar atención odontológica a niños menores de 10 años con énfasis en educación y prevención. Realizar tratamiento de lesiones de caries que lo requieran limitando el daño y devolviendo la función. Realizar tratamiento de enfermedades periodontales, derivación oportuna a atención secundaria en niños que presenten anomalías dentomaxilares.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Realizar educación, prevención y tratamiento odontológico en niños menores de 10 años con necesidades especiales en atención de salud (NANEAS) que presentan patologías de mediana y baja complejidad en APS.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Brindar atención odontológica a niños NANEAS de mediana y baja complejidad menores de 10 años, con énfasis en educación y prevención. Realizar tratamiento de lesiones de caries que lo requieran limitando el daño y devolviendo la función. Realizar tratamiento de enfermedades periodontales, derivación oportuna de anomalías dentomaxilares a atención secundaria según pertinencia.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Prevenir y controlar y realizar tratamiento de las enfermedades bucales más prevalentes en niños de 6 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	El tratamiento odontológico de niños de 6 años se encuentra en las GES, incluye atención odontológica integral a niños de 6 años, con énfasis en educación y prevención, tratamiento de lesiones de caries que lo	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

			requieran, limitando el daño y devolviendo la función.	
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a niños que presentan dependencia severa.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Atención odontológica a niñas y niños con dependencia severa en domicilio realizada por equipo territorial, educación, prevención específica y tratamiento de situaciones que generen disconfort en el usuario.	Odontólogo(a), TONS.

SALUD DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Adherencia y cobertura al control de salud integral del adolescente.	Realizar pesquisa durante el control de salud factores de riesgo promoviendo conductas protectoras en población adolescente por medio de consejerías, educación grupal y actividades en la comunidad.	Aumentar o mantener la cobertura en la realización del control integral del adolescente tanto en el grupo etario de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años. Fortalecer la formación y mantenimiento de los consejos consultivos principalmente en los centros de salud con espacios amigables.	Control integral de adolescentes entre 10 a 14 años. Control integral de adolescentes entre 15 y 19 años. Aplicación de tamizaje de alcohol y drogas CRAFFT a todos los adolescentes. Consejería individual presencial o de manera remota de salud sexual y reproductiva o VIH con énfasis en los adolescentes con riesgo. Consejería individual de manera presencial o remota de alcohol y drogas con énfasis en los adolescentes con riesgo. Consejería de manera presencial o remota sobre alimentación saludable y actividad física. Derivación a médico u otros profesionales del CES o CESFAM según pesquisa. Derivación a nivel secundario y terciario según pesquisa o necesidad alterada.	Matrón(a), Enfermera(o), Médico(a), Nutricionista y Profesional psicosocial.
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco en adolescentes.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Aumentar el porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias en salas IRA y ERA. Realizar consejerías breves en control de salud integral de adolescentes con aplicación de ficha CLAP.	Enfermera(o), Matrón(a) y Kinesiólogo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Depresión postparto.	Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar la detección de depresión a los 2 y 6 meses postparto, en adolescentes. Detectar gestantes con síntomas de depresión, según pauta de Edimburgo.	Aplicar Pauta de Edimburgo (EPDS) a todas las madres adolescentes a los 2 y 6 meses postparto, dentro del control de salud del niño/a. Aplicar pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Enfermera(o) y Matrán(a).
Obesidad en adolescentes.	Disminuir la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años.	Pesquisa de malnutrición por exceso en adolescentes. Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso en control de salud para adolescentes.	Control de salud nutricional para adolescentes. Consejerías individuales de manera presencial o remota en estilos de vida saludable. Derivación desde otros controles de salud a consulta nutricional.	Enfermera(o), Matrán(a), Nutricionista y Médico(a).
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Incrementar y optimizar el tratamiento de adolescentes de 10 a 19 años asmáticos bajo control.	Realizar pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población adolescente con patología respiratoria crónica (asma bronquial). Ingreso y control al programa IRA, según clasificación y severidad. Realización de toma de signos vitales y oximetría de pulso del paciente antes de la consulta médica en sala IRA o box. Consejería individual de manera presencial o remota sobre enfermedades respiratorias, tabaquismo, reconocimiento de signos y síntomas, medidas del cuidado, técnica inhalatoria y utilización de la red asistencial.	Médico(a), Enfermera(o), Kinesiólogo(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Prevenir que los contactos de <15 años se contagien con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad.	Realizar pesquisa precoz de casos de tuberculosis en la población adolescentes. Potenciar el cumplimiento de las indicaciones de quimioprofilaxis en los menores de 15 años como se indica en guías clínica ministerial.	Entrega de Quimioprofilaxis en los contactos de 15 años. Seguimiento de casos y revisión para detectar contactos no evaluados o sin profilaxis. Realizar visitas epidemiológicas para realizar estudios de contactos.	Médico(a), Enfermera(o), Kinesiólogo(a) y TENS.

			Consejería individual de manera presencial o remota sobre la enfermedad y medidas de prevención.	
Enfermedades cardiovasculares en adolescentes.	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en adolescentes. Optimizar el tratamiento de hipertensión en adolescentes.	Realizar pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población adolescente con hipertensión. Ingreso y control a programa cardiovascular. Realización de perfil de presión arterial. Consejería individual de manera presencial o remota sobre reconocimiento de signos y síntomas de hipertensión y alimentación saludable hiposódica.	Médico(a), Enfermera(o), Nutricionista y TENS.
Enfermedades metabólicas en adolescentes	Disminuir la mortalidad prematura por o asociada a Diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en Adolescentes. Optimizar el tratamiento de la diabetes en adolescentes.	Ingreso y control a programa cardiovascular. Solicitud de exámenes de laboratorio. Solicitud de fondo de ojos. Consejería individual de manera presencial o remota sobre reconocimiento de signos y síntomas de descompensación y alimentación saludable. Control nutricional. Derivación a especialista, para compensación diabética.	Médico(a), Enfermera, Nutricionista y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar en los adolescentes estilos de vida saludables para la salud.	Educar y promover, estilos de vida saludables en los adolescentes.	Entregar herramientas para el fomento de estilos de vida saludables y factores protectores en los adolescentes y sus cuidadores, por parte del equipo de salud.	Realizar consejerías en estilos de vida saludable de manera presencial o remota a adolescentes y sus cuidadores.	Equipos de salud.
Aumentar las personas con factores protectores para la salud.	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual) /VIH en adolescentes.	Aumentar el número de consejerías en prevención VIH/ITS realizadas en adolescentes Educar referente al uso del condón en adolescentes. Revisar y optimizar el protocolo existente en OMI para registro de	Consejería en prevención de ITS/VIH con entrega de preservativos. Educación en uso del preservativo en actividades de promoción y prevención en salud de la comuna. Registro de consejerías realizadas en ficha clínica electrónica (OMI).	Matrón(a).

		consejerías en salud sexual y reproductiva.		
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Realizar talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Matrón(a).
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Avanzar en el trabajo de coordinación de Salud - Educación promoviendo el acceso a control de regulación de fertilidad de adolescentes de 10 a 19 años.	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes de 10 a 19 años con actividad sexual o pronto inicio de ésta.	Ingreso y control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años.	Matrón(a).
Disminuir el embarazo adolescente.	Avanzar en el trabajo de coordinación de Salud - Educación promoviendo el uso de doble método anticonceptivo en adolescentes de 10 a 19 años.	Aumentar el ingreso a regulación de fertilidad con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes de 10 a 19 años.	Ingreso y control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años.	Matrón(a).
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Promover el examen de VIH en jóvenes y adolescentes por demanda espontánea y a través de consultas de morbilidad.	Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta de morbilidad (ELISA o test rápido) en personas de 14 a 24 años.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años que lo soliciten espontáneamente o que consulten por morbilidad.	Matrón(a).
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Promover el examen de VIH en jóvenes y adolescentes por demanda espontánea y a través de consultas de morbilidad.	Realizar operativos de test rápido de VIH en residencias SENAME con oferta del examen a personas de 14 a 24 años.	Operativos de test rápido de VIH en residencias SENAME para adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años que lo soliciten espontáneamente.	Matrón(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar las personas con factores protectores para la salud.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a infección por virus papiloma humano (VPH) implementando estrategias que permitan a la comuna aumentar la cobertura de vacuna contra el VPH en hombres y mujeres adolescentes que cursen quinto año básico.	Aumentar la cobertura de vacunación.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico (durante el 2020). Realizar vacunación extramural en colegios, según contexto epidemiológico existente. Realizar consejería a padres que rechacen vacunas.	Enfermero(a) y TENS.

			Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación. Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Prolongar los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a difteria, tétanos y tos convulsiva implementando estrategias que nos permitan aumentar la cobertura de vacuna adolescentes que cursen octavo año básico.	Incrementar la cobertura de vacunación.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Administrar vacuna DTPa a adolescentes que cursen octavo año básico. Realizar vacunación extramural en colegios, en relación a contexto epidemiológico existente. Realizar consejería a padres que rechacen vacunas. Rescatar a usuarios ausentes de clases el día de la vacunación. Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.	Enfermero(a) y TENS.

	en los adolescentes que sean portadores de enfermedades crónicas.		Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a los adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años. Derivación de los adolescentes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente. Realizar rescate de los adolescentes crónicos desde sala IRA o del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
--	---	--	---	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en mujeres embarazadas independiente de la edad gestacional (EG).	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a las adolescentes independiente de la EG. Derivación desde el control prenatal a vacunación anti influenza, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.

Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a difteria, tétanos y tos convulsiva implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna DTPa en mujeres embarazadas desde las 28 semanas de EG.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de vacuna DTPa a las adolescentes con embarazo desde las 28 semanas de EG. Derivación desde el control prenatal a vacunación, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.
--	--	---	--	----------------------

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención para reducir los factores de riesgo y enfermedad programando en equipo la realización de al menos dos visitas domiciliarias integrales a pacientes con dependencia severa, a su cuidador y a su familia.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para VDI. Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa de acuerdo a sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Realizar plan de cuidados integral y seguimiento de este.	Enfermera(o), Médico(a) y TENS.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad implementando estrategias educativas a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por presión de los pacientes con dependencia severa.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agendas en relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral. Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa de acuerdo a sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Enfermera(o) y TENS.

Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad aplicando la evaluación de escala Zarit al ingreso del programa y en la primera visita domiciliaria integral anual.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de plan de cuidados al cuidador.	Enfermero(a) y Equipo de salud.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención y promoción de la salud para reducir los factores de riesgo y enfermedad programando talleres de capacitación grupal o individual a cuidadores y familias, que entreguen las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Presentar la propuesta de trabajo a los equipos. Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente bloqueo de agenda. Identificar las necesidades de los cuidadores. Planificación de los talleres, evaluando si se realizan presenciales o remotos. Evaluar el aforo máximo de la sala en caso de ser presencial. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Equipos de salud.
Disminuir la discapacidad.	Proteger la salud mental del cuidador y/o de la familia a cargo de usuarios con dependencia severa.	Otorgar al adolescente o joven con dependencia severa, herramientas de autocuidado que permitan fortalecer su salud mental. Otorgar al cuidador y/o familia responsable del usuario con dependencia severa, herramientas de autocuidado de su salud mental, que permitan fortalecer el cuidado del usuario.	Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores. Ingreso de usuarios o familiares de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental que contemplen atención psicosocial individual y/o grupal. Atenciones remotas con usuario y/o cuidadores.	Equipo de salud mental.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral de salud mental a adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años.	Brindar atenciones de salud mental a adolescentes y jóvenes que presenten trastornos mentales, involucrando a padres madres o tutores en su proceso de tratamiento	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS. Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular.	Médico(a), Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales del Centro de Salud.

			Atención remota con usuarios y/o padres o tutores. Altas o derivación a especialidad según severidad del cuadro y evolución de éste.	
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Entregar atención integral y oportuna a niños y niñas, a través de Convenios de apoyo como Programa Sename (a red ambulatoria y residencial) y Programa de Acompañamiento Psicosocial a NNAJ a familias de alto riesgo psicosocial.	Priorizar atenciones de salud de los niños y niñas pertenecientes a programas ambulatorios y residenciales de SENAME. Contribuir a elevar el nivel de salud mental de NNAJ de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.	Coordinación entre referentes de Programas en Centros de Salud con dispositivos de la red, para la referencia, vinculación, abordaje de casos y entrega de prestaciones de salud. Seguimiento de casos, reuniones clínicas, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, coordinación comunitaria Equipos de convenios deben estar integrados a equipos de sector para un abordaje integral de casos.	Referentes de Convenios de Centros de Salud Equipos de Sector.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en el ámbito comunitario.	Difundir y abordar temáticas de salud mental de interés comunitario, enfocada en grupo etario adolescencia, como prevención de suicidio adolescente, prevención de consumo de alcohol y drogas entre otras temáticas.	Talleres en junta de vecinos y otros espacios comunitarios. Talleres en Centros de Salud, abiertos a la comunidad. Participación de equipos de salud mental en ferias de salud y otros eventos comunitarios.	Equipo de salud mental.
Aumentar factores protectores para la salud mental.	Entregar herramientas para la prevención y promoción de la salud mental en el área de la Educación, para padres y/o profesores y/o alumnos a través de la educación grupal.	Realizar un trabajo colaborativo con el intersector, específicamente Educación. Entregar herramientas a alumnos, padres o tutores y profesores en prevención de suicidio adolescente, prevención consumo de drogas, prevención violencia de género, entre otros temas de interés.	Talleres temáticos preventivos en Establecimientos Educativos. Tamizaje de alcohol y drogas.	Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales de los Centros.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Potenciar la capacidad resolutoria de los equipos de salud mental de los Centros de Salud, por medio del	Contar con asesoramiento de profesional especializado, psiquiatra, para mejorar diagnósticos y	Consultorías de psiquiatría infanto adolescente y adultos con CRS, CDT y COSAM CEIF, que incluyen la presentación de casos de complejo abordaje.	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud

	trabajo coordinado entre APS y nivel secundario CDT, CRS, COSAM CEIF.	tratamiento de casos, a través de la coordinación clínica y administrativa con nivel secundario. Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención. Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.	Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental APS en espacios de consultoría y otros. Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.	mental de nivel secundario y Coordinadora de salud mental del Área de Salud.
--	---	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral a jóvenes y adolescentes en prevención y tratamiento de consumo de alcohol y drogas.	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas de consumo problemático de alcohol y drogas. Entregar herramientas para la prevención en consumo de drogas y alcohol en jóvenes y adolescentes, de forma individual, grupal y aplicación de instrumentos de detección. Entregar herramientas para la prevención de consumo de drogas y alcohol en jóvenes y adolescentes en Centros de Salud, Establecimientos Educativos y otros espacios comunitarios.	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS. Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular. Talleres de prevención en consumo de drogas y alcohol en Establecimientos Educativos. Aplicar instrumentos de detección de consumo de alcohol y drogas (CRAFT, AUDIT, ASSIST). Derivación a nivel secundario según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	Psicólogo(a), Médico(a) y Asistente social.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral a jóvenes y adolescentes en tratamiento de consumo de alcohol y drogas.	Entregar tratamiento para jóvenes y adolescentes que presenten consumo perjudicial y/o dependencia a alcohol y drogas.	Evaluación integral por equipo de COSAM CEIF. Ingreso a prestaciones de salud individual. Ingreso a prestaciones de salud grupal.	Equipo de COSAM CEIF.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Prevención del suicidio adolescente.	Entregar herramientas para la prevención de suicidio en adolescentes y jóvenes, tanto en Centros de Salud, como en Establecimientos Educativos y otros espacios comunitarios.	Coordinación con establecimientos educativos para abordar el tema a través de talleres de prevención. Realizar difusión del tema en ferias de salud y otras instancias comunitarias.	Psicólogo(a), Médico(a) y Asistente social, Equipo de salud mental

		Sensibilizar a adultos responsables, educadores, comunidad, adolescentes y jóvenes frente al tema. Otorgar atención integral y oportuna a adolescentes, jóvenes y sus familias que presentan conducta suicida.	Evaluación integral e ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular. Derivación a nivel secundario según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	
--	--	--	---	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.	Abordaje y medidas de postvención con familias y/o comunidad escolar.	Acompañar a familias de adolescentes y jóvenes fallecidos por suicidio, buscando generar redes de apoyo y prevenir nuevas situaciones de riesgo en el grupo familiar. Coordinación con Establecimiento Educacional al que haya pertenecido el adolescente fallecido por suicidio.	Brindar primera respuesta y seguimiento a familias de adolescentes fallecidos por suicidio. Talleres preventivos y de monitorización con grupo curso y otros posibles afectados. Pesquisar a otros adolescentes con riesgo de suicidio.	Equipo de salud mental.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Sensibilización de los equipos de salud, para otorgar una primera respuesta y orientación ante la pesquisa de maltrato y/o de abuso sexual infantil.	Brindar primera respuesta ante la pesquisa de indicadores de maltrato infantil y/o abuso sexual. Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección.	Evaluación inicial por equipo de salud mental. Realizar acciones para la suspensión de situaciones de vulneración de derechos, tales como denuncia, solicitud de medidas de protección. Seguimiento del caso, coordinar acciones de derivación si corresponde, visitas domiciliarias, reuniones con la red. Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial. Capacitación en el tema a equipos de salud.	Equipo de salud en general con énfasis en equipo de salud mental, Médico(a), Psicólogo(a) y Asistente social.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida.	Realizar actividades de prevención en relación a la violencia de género.	Contribuir a la entrega de herramientas que aporten a la visualización y prevención de la	Talleres en Centros de Salud, Establecimientos Educativos y otros espacios comunitarios.	Equipo psicosocial.

		violencia de género, como por ejemplo violencia en el pololeo.		
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida.	Realizar pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de violencia de género.	Contribuir a suspender situaciones de violencia. Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección y reparación.	Evaluación psicosocial integral por equipo de salud mental. Ingreso a intervención psicosocial grupal o individual en APS de casos de complejidad leve. Otorgar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa. Judicialización de casos de riesgo y constitutivos de delito. Realizar acciones de seguimiento y acompañamiento del caso.	Equipo psicosocial y Equipo de salud.
Disminuir la morbilidad del grupo familiar.	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.	Tamizar familias asociadas al territorio de cada Centro de Salud.	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia.	Equipo de salud en general.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables.	Promoción, educación y prevención de enfermedades bucales más prevalentes, enfermedad de caries, periodontales y anomalías dentomaxilares.	Mejorar y mantener la salud bucal de los adolescentes.	Control odontológico con enfoque de riesgo (Programa CERO adolescente), la categorización de riesgo determina la periodicidad de los controles, incluye promoción, educación y guías anticipatorias.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adolescente.	Mejorar y mantener la salud bucal de los adolescentes.	Realizar tratamiento restaurador de lesiones de caries limitando el daño y devolviendo la función. Realizar tratamiento de enfermedades periodontales, derivación oportuna a atención secundaria en adolescentes que presenten anomalías dentomaxilares según pertinencia y mapa de derivación.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Brindar tratamiento oportuno en APS a las urgencias odontológicas que se presenten en la adolescencia.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes.	Atención de urgencias GES y patologías de consulta espontánea que pudieran agravarse en el corto plazo en los adolescentes. Sólo puede diferirse la atención luego de la evaluación por profesional, quien descarta diagnóstico GES.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico a adolescentes pertenecientes al programa de salud cardiovascular,	Protección y recuperación de la salud bucodental del adolescente perteneciente al programa de salud cardiovascular.	Atención odontológica de adolescentes derivados desde el programa de salud cardiovascular.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

	que necesitan recuperar su salud oral para lograr mejorar el control de sus patologías de base.			
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Prevenir la morbimortalidad de enfermedades asociadas al uso del tabaco en adolescentes.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los adolescentes que ingresan a atención odontológica.	Odontólogo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a adolescentes que presentan dependencia severa.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adolescente.	Atención odontológica a adolescentes con dependencia severa en domicilio realizada por equipo territorial, educación, prevención específica y tratamiento de condiciones que generen discomfort en el usuario.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, prevención y atención integral de las embarazadas adolescentes con énfasis en educación en cuidados de salud bucal del bebé. La atención odontológica de la embarazada corresponde a una GES (salud oral integral de la embarazada).	Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes.	Atención odontológica integral de la embarazada adolescente menor de 20 años. Educación sobre el cuidado de la salud oral del bebé, factores de riesgo cariogénicos y prevención de malos hábitos. Notificación GES y entrega de kit de higiene oral.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

SALUD EN LA EDAD ADULTA

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Promoción y prevención en salud cardiorrespiratoria teniendo en cuenta el impacto del cigarrillo.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar educación o consejerías breves antitabaco, no sólo como parte del programa ERA o consultas de morbilidad respiratorias, sino en todos los ingresos y consultas cardiovasculares y en todos los exámenes de medicina preventiva (EMP).	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista y Matrón(a).
Aumentar las personas con factores protectores para la salud.	Promoción y prevención en salud que permitan discriminar acciones protectoras y perjudiciales para la salud en adultos sin enfermedades cardiovasculares de base.	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del EMP en personas de 20 a 64 años.	Realizar controles de salud con el fin de evaluar la situación de salud de los adultos, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar si es necesario. Hacer seguimiento de la derivación realizada verificando que se aborden los problemas pesquisados. Capacitar a funcionarios en la realización del EMP.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista, Matrón(a) y TENS.
Aumentar las personas con factores protectores para la salud.	Promoción y prevención en salud que permitan discriminar acciones	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o	Realizar EMP focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a),

	protectoras y perjudiciales para la salud.	controlables que causan morbimortalidad a través del EMP en personas de 20 a 64 años.	Desarrollar nuevas estrategias de intervención. Hacer seguimiento de la derivación realizada verificando que se aborden los problemas pesquisados.	Médico(a), Nutricionista, Matrón(a) y TENS.
--	--	---	---	---

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y aumentar las personas que realizan actividad física (Elige Vida Sana).	Promoción y prevención en salud que permitan discriminar acciones protectoras y perjudiciales para la salud, diferenciado en grupos etarios en los que se personaliza plan de acción que permita lograr mejoras según diagnóstico integral realizado.	Disminuir el porcentaje de población inscrita con diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad. Aumentar porcentaje de población que realiza actividad física.	Alianza intersectorial para promover un estilo de vida saludable por medio de la educación en estilos de vida saludable. Desarrollo del programa Elige Vida Sana en todos los Centros de Salud corporativos. Desarrollo de buenas prácticas orientadas a mejorar la condición física, controlar la mal nutrición por exceso y disminuir los factores para desarrollar patologías cardiovasculares.	Nutricionista, Psicólogo(a), Kinesiólogo(a) y Profesional de la actividad física.
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de vesícula.	Indicar ecografías abdominales en aquellos usuarios y usuarias que presenten un cuadro clínico sugerente a esta patología. Determinar estrategias que permitan el rescate oportuno de estos usuarios con derivación pertinente.	Aumentar la detección temprana de coleditiasis en personas entre los 35 a 49 años para derivación y resolución quirúrgica.	Gestión de casos con los médicos contralores para la notificación de los casos detectados con coleditiasis entre estas edades, para confirmación GES y resolución oportuna.	Médico(a) y Administrativo(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer gástrico.	Indicar endoscopías digestivas altas en aquellos usuarios y usuarias que presenten cuadro sugerente de esta patología además de realizar encuesta sugerida por servicio de Gastroenterología de Hospital Sótero del Río.	Aumentar la detección temprana de cáncer gástrico en personas a partir de los 40 años que estén presentando epigastralgia.	Solicitud de interconsulta priorizada con orden anexa de endoscopia digestiva alta además de gestión de casos con los médicos contralores para rescates oportunos en caso de haber resultado de exámenes alterados.	Médico(a) y Administrativo(a).
Disminuir el tiempo de confirmación diagnóstica de cáncer de tiroides.	Realizar derivación a todo usuario o usuaria que se presente con una lesión sugerente de malignidad, sin importar grado, para ser valorado por especialista quien puede determinar pasos posteriores que permitan un diagnóstico temprano.	Aumentar la detección temprana de cáncer de tiroides aquellos usuarios que presenten alteraciones morfológicas en imagenología o hematológicas sugerentes de cáncer de tiroides en personas de 15 años y más.	Solicitud de interconsulta priorizada con servicio de endocrinología del hospital de referencia por medio de encargado GES contralor de los Centros de Salud.	Médico(a) y Administrativo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir el tiempo de confirmación diagnóstica de cáncer renal.	Realizar derivación a todo usuario o usuaria que se presente con una lesión sugerente de malignidad sin importar grado para ser valorado por especialista quien puede determinar pasos posteriores que permitan un diagnóstico temprano.	Aumentar la detección temprana de cáncer renal a aquellos usuarios que presenten alteraciones morfológicas en estudios imagenológicos o hematológicos sugerentes de cáncer renal en personas de 15 años y más.	Solicitud de interconsulta priorizada con servicio de urología del hospital de referencia por medio de encargado GES contralor de los Centros de Salud.	Médico(a) y Administrativo(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar.	Realizar derivación a todo usuario o usuaria que presenta una radiografía de tórax en la que se sugiera la presencia de una lesión cancerígena para realización de tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y valoración de especialista.	Aumentar la detección temprana de cáncer de pulmón desde los 15 años y más considerando cuadro clínico, antecedentes patológicos familiares y hábitos.	Solicitud de interconsulta priorizada para realización de TAC de tórax y valoración con especialista.	Médico(a) y Administrativo(a).
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares como accidente cerebrovascular (ACV) o infarto agudo al miocardio (IAM).	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y la coordinación de salud del adulto y adulto mayor comunal quién informara al establecimiento de APS donde está inscrito el usuario o la usuaria para realizar control médico integral post alta hospitalaria.	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Jefatura de sector y Administrativo(a).
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica (ERC).	Realizar tamizaje según indicación de guías clínicas a población en riesgo de ERC. Priorizar el uso de fármacos nefroprotectores en el programa de salud cardiovascular en usuarios con ERC.	Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en el programa de salud cardiovascular al menos una vez al año o según el estadio de la ERC. Derivar de forma oportuna y pertinente a nivel secundario para valoración con especialista en prevención de ERC.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus.	Realizar examinación y aplicación del protocolo de pie diabético en cada control cardiovascular y según la categorización de riesgo del pie de los usuarios con diagnósticos de diabetes mellitus.	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20 a 64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas (OOTT) del MINSAL vigente.	Médico(a) y Enfermero(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de usuarios fallecidos por neumonía en el hogar.	Identificar variables biopsicosociales que pudieron contribuir a la	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Kinesiólogo(a).

		mortalidad por neumonía en domicilio.		
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Aumentar el índice de pesquisa con énfasis en los grupos de alto riesgo en aquellos usuarios que identifiquen como sintomáticos respiratorios.	Mejorar la detección precoz de tuberculosis.	Aumentar el índice de pesquisa, centrando la localización de casos en población de riesgo tanto intramural como extramural. Realizar la toma de baciloscopía (BK) en SAPU/SAR entregando oportunidad aquel grupo poblacional que consulta principalmente estos servicios.	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrón(a), TENS, Administrativo(a), Asistente social y Psicólogo(a).
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la pesquisa de hipertensión arterial (HTA) mediante la realización de más EMP.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 20 a 64 años de edad que se les realiza un diagnóstico reciente de esta patología.	Programar horas de ingreso cardiovascular para absorber posibles derivaciones tras realización de EMP.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista, Matrón(a) y TENS.
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el programa de salud cardiovascular.	Aumentar la cobertura de tratamiento de HTA en personas de 20 a 64 años de edad.	Optimizar el tratamiento de HTA en personas de 20 a 64 años. Mejorar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento no farmacológico y farmacológico en personas con diagnóstico de diabetes mellitus en personas de 20 a 64 años en buscar de lograr compensación metabólica.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20 a 64 años.	Programar horas de ingreso cardiovascular para absorber posibles derivaciones tras realización de EMP.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrón(a) y TENS.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus tipo 2 (DM2).	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el programa de salud cardiovascular.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20 a 64 años. Mejorar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados metabólicamente, con presión arterial y niveles de colesterol LDL.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20 a 64 años.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Fomentar el reingreso a control de pacientes descompensados que han abandonado tratamiento o ingreso para quienes nunca han ingresado al programa.	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 20 a 64 años.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en APS.	Kinesiólogo(a), TENS, Administrativo(a) y Médico(a).
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios.	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento crónico de asmáticos de 20 a 64 años bajo control en programa ERA.	Kinesiólogo(a) y Médico(a).

			Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario. Establecer flujos de atención oportuna de exacerbaciones agudas en la población bajo control.	
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Evaluar compensación de pacientes bajo control en programas crónicos respiratorios.	Mejorar la calidad de atención en población con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) bajo control.	Optimizar el tratamiento crónico de pacientes con EPOC bajo control en programa ERA. Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario. Establecer flujos de atención oportuna de exacerbaciones agudas en la población bajo control.	Kinesiólogo(a) y Médico(a).
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Realizar actividades del programa cardiovascular según se indica en guías clínicas nacionales.	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 a 64 años y más en control en el programa de salud cardiovascular.	Solicitar fondo de ojo a los pacientes diabéticos en el programa de salud cardiovascular que no cuenten con este examen vigente. Mantener la evaluación de pie diabético vigente según la clasificación de riesgo. Hacer seguimiento continuo de la población del programa de salud cardiovascular con DM2 bajo control sin fondo de ojo ni evaluación de pie vigente.	Tecnólogo(a) médico(a), Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Mejorar cobertura del programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Kinesiólogo(a).
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar operativos que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como son la población privada de libertad.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de sintomáticos respiratorios en la población privada de libertad.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Realizar estudio de todos los contactos de los casos índices detectados de tuberculosis.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de contacto de casos índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo) dentro de la primera semana en la que se diagnostica TBC al caso índice. Fortalecer los equipos técnicos de tuberculosis en APS, incluyendo la actualización continua.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Entrega de fármacos en etapa primaria en APS, mejorando el acceso y evitando la interrupción del tratamiento.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar el censo mensual de la necesidad de fármacos mensuales. Integración de los químicos farmacéuticos, unidad de farmacia central, así como los encargados de solicitar	Enfermero(a), Médico(a), TENS, Integrantes del equipo de TBC y

			el stock de fármacos al SSMSO, manteniendo la disponibilidad de fármacos en farmacias locales. Creación de un flujo de retiro de fármacos de tuberculosis.	Químico farmacéutico.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar controles periódicos y de calidad a los usuarios diagnosticados con tuberculosis.	Lograr un 90 % de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Aplicar el score de riesgo y medidas para prevenir el abandono en los controles. Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica). 3 consultas por enfermera: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento.	Enfermero(a), Médico(a) e Integrantes del equipo de TBC.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar seguimiento y acompañamiento a los usuarios diagnosticados con tuberculosis mediante visita domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento.	Lograr un 90% de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Visita domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento.	Enfermero(a).
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar rescate oportuno a pacientes.	Lograr un 90% de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Programar y realizar consultas de enfermera al paciente inasistente por más de una semana al tratamiento.	TENS.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar rescate oportuno a pacientes.	Lograr una pérdida de seguimiento (abandono) menor al 5%.	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento, realizada por enfermera.	Enfermero(a) y TENS.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Capacitar y sensibilizar a los equipos de los Centros de Salud corporativos, con el fin de comprometerlos con la pesquisa de tuberculosis.	Capacitar en tuberculosis al personal del Centro de Salud.	Programar una capacitación en tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el Centro de Salud.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud. Difusión de actividades desde las estrategias comunitarias (consejos de usuarios y comisiones mixtas).	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias.	Funcionarios de salud corporativos.
Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en Establecimientos de Salud considerando las fuentes de información que se dispongan tanto	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica.	Realizar controles con 1 o más profesionales considerando la estratificación de riesgo de cada usuario(a).	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista y TENS.

	localmente como aquellas que se envíen desde el SSMSO.			
Aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica considerando la estratificación de riesgo.	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica.	Realizar ingresos de los usuarios y usuarias según la estratificación de riesgo.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar las personas con factores protectores para la salud.	Realizar catastro por Centro de los usuarios que cumplen criterios de inclusión para uso de ayudas técnicas (AATT), específicamente zapato de descarga.	Promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 20 a 64 años.	Realizar reunión entre CODIMED y proveedores para evaluar requisitos técnicos del insumo requerido. Definición de criterios de inclusión: adherencia al tratamiento, sin deterioro cognitivo, sin obesidad, redes de apoyo. Selección de AATT según tipo y ubicación de úlcera de pie diabético. Catastro de población bajo control que cumple con criterios de inclusión. Capacitación a las enfermeras de apoyo clínico en relación al uso de AATT. Capacitación personalizada a usuarios en relación al uso de AATT. Seguimiento y evaluación.	Enfermero(a) y TENS.
Disminuir la mortalidad perinatal	Promover el control preconcepcional en mujeres en edad fértil.	Aumentar la cobertura de los controles preconcepcionales en mujeres en edad fértil para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles.	Control preconcepcional.	Médico(a) y Matró(a).
Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza.	Cubrir brechas de recursos materiales y humanos a fin de optimizar el desarrollo de las sesiones de cada taller en los Centros de Salud. Aumentar las acciones de difusión de los talleres de gestantes a la comunidad, para promover la participación.	Talleres de 4 sesiones para gestantes (de acuerdo a orientación técnica Chile Crece Contigo).	Matrón(a), Nutricionista, Psicólogo(a), Kinesiólogo(a), Asistente social y Otra profesional categoría B.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad perinatal.	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Monitorizar la asistencia a control con nutricionista en gestantes con malnutrición por exceso, en los controles prenatales. Incorporar la temática de alimentación saludable al ingreso del control prenatal y en los talleres prenatales.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Nutricionista.
Disminuir la mortalidad perinatal.	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención.	Evaluar la factibilidad de incorporar el análisis del cultivo de estreptococo del grupo B en embarazadas en laboratorio comunal. Realizar cultivo de estreptococo del grupo B en gestantes en control prenatal.	Control prenatal. Toma de cultivo de estreptococo del grupo B en embarazadas.	Matrón(a).
Disminuir la mortalidad perinatal.	Priorizar la derivación a reunión de equipo de las gestantes con 3 o más factores de riesgo psicosocial según pauta de evaluación psicosocial abreviada (EPsA).	Realizar la derivación oportuna a equipo psicosocial de los casos de gestantes con riesgo en pauta EPsA.	Aplicación de pauta EPsA en control prenatal. Derivación de todos los casos con 3 o más factores de riesgo psicosocial según pauta EPsA a reunión de equipo de cabecera.	Matrón(a), Psicólogo(a) y Asistente social.
Disminuir la mortalidad perinatal.	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido, dentro de los 10 días de vida.	Mantener la meta asociada a Chile Crece Contigo. Optimizar coordinación con unidad de puerperio del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río para promover control precoz postparto en APS.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido, dentro de los 10 días de vida.	Matrón(a).
Disminuir la mortalidad perinatal.	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a control prenatal.	Incorporar campo de país de origen en protocolo de ingreso de gestante a control prenatal (OMI), a contar de año 2022. Establecer línea base de ingresos a control prenatal de gestantes migrantes antes de las 14 semanas.	Registro de país de origen en control prenatal (OMI).	Matrón(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad perinatal.	Disminuir el embarazo no planificado.	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa (incluida población migrante).	Control de regulación de la fertilidad.	Matrón(a).
Disminuir la mortalidad perinatal.	Promover el autocuidado en salud sexual y reproductiva.	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva. Revisar y optimizar el protocolo existente en OMI para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva.	Consejería en salud sexual y reproductiva. Registro OMI de consejerías en salud sexual y reproductiva.	Matrón(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer ginecológico.	Realizar control ginecológico preventivo durante el curso de vida.	Control ginecológico.	Matrón(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Establecer línea base del porcentaje de cobertura de mujeres 50 a 69 años con mamografía vigente en los últimos tres años. Aumentar la cobertura de mujeres con mamografía vigente lograda el año 2020.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 69 años.	Matrón(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Lograr meta sanitaria referente a la toma de Papanicolau fijada para el período.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años.	Matrón(a).
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar la cobertura de controles de salud de la mujer en etapa de climaterio.	Aumentar el número de Centros de Salud que realizan control de climaterio de acuerdo a orientaciones de guía clínica vigente (incorporando prescripción de terapia hormonal de reemplazo).	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Matrón(a).
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA.	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta morbilidad (ELISA o test rápido) en personas de 25 a 64 años.	Realizar examen de VIH (ELISA o test rápido de VIH) en personas de 25-64 años.	Matrón(a).
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura.	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Promover la realización y registro de consejería en prevención de ITS/VIH.	Consejería en prevención de ITS/VIH. Registro en OMI de consejerías en prevención de ITS/VIH.	Matrón(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Optimizar el registro en OMI de la condición migrante en los usuarios de los Centros de Salud de la comuna. Establecer línea base de personas migrantes que ingresan a control de regulación de la fertilidad.	Control de regulación de fertilidad de personas migrantes.	Matrón(a).
Conservar los beneficios alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza fortaleciendo estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en personas que padecen enfermedades crónicas de 20 a 64 años.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años. Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente. Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermera(o) y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Conservar los beneficios alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a hepatitis A fortaleciendo la oportunidad de vacuna hepatitis A en pacientes con VIH positivo.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de vacuna hepatitis A, a población entre 20 y 40 años con VIH positivo. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermera(a) y TENS.

Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en mujeres embarazadas independientes de las semanas de edad gestacional.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a las mujeres adultas embarazadas independiente de las semanas de edad gestacional. Derivación desde control prenatal a vacunación anti influenza, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermera(o) y TENS.
--	--	---	---	----------------------

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a difteria, tétanos y tos convulsiva implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna DTPa en mujeres embarazadas desde las 28 semanas de edad gestacional.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Administración de vacuna DTPa a las mujeres adultas embarazadas desde las 28 semanas de edad gestacional. Derivación desde control prenatal a vacunación DTPa, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermera(o) y TENS.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad programando en equipo la realización de al menos dos visitas domiciliarias integrales a pacientes con dependencia severa, su cuidador y a su familia.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral. Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia	Enfermera(o) y Equipo de salud.

			severa, según sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Realizar plan de cuidados integral y su seguimiento.	
--	--	--	---	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad implementando estrategias educativas a cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por presión de los pacientes con dependencia severa.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral. Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, según sus las necesidades biopsicosociales y las de su familia. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Enfermera(o) y Equipo de salud.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención, para reducir los factores de riesgo y enfermedad aplicando la evaluación de escala Zarit al ingreso del programa y en la primera visita domiciliaria integral anual.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.	Enfermero(a) y Equipo de salud.
Disminuir la discapacidad.	Proteger la salud mental del usuario con dependencia severa, de su cuidador y/o de la familia.	Entregar al usuario con dependencia severa, su cuidador y/o familia herramientas de autocuidado de su salud mental. Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con dependencia severa, sus cuidadores y/o familiares.	Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores. Ingreso de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental, a través de visitas domiciliarias. Ingreso de familiares y/o cuidadores de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental individual y/o grupal.	Equipo de salud mental.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención y promoción de la salud, para reducir los factores de riesgo y enfermedad realizando talleres de capacitaciones grupales o individuales a cuidadores y familias	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Presentar la propuesta de trabajo a los equipos.	Enfermero(a) y Equipo de salud.

	entregando las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa.	calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente bloqueo de agenda. Identificar las necesidades de los cuidadores. Planificación de los talleres. Evaluar modalidad presencial o remota, según contexto epidemiológico existente. Evaluar el aforo máximo de la sala en caso de modalidad presencial. Ejecución, seguimiento y evaluación.	
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida.	Visibilizar las situaciones de violencia intrafamiliar y de género, buscando estrategias para el apoyo de la familia, orientado a extinguir dicha situación. Realizar pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de violencia de género.	Contribuir a suspender situaciones de violencia de género e intrafamiliar en personas de 25 a 64 años. Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección y reparación.	Evaluación psicosocial integral por equipo de salud mental. Ingreso a intervención psicosocial grupal o individual en APS de casos de complejidad leve. Otorgar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa. Judicialización de casos de riesgo y constitutivos de delito. Realizar acciones de seguimiento y acompañamiento del caso.	Equipo psicosocial.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral de salud mental a adultos entre 25 a 64 años.	Brindar atenciones de salud mental a adultos que presenten factores de riesgo y/o trastornos mentales.	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS. Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular. Altas o derivación según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	Médico(a), Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales del Centro de Salud.

Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Potenciar la capacidad resolutive de los equipos de Salud Mental de Centros de Salud, por medio del trabajo coordinado entre APS y nivel secundario CDT, CRS, COSAM CEIF.	Contar con asesoramiento profesional especializado de psiquiatra, para mejorar diagnósticos y tratamiento de casos, a través de la coordinación clínica y administrativa con nivel secundario. Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención. Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.	Consultorías de psiquiatría adultos con CRS, CDT y COSAM CEIF, presentando casos de complejo abordaje. Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental APS en espacios de consultoría y otros. Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y Coordinadora de salud mental de Área de Salud.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral a adultos en prevención de consumo de alcohol y drogas.	Entregar herramientas para la prevención en consumo de drogas y alcohol en adultos, de forma individual, grupal y aplicación de instrumentos de detección, tanto en Centros de salud como en espacios comunitarios Brindar atención integral y oportuna a adultos de 25 a 64 años con problemas de consumo problemático de alcohol y drogas.	Talleres de prevención de consumo de drogas y alcohol en juntas de vecinos y otros espacios comunitarios. Aplicar instrumentos de detección de consumo de alcohol y drogas (AUDIT y ASSIST), realizando intervenciones breves y derivaciones asistidas según corresponda. Ingreso a prestaciones de salud mental biopsicosocial que contemplen atención individual, familiar, grupal, de acuerdo a tratamiento. Derivación a nivel secundario según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	Equipo psicosocial y TENS.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la morbilidad del grupo familiar.	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.	Tamizar familias asociadas al territorio de cada Centro de Salud.	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia.	Equipo de salud en general.
Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en el ámbito comunitario.	Difundir y abordar temáticas de salud mental de interés comunitario.	Talleres en junta de vecinos y otros espacios comunitarios. Talleres en Centros de Salud abiertos a la comunidad. Participación de equipos de salud mental en ferias de salud y otros eventos comunitarios.	Equipo de salud mental.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Brindar tratamiento oportuno en APS a las urgencias odontológicas que se presenten en adultos.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes.	Atención de urgencias GES y patologías de consulta espontánea que pudieran agravarse en el corto plazo en los adultos. Sólo puede diferirse la atención luego de la evaluación por profesional, quien descarta o confirma diagnóstico GES.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, prevención y atención integral de las embarazadas con énfasis en educación en cuidados de salud bucal del bebé. La atención odontológica de la embarazada corresponde a una GES (salud oral integral de la embarazada).	Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes.	Atención odontológica integral de la embarazada de 20 años o más. Educación sobre el cuidado de la salud oral del bebé, factores de riesgo cariogénico y prevención de malos hábitos. Notificación GES y entrega de kit de higiene oral.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Tratamiento odontológico de adultos mayores de 20 años.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto.	Consulta de Morbilidad odontológica en adultos, incluye anamnesis, examen de salud oral, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación prevención y tratamiento odontológico a usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular que necesitan recuperar su salud oral para lograr mejorar el control de sus patologías de base.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto en el programa de salud cardiovascular.	Atención odontológica de usuarios derivados desde el programa de salud cardiovascular.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Prevenir la morbilidad y mortalidad de enfermedades asociadas al uso del tabaco en población adulta.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco a todos los adultos que ingresan a atención odontológica.	Odontólogo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a adultos que presentan dependencia severa.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto.	Atención odontológica a adultos con dependencia severa en domicilio realizada por equipo territorial, educación, prevención específica y tratamiento de condiciones que generen discomfort en el usuario.	Odontólogo(a) y TONS.
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación prevención y tratamiento odontológico integral a adultos de 60 años.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto.	Examen de salud y notificación GES en Centros de Salud a adultos de 60 años, derivación a tratamiento integral en CEP San Lázaro mediante interconsulta. En CEP San Lázaro entrega de kit de higiene oral y atención odontológica por equipo de especialistas multidisciplinario.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).

Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a mujeres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto.	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a mujeres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa más sonrisas para Chile en CEP San Lázaro. Las usuarias son derivadas desde las oficinas de la mujer (MINVU, JUNJI, Chile solidario, entre otras) o derivadas desde los Centros de Salud mediante interconsulta, previa evaluación por odontólogo.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a hombres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto.	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a hombres mayores de 20 años que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa de hombres de escasos recursos en CEP San Lázaro. Los usuarios son derivados desde oficinas sociales los Centros de Salud mediante interconsulta previa evaluación por odontólogo.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Proporcionar un seguro y expedito acceso a rehabilitación física en periodo de pandemia.	Realizar prevención de infecciones asociadas a atención en salud en prestaciones de rehabilitación.	Disminuir los riesgos de contagio dentro de la sala de rehabilitación.	Reorganizar la distribución interna de las salas de rehabilitación para respetar un distanciamiento seguro entre usuarios aparte de seleccionar el uso de implementos que permiten una eficaz y oportuna desinfección.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Inclusión de rehabilitación a las personas con convalecencia post COVID-19.	Proveer localmente en cada CES/CESFAM un espacio para la rehabilitación de personas con convalecencia post COVID-19.	Los usuarios que requieran de esta rehabilitación pueden obtener esta prestación y todas las otras prestaciones que conforman la rehabilitación integral, en un solo lugar, sin tener que desplazarse a distintas ubicaciones.	Sesiones locales de rehabilitación post COVID-19.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).
Inclusión de rehabilitación a personas con discapacidad.	Fortalecer el trabajo en red con los distintos dispositivos comunales.	Disminuir los obstáculos de acceso y acercar la rehabilitación a distintos sectores de la comuna.	Realizar al menos una reunión mensual con distintos dispositivos que conforman la red de rehabilitación de Puente Alto para evaluar la accesibilidad a rehabilitación según la realidad de la comuna.	Coordinadores de los distintos dispositivos de la red de rehabilitación.
Inclusión de rehabilitación a los usuarios que por distintos motivos no puedan acceder a la sala de rehabilitación.	Implementar y potenciar la tele rehabilitación.	Disminuir los obstáculos de acceso a rehabilitación y llegar a esos usuarios que por distintos motivos no pueden ir a la sala de rehabilitación.	Asegurar que todas las salas de rehabilitación física de APS tengan horas destinadas a tele rehabilitación.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).

Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el programa de salud cardiovascular en relación a la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional.	Aumentar la cobertura de tratamiento de HTA en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de HTA en personas de 20 a 64 años.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el programa de salud cardiovascular en relación a la prevalencia esperada de DM2 a nivel nacional.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20 a 64 años.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Educar sobre los efectos que se pueden presentar por el hábito de fumar, el impacto cardiovascular y el considerable riesgo que significa ante la aparición de cáncer.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar educación o consejerías breves antibacaco, no sólo como parte del programa ERA o consultas de morbilidad respiratorias, sino en todos los ingresos y consultas cardiovasculares y en todos los exámenes de medicina preventiva (EMP).	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista y Matron(a).
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	Desarrollar estrategias, enfocadas no sólo en el rescate de pacientes, sino también en el seguimiento, y en la capacitación sensibilización de los funcionarios en la realización del examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).	Prevenir los síndromes geriátricos, pesquisar patologías agudas, crónicas y maltrato en las personas de 65 años y más y, aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM).	Realizar controles de salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM). Hacer seguimiento de la derivación realizada verificando que se aborden los problemas pesquisados. Capacitar a funcionarios en la realización del EMPAM.	Kinesiólogo(a), Matron(a), Médico(a) y Enfermera(o).
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	Reforzar la realización de un plan de cuidados consensuado para el paciente evaluado y su posterior control.	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de salud (EMPAM).	Capacitar a los funcionarios en la correcta aplicación del EMPAM y en la importancia del seguimiento posterior. Derivación de usuarios al programa más adultos mayores autovalentes.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a) y Médico(a).
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Mejorar el índice de pesquisa con énfasis en los grupos de alto riesgo como la población mayor de 65 años.	Mejorar la detección precoz de la tuberculosis.	Solicitar baciloscopia a todos los sintomáticos respiratorios, con el fin de pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años.	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matron(a), TENS,

				Administrativo(a), Asistente social y Psicólogo(a).
--	--	--	--	---

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares como ACV o IAM.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y la coordinación de salud del adulto y adulto mayor comunal, quien informará al establecimiento de APS donde está inscrito el usuario o la usuaria para realizar control médico integral post alta hospitalaria.	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con los diagnósticos de ACV o IAM en personas a partir de los 65 años de edad.	Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Jefatura de sector y Administrativo(a).
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	Incorporar la difusión de los productos del programa de alimentación complementario del adulto mayor (PACAM) en las ferias de salud u otras actividades comunitarias. Conocer los impedimentos en el retiro de los productos PACAM y poder diseñar estrategias para su entrega.	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Exponer en ferias de salud opciones de recetas con los productos PACAM. Monitorear entrega de PACAM y pesquisar adultos mayores que no lo retiran, con el fin de consultar y conocer los motivos por los cuales no lo hacen.	Enfermero(a) y Nutricionista.
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica (ERC).	Realizar tamizaje según indicación de guías clínicas a población en riesgo de ERC a partir de los 65 años de edad que presentan albuminuria moderada o severa ($RAC \geq 30mg/g$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 mL/min/1.73m^2$). Priorizar el uso de fármacos nefroprotectores en el programa de salud cardiovascular en usuarios con ERC.	Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas de 65 años y más en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en el programa de salud cardiovascular al menos una vez al año o según el estadio de la ERC. Derivar de forma oportuna y pertinente a nivel secundario para valoración con especialista en prevención de ERC.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Identificar y priorizar intervenciones integrales en pacientes con dependencia moderada o severa con diagnóstico de cáncer o dolor.	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa.	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayor con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Enfermero(a), Asistente social y Psicólogo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus.	Realizar examinación y aplicación del protocolo de pie diabético en cada control cardiovascular y según la categorización de riesgo del pie de los usuarios con diagnósticos de diabetes mellitus de 65 años y más.	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas del MINSAL vigente.	Médico(a) y Enfermero(a).
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de usuarios fallecidos por neumonía en personas a partir de los 65 años de edad en el hogar.	Identificar variables biopsicosociales que pudieron contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Kinesiólogo(a).
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Aumentar el índice de pesquisa con énfasis en los grupos de alto riesgo en aquellos usuarios que identifiquen como sintomáticos respiratorios.	Mejorar la detección precoz de tuberculosis.	Aumentar el índice de pesquisa, centrando la localización de casos en población de riesgo tanto intramural como extramural. Realizar la toma de baciloscopia en SAPU/SAR entregando oportunidad aquel grupo poblacional que consulta principalmente estos servicios.	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrón(a), TENS, Administrativo(a), Asistente social y Psicólogo(a).
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores.	Fomentar la integración a los Centros de Salud de los equipos que ejecutan el convenio más adultos mayores autovalentes, con el fin de facilitar las derivaciones de usuarios luego de la realización del EMPAM.	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Difundir los objetivos y criterios de inclusión en los Centros de Salud por parte de los equipos. Derivar a programa más adultos mayores autovalentes, posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación de autovalente, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia, como parte del plan de intervención. Aumentar las actividades de autocuidado en el programa más adultos mayores autovalentes que favorecen la adherencia al programa y cumplimiento de los objetivos por los usuarios.	Equipos de salud y Equipos del programa más adultos mayores autovalentes.
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el programa de salud cardiovascular de 65 años y más.	Aumentar la cobertura de tratamiento de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de HTA en personas de 65 años y más. Mejorar el acceso a las horas de control cardiovascular.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de HTA compensados en control en el programa cardiovascular en relación	Aumentar la cobertura de tratamiento de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de HTA en personas de 65 años y más.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

	a la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional.			
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento no farmacológico y farmacológico en personas con diagnóstico de diabetes mellitus en personas de 65 años y más en buscar de lograr compensación metabólica.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus en los adultos de 65 o más años.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrn(a) y TENS.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la proporci3n de usuarios con diagn3stico de DM2 compensados en control en el programa de salud cardiovascular considerando el valor de hemoglobina glicosilada para aquellos que tienen m3s de 80 a3os.	Aumentar la cobertura de tratamiento no farmacol3gico y farmacol3gico de diabetes en personas de 65 a3os y m3s.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 65 a3os y m3s. Mejorar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.,	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrn(a) y TENS.
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria cr3nica.	Fomentar el reingreso a control de pacientes descompensados que han abandonado tratamiento o ingreso para quienes nunca han ingresado al programa de enfermedades respiratorias cr3nicas.	Aumentar la cobertura de pacientes cr3nicos respiratorios de 65 a3os y m3s con diagn3sticos de enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica (EPOC) y asma.	Pesquisa, evaluaci3n y confirmaci3n diagn3stica de patolog3a respiratoria cr3nica en APS.	Kinesiólogo(a), TENS, Administrativo(a) y M3dico(a).
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria cr3nica.	Evaluar compensaci3n de pacientes bajo control en programas cr3nicos respiratorios.	Mejorar la calidad de atenci3n en poblaci3n con asma bronquial bajo control de 65 a3os y m3s.	Optimizar el tratamiento cr3nico de asm3ticos de 65 a3os y m3s bajo control en el programa ERA. Mejorar el registro cl3nico del estado de compensaci3n del usuario. Establecer flujos de atenci3n oportuna de exacerbaciones agudas en la poblaci3n bajo control.	Kinesiólogo(a) y M3dico(a).

Problema priorizado	Lineamiento estrat3gico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria cr3nica.	Evaluar compensaci3n de pacientes bajo control en programas cr3nicos respiratorios con diagn3stico de EPOC de 65 a3os y m3s.	Mejorar la calidad de atenci3n en poblaci3n con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento cr3nico de pacientes con EPOC bajo control en el programa ERA. Mejorar el registro cl3nico del estado de compensaci3n del usuario. Establecer flujos de atenci3n oportuna de exacerbaciones agudas en la poblaci3n bajo control.	Kinesiólogo(a) y M3dico(a).
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria cr3nica.	Mejorar la cobertura del programa de rehabilitaci3n pulmonar en usuarios con EPOC.	Mejorar la calidad de atenci3n en poblaci3n cr3nica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitaci3n pulmonar en usuarios con EPOC.	Kinesiólogo(a).

Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar operativos que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como son la población en hogares de acogida como ELEM.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación con el equipo de salud de los hogares de acogida existentes en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de sintomáticos respiratorios en la población perteneciente a esto Centros.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar estudio de todos los contactos de los casos índices detectados de tuberculosis dentro del periodo de tiempo establecido por la norma técnica.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de contacto de casos índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo) dentro de la primera semana en la que se diagnostica TBC al caso índice. Fortalecer a los equipos técnicos de TBC en APS, incluyendo la actualización continua.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Entregar medicamentos en APS, mejorando el acceso y evitando la interrupción del tratamiento según las indicaciones en las que se pueda encontrar según fase el usuario.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar el censo mensual de la necesidad de fármacos mensuales. Integración de los químicos farmacéuticos, unidad de farmacia central, así como los encargados de solicitar el stock de fármacos al SSMSO, manteniendo la disponibilidad de fármacos en farmacias locales. Creación de un flujo de retiro de fármacos de tuberculosis.	Enfermero(a), Médico(a), TENS, Integrantes del equipo de TBC y Químicos farmacéuticos.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar controles periódicos y de calidad a los usuarios diagnosticados con tuberculosis.	Lograr un 90% de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Aplicar el score de riesgo y medidas para prevenir el abandono en los controles. Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica). 3 consultas por enfermera: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica).	Enfermero(a), Médico(a) e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar seguimiento y acompañamiento a los usuarios diagnosticados con tuberculosis mediante visita domiciliar a todos los casos que ingresan a tratamiento.	Lograr un 90% de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Visita domiciliar a todos los casos que ingresan a tratamiento.	Enfermero(a).
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar rescate oportuno a pacientes.	Lograr un 90% de altas inactivas en las cohortes de tratamiento.	Programar y realizar consultas de enfermera al paciente inasistente por más de una semana al tratamiento.	TENS.

Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública,	Realizar rescate oportuno a pacientes.	Lograr una pérdida de seguimiento (abandono) menor al 5%.	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento, realizada por enfermera.	Enfermero(a) y TENS.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Capacitar y sensibilizar a los equipos de los Centros de Salud corporativos, con el fin de comprometerlos con la pesquisa de tuberculosis.	Capacitar en tuberculosis al personal del Centro de Salud.	Programar una capacitación en tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el Centro de Salud.	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud. Difusión de actividades desde las estrategias comunitarias (consejos de usuarios y comisiones mixtas).	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias.	Funcionarios de salud corporativos.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Implementar estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en personas que padecen enfermedades crónicas de 65 años y más.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 65 años y más. Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención. Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermero(a) y TENS.
Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en Establecimientos de Salud considerando las fuentes de información que se dispongan tanto localmente con aquellas que se envíen desde el SSMSO.	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica de 65 años y más.	Realizar controles con un profesional o más de un profesional considerando la estratificación de riesgo de cada usuario/a.	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista y TENS.
Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica que presenten una estratificación de riesgo alta.	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica considerando que el posterior manejo se hará en base a un plan consensuado.	Realizar ingresos con un profesional o más de un profesional permitiendo entregar una prestación en dupla considerando la estratificación de riesgo de cada usuario.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer ginecológico.	Realizar control ginecológico preventivo durante el curso de la vida.	Control ginecológico en mujeres de 65 años y más.	Matrón(a).
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Aumentar la cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente lograda el año 2020.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años.	Matrón(a).
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA.	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención de VIH/SIDA/ITS.	Difundir respecto a prevención de VIH/ITS en reuniones de consejos de usuarios, líderes comunitarios y adultos mayores a fin de aumentar la demanda del examen.	Consejería en prevención de VIH/ITS a personas de 65 y más años. Test rápido de VIH en personas de 65 años y más.	Matrón(a).
Conservar los beneficios alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza fortaleciendo estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti influenza en personas que padecen enfermedades crónicas de 65 y más.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña. Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña. Administración de vacuna anti influenza a los adultos mayores con enfermedades crónicas. Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente. Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente. Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	Enfermera(o) y TENS.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención en el adulto mayor, para reducir los factores de riesgo y enfermedad programando en equipo la realización de al menos dos visitas domiciliarias integrales a pacientes con dependencia severa, su cuidador y su familia.	Otorgar a la persona adulto mayor en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para visita domiciliar integral. Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, según sus necesidades biopsicosociales y las de su familia.	Equipo de salud.

			Realizar plan de cuidados integral y su seguimiento.	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención en el adulto mayor, para reducir los factores de riesgo y enfermedad implementando estrategias educativas a cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por presión de los pacientes con dependencia severa.	Otorgar a la persona adulto mayor en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda en relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral. Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, según sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Enfermera(o) y TENS.
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención para reducir los factores de riesgo y enfermedad aplicando la evaluación de escala Zarit al ingreso del programa y en la primera visita domiciliaria integral anual.	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.	Enfermera(o).
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención y promoción de la salud, para reducir los factores de riesgo y enfermedad realizando aplicación de EMPAM como factor protector del adulto mayor en la detección oportuna del riesgo.	Otorgar al adulto mayor una atención integral en su domicilio y/o CES/CESFAM, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente agendamiento. Evaluar modalidad presencial o remota, según contexto epidemiológico existente. Ejecución, seguimiento y evaluación.	Enfermera(o) y Kinesiólogo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la discapacidad.	Realizar prevención y promoción de la salud para reducir los factores de riesgo y enfermedad realizando	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.	Equipo de salud.

	talleres de capacitaciones grupales o individuales a cuidadores y familias entregando las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa.	su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Presentar la propuesta de trabajo a los equipos. Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente bloqueo de agenda. Identificar las necesidades de los cuidadores. Planificación de los talleres. Evaluar modalidad presencial o remota, según contexto epidemiológico existente, y evaluar el aforo máximo de la sala en caso de modalidad presencial. Ejecución, seguimiento y evaluación.	
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral de salud mental a adultos mayores de 65 y más años.	Brindar atenciones de salud mental a adultos mayores que presenten factores de riesgo y/o trastornos mentales.	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS. Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular. Atenciones remotas a usuario. Altas o derivación según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	Médico(a), Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales del Centro de Salud.
Disminuir la Discapacidad.	Proteger la salud mental del usuario con dependencia severa, de su cuidador y/o de la familia.	Entregar al usuario con dependencia severa, su cuidador y/o familia herramientas de autocuidado de su salud mental. Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con dependencia severa, sus cuidadores y/o familiares.	Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores. Ingreso de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental, a través de visitas domiciliarias. Ingreso de familiares y/o cuidadores de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental individual y/o grupal. Atenciones remotas con usuario y/o cuidadores.	Equipo de salud mental.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral a adultos mayores en prevención y tratamiento de consumo de alcohol y drogas.	Entregar herramientas para la prevención en consumo de drogas y alcohol en adultos mayores, de forma individual, grupal y aplicación de instrumentos de detección, tanto	Talleres de prevención de consumo de drogas y alcohol en juntas de vecinos y otros espacios comunitarios. Aplicar instrumentos de detección de consumo de alcohol y drogas (AUDIT y ASSIST), realizando intervenciones breves y derivaciones asistidas según corresponda	Equipo de Salud Mental I y TENS.

		en Centro de salud como en otros espacios comunitarios Brindar atención integral y oportuna a adultos mayores desde 65 años con problemas de consumo problemático de alcohol y drogas.	Ingreso a prestaciones de salud mental biopsicosocial que contemplen atención individual, familiar y grupal, de acuerdo a plan de intervención.	
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida.	Visibilizar las situaciones de violencia intrafamiliar y de género, buscando estrategias para el apoyo de la familia, orientado a extinguir dicha situación. Realizar pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de violencia de género. Sensibilización de los equipos de salud para otorgar una primera respuesta y orientación ante la pesquisa de maltrato y/o situación de vulneración de derechos en adultos mayores.	Contribuir a suspender situaciones de violencia de género e intrafamiliar en personas mayores de 65 años. Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección y reparación.	Evaluación psicosocial integral por equipo de salud mental. Otorgar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa. Judicialización de casos de riesgo y constitutivos de delito. Realizar acciones de seguimiento y acompañamiento del caso. Capacitación a equipo de salud	Equipo psicosocial. Equipos de Sector
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Potenciar la capacidad resolutive de los equipos de salud mental de los Centros de Salud por medio del trabajo coordinado entre APS y nivel secundario CDT, CRS y COSAM CEIF.	Contar con asesoramiento profesional especializado de psiquiatra para mejorar diagnósticos y tratamiento de casos, a través de la coordinación clínica y administrativa con nivel secundario. Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.	Consultorías de psiquiatría adultos con CRS, CDT y COSAM CEIF, presentando casos de complejo abordaje. Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental de APS en espacios de consultoría y otros. Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y Coordinadora de salud mental de Área de Salud.

Disminuir la morbilidad del grupo familiar.	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.	Tamizar familias asociadas al territorio de cada Centro de Salud.	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia.	Equipo de salud en general.
---	--	---	--	-----------------------------

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Brindar tratamiento oportuno en APS a las urgencias odontológicas que se presenten en adultos mayores.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor.	Atención de urgencias GES y patologías de consulta espontánea que pudieran agravarse en el corto plazo en los adultos mayores. Sólo puede diferirse la atención luego de la evaluación por profesional, quien descarta o confirma diagnóstico GES.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Tratamiento odontológico de adultos mayores.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto mayor.	Morbilidad odontológica en adultos mayores, incluye anamnesis, examen de salud oral, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico a usuarios adultos mayores pertenecientes al programa de salud cardiovascular, que necesitan recuperar su salud oral para lograr mejorar el control de sus patologías de base.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto mayor en el programa de salud cardiovascular.	Atención odontológica de usuarios adultos mayores derivados desde el programa de salud cardiovascular.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Prevenir la morbimortalidad de enfermedades asociadas al uso del tabaco en adultos mayores.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en adultos mayores.	Realizar consejerías breves antitabaco a todos los adultos mayores que ingresan a tratamiento odontológico.	Odontólogo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a adultos mayores que presentan dependencia severa.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto mayor.	Atención odontológica a adultos mayores con dependencia severa en domicilio realizada por equipo territorial, educación, prevención específica y tratamiento de condiciones que generen discomfort en el usuario.	Odontólogo(a) y TONS.

Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a mujeres adultas mayores que requieran rehabilitación protésica.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto mayor.	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a mujeres adultas mayores que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa más sonrisas para Chile en CEP San Lázaro. Las usuarias son derivadas desde las oficinas de la mujer (MINVU, JUNJI, Chile Solidario, entre otras) o derivadas desde los Centros de Salud mediante interconsulta, previa evaluación por odontólogo.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a hombres adultos mayores que requieran rehabilitación protésica.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto mayor.	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a hombres adultos mayores que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa hombres de escasos recursos en CEP San Lázaro. Los usuarios son derivados desde oficinas sociales o Centros de Salud mediante interconsulta previa evaluación por odontólogo.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Proporcionar un seguro y expedito acceso a rehabilitación física en periodo de pandemia.	Realizar prevención de infecciones asociadas a atención en salud en prestaciones de rehabilitación.	Disminuir los riesgos de contagio dentro de la sala de rehabilitación.	Reorganizar la distribución interna de las salas de rehabilitación para respetar un distanciamiento seguro entre usuarios, aparte de seleccionar el uso de implementos que permiten una eficaz y oportuna desinfección.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).
Inclusión de rehabilitación a las personas con convalecencia post COVID-19.	Proveer localmente en cada CES/CESFAM un espacio para la rehabilitación de personas con convalecencia post COVID-19.	Los usuarios que requieran de esta rehabilitación pueden obtener esta prestación y todas las otras prestaciones que conforman la rehabilitación integral, en un solo lugar, sin tener que desplazarse a distintas ubicaciones.	Sesiones locales de rehabilitación post COVID-19.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).
Inclusión de rehabilitación a personas con discapacidad.	Fortalecer el trabajo en red con los distintos dispositivos comunales.	Disminuir los obstáculos de acceso y acercar la rehabilitación a distintos sectores de la comuna.	Realizar al menos una reunión mensual con distintos dispositivos que conforman la red de rehabilitación de Puente Alto para evaluar la accesibilidad a rehabilitación según la realidad de la comuna.	Coordinadores de los distintos dispositivos de la red de rehabilitación.
Inclusión de rehabilitación a los usuarios que por distintos motivos no puedan acceder a la sala de rehabilitación.	Implementar y potenciar la tele rehabilitación.	Disminuir los obstáculos de acceso a rehabilitación y llegar a esos usuarios que por distintos motivos no pueden ir a la sala de rehabilitación.	Asegurar que todas las salas de rehabilitación física de APS tengan horas destinadas a tele rehabilitación.	Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo(a).

SALUD TRANSVERSAL – PROMOCIÓN DE SALUD

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Promoción de salud a nivel masivo.	Mejorar las acciones de promoción de salud en la comuna.	Realizar eventos masivos en alimentación saludable si las condiciones sanitarias comunales lo permiten.	Equipos de salud.
Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Plan comunal intersectorial en promoción de salud.	Ejecución del 80% de actividades establecidas en el plan comunal intersectorial 2021.	Implementación de infraestructura deportiva comunal (calistenia) y espacios protegidos para lactancia materna en los Centros de Salud.	Equipos de salud.
Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Promoción de salud a nivel masivo.	Mejorar las acciones de promoción de salud en la comuna.	Realizar eventos masivos en actividad física si las condiciones sanitarias comunales lo permiten.	Equipos de salud.
Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Promoción de salud en medios de comunicación masivos.	Mejorar las acciones de promoción de salud en la comuna.	Realizar cápsulas educativas virtuales en condicionantes de salud.	Equipo de coordinadores de salud, Equipos de salud y Departamento de comunicaciones.
Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Salud intercultural en APS.	Mejorar las acciones de promoción de salud en la comuna.	Incorporar acciones de salud intercultural en talleres de promoción salud considerando factores protectores de la salud de pueblos originarios. Lo anterior, si las condiciones sanitarias comunales lo permiten.	Equipos de salud y Mesa de salud intercultural de Puente Alto.
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas.	Salud intercultural en APS.	Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con información confiable.	Diseño e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de la variable pertenencia a pueblo indígena en sistema de Información en salud comunal.	Equipos de salud y Mesa de salud intercultural de Puente Alto.
Contribuir a transversalizar el enfoque intercultural en los programas de salud.	Salud intercultural en APS.	Desarrollar un plan comunal de salud intercultural de acuerdo a las orientaciones ministeriales y participación de representantes de la mesa de salud intercultural de la comuna.	Diseño y ejecución de actividades presenciales o remotas con enfoque intercultural en Centros de Salud corporativos. Lo anterior si las condiciones de salud comunal lo permiten.	Equipos de salud y Mesa de salud intercultural de Puente Alto.

CONTROL DE GESTIÓN: AGENDAMIENTO, INTELIGENCIA EN SALUD Y TELEASISTENCIA

CENTRAL DE AGENDAMIENTOS

La central de agendamiento tiene por objetivo **habilitar un canal no presencial** de entrega de horas de atención para los servicios ofrecidos por la Atención Primaria de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto.



Dada la compleja estructura del proceso de asignación de horas, la implementación de este proyecto se determinará en fases, las cuales buscan generar los ajustes necesarios en relación a los siguientes puntos:

- Oferta de horas de atención.
- Catálogo de servicios disponible.
- Grupos priorizados de atención.
- Recuperación Post-COVID
- Confirmación de horas.

Fase 1: Disminución paulatina de filas de usuarios al exterior de los CESFAM, enfocado inicialmente en agendamiento no presencial para grupos priorizados.

La capacidad tecnológica inicial del proyecto podrá dar cobertura a 250 llamadas entrante por día, pudiendo escalar sin requerimientos adicionales al doble de su capacidad. Todo llamado recibido contempla una actualización de datos por parte del usuario, esto permitirá aumentar sostenidamente la contactabilidad.

Como resultado de la implementación se espera una disminución paulatina de las personas pertenecientes a los grupos priorizados en las filas que se generan al exterior de los CESFAM, inicialmente la Central se concentrará en resolver problemas relacionados con el agendamiento y anulación de horas médicas en los grupos de adultos mayores.

De forma posterior se busca que a través de este canal no presencial se gestione la interacción entre los requerimientos de atención demandados por vecinos de la comuna y la cartera de servicios ofrecida por la Red de Centros De Salud Corporativa de Puente Alto.

Fase 2: Incorporación de todos los centros de salud de la red CMPA al canal no presencial de entrega de horas médicas para adultos mayores.

Fase 3: Evaluación de factibilidad para la incorporación de nuevos estamentos y grupos priorizados a la oferta del canal no presencial, considerando los procesos internos de cada centro y considerando la factibilidad económica necesaria para escalar el proyecto.

MODELOS DE ANÁLISIS SANITARIOS BASADOS EN SISTEMAS DE INTELIGENCIA GEOGRÁFICA

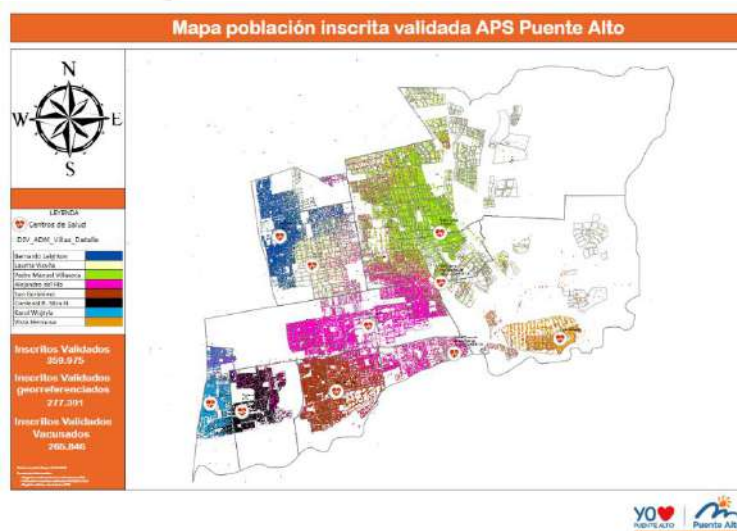
A nivel global, los sistemas de inteligencia geográfica (SIG) son considerados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como “una de las más efectivas tecnologías existentes para facilitar los procesos de información y de toma de decisiones”, teniendo en

vista que torna más fácil, entre otras actividades, la localización espaciotemporal de eventos de salud, la identificación y monitoreo de las características de estos eventos y sus factores de riesgo, el reconocimiento de áreas y grupos poblacionales con mayor necesidad de acceso, la integración de diversas variables y la evaluación del impacto de las acciones en salud.

El objetivo de este proyecto es Implementar modelos de análisis sanitarios basados en herramientas de inteligencia geográfica que permitan describir, estimar y comparar las prevalencias de enfermedades de los habitantes de la comuna de Puente Alto.

Los beneficios esperados entre otros serían:

- Incorporar la mirada territorial como complemento de la toma de decisiones actual, permitiendo planificar e implementar servicios de salud de calidad.
- Identificar las zonas de implementación de estrategias de Promoción en Salud, incorporando las áreas de influencia de la red de Centros de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto.
- Identificar las zonas de intervención de estrategias de Prevención Primaria, determinando áreas de baja, regular y alta cobertura.
- Identificar geográficamente a las personas con enfermedades prevalentes segmentándolas por edad y tipo de compensación.
- Referenciar geográficamente la distribución territorial de las personas con patologías crónicas más prevalentes, incorporando variables de compensación y segmentación por grupos etarios.
- Sintetizar mapas de factores ambientales relacionados con problemas de salud, asociados a un territorio específico.



De acuerdo a la realidad local, y producto de la pandemia del Coronavirus, se modificó en los equipos directivos y de gestión de salud, la forma de mirar a las personas incorporando la variable “territorio” al análisis. La incorporación de esta variable a la gestión clínica, generó la necesidad de incorporar e implementar sistemas de inteligencia geográfica (SIG) que permitieran georreferenciar a las personas en el territorio (**dato**) y de este modo identificar áreas

desprovistas de servicios sanitarios (**información**), lo que en corto plazo facilitó la toma de decisiones (**gestión**), permitiendo establecer planes de intervención de forma priorizada y dirigida (**estrategias**) con actividades sanitarias coordinadas con la comunidad (**acciones**) y más eficiente en el territorio (**vinculación con el medio**).

TELEASISTENCIA COMO UN COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN



La teleasistencia es una forma de brindar atención de salud a los pacientes sin que estos tengan que movilizarse, puede estar presente en varias formas, desde video llamadas hasta monitoreo remoto de signos vitales, esta estrategia permite vincular de manera no presencial al paciente con la red de salud de la CMPA.

En la actualidad la tecnología disponible en la comuna, proporciona un sistema para la comunicación entre el médico y el paciente, de forma privada y segura.

En relación al trabajo en red, la teleasistencia se perfila como uno de los complementos y habilitantes claves para la implementación de proyectos como Teletriage.

Teletriage es un modelo de gestión de la atención que constituye un cambio en el acceso de las personas a los servicios de salud, habilitando la gestión remota y priorizada de la demanda de la población que se atiende en la Atención Primaria de Salud.

El Ministerio de Salud en conjunto con el SSMSO ha tomado la decisión de promover el pilotaje en un establecimiento de la Corporación Municipal de Puente Alto, por lo que se hace necesario formar y orientar a profesionales que sean interlocutores, guías y facilitadores de la implementación del modelo por parte de los equipos del Área de Salud y del Centro de Salud, de modo de asegurar el éxito de su implementación; esto es, transformar el proceso de gestión de la demanda para lograr un modelo de atención centrado en el paciente, promoviendo los cuidados y la seguridad en la comunidad usuaria, desarrollando un sistema de gestión priorizado por riesgo y necesidad de atención, asegurando de forma remota a los usuarios del sistema el acceso y oportunidad de solicitud de atención.

Debido a la implementación de estas estrategias piloto que no llegan financiadas desde nivel central, centros como San Gerónimo y Alejandro del Río ya se encuentran trabajando parcialmente en esta modalidad con el uso de recursos municipales, mediante la priorización de las prestaciones según complejidad clínica, mejorando así el acceso a horas y a la atención de salud. Se espera en 2023 evaluar estas implementaciones y potenciarlas hacia la comuna completa.

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Durante el año 2022 la Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud fue retomando sus actividades para seguir cumpliendo con los objetivos descritos en el Plan Estratégico de Calidad 2019 – 2021, los cuales producto de la Pandemia por COVID 19, se extendieron para el año 2022.

Reafirmamos nuestro modelo de gestión y seguimos fortaleciendo y aportando con cada uno de los pilares que la sustentan a través de un trabajo colaborativo en la instalación de la gestión de calidad y seguridad de la Red de Salud Corporativa (Figura 1).



Figura 1. Pilares del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad. Unidad de Calidad y Seguridad del Área de Salud.

DESAFÍOS DE GESTIÓN PARA EL PERIODO 2022 - 2023

Los desafíos planteados para el año 2022 estuvieron dirigidos a retomar las actividades propias del Plan de Calidad, reactivar el trabajo de la notificación de eventos adversos, de los procesos de acreditación y de la normalización de las autorizaciones sanitarias pendientes. Muchas de estas actividades se seguirán desarrollando como parte del plan de calidad del año 2023.

Para el cumplimiento de los desafíos, se desarrolló una planificación operativa, con objetivos por área de gestión y actividades a desarrollar, las cuales se presentan a continuación:

1. Gestión por Procesos

Objetivo	Actividades:
1. Optimizar la detección y manejo de oportunidades de mejora en los centros de salud de Puente Alto mediante la unificación de la Gestión por Procesos y la Gestión del Riesgo.	1. Actualizar el Protocolo para la gestión de incidentes, eventos adversos y centinelas, incorporando la gestión por procesos. 2. Capacitación a los equipos de calidad y eventos adversos en la integración de la gestión del riesgo y la gestión de procesos. 3. Elaborar informes sobre el levantamiento de procesos que presentan riesgos detectados en incidentes y eventos adversos.

	4. Definir y protocolizar las actividades relacionadas con la gestión de procesos contenidos en el plan estratégico de la Red de Urgencia Comunal.
2. Finalizar Proceso de Acreditación en el CESFAM San Gerónimo y asentar la continuidad de la gestión de calidad y seguridad.	1. Evaluar a través de la plataforma de documentos compartido los documentos institucionales a presentar al proceso. 2. Realizar constataciones en terreno de las características aplicables al proceso. 3. Organizar y supervisar evaluación externa a realizar en el CESFAM antes de la visita de la Entidad Acreditadora. 4. Acompañar el proceso de acreditación del CESFAM.
3. Retomar proceso de Acreditación en los centros de salud de atención abierta mediante autoevaluaciones y evaluaciones en terreno. (Este mismo objetivo aplica para los Servicios Transversales de acuerdo a su estándar)	1. Realizar levantamiento del estado de situación del proceso de acreditación de los establecimientos de la red corporativa, a través de la autoevaluación y establecer línea base. Reuniones con director/a y equipos de calidad locales. 2. Establecer planes de trabajo con cada centro de salud para avanzar en el proceso de acreditación según línea base, con énfasis en el cumplimiento de las características obligatorias. 3. Evaluar a través de la plataforma de documentos compartido los documentos institucionales desarrollados por los centros de salud para el proceso de acreditación. 4. Realizar constataciones en terreno de las características desarrolladas por los centros de salud para el proceso de acreditación. 5. Realizar reuniones bimensuales con encargados de calidad.
4. Desarrollar un trabajo colaborativo entre la Unidad de Calidad y Seguridad y los profesionales encargados de unidades o temáticas relacionadas a los ámbitos que involucran procesos de trabajo para el cumplimiento del proceso de acreditación.	1. Realizar reuniones de coordinación con los profesionales encargados de unidades o temáticas para el desarrollo del plan comunal de reactivación de actividades. 2. Elaborar plan de trabajo coordinado que dé cumplimiento a los requerimientos del proceso de acreditación y de la contingencia por COVID – 19 según cada área temática.

2. Gestión del Riesgo.

Objetivo:	Actividades:
1. Contar con recurso humano necesario para el trabajo seguridad del paciente asegurando horas mínimas.	1. Diagnóstico del estado actual del recurso humano para la gestión de eventos adversos y actividades asociadas. 2. Diagnóstico de la situación actual respecto a la gestión pendiente por centro de salud. 3. Definir roles y funciones de encargado de eventos adversos (junto con el de calidad) de forma participativa. a. Calendarización de reuniones entre encargada de gestión de procesos y encargados de calidad y eventos adversos por centro de salud. b. Elaboración de documento que contenga los lineamientos generales de los roles y funciones

	de los encargados de calidad y evento adversos tanto comunales, como de los centros de salud. - Publicación. - Difusión y socialización.
2. Definir el proceso de notificación y gestión de sucesos que afecten la calidad y seguridad de la atención en salud.	1. Documentar mediante la elaboración de un documento el proceso de gestión de sucesos que afecten la seguridad del paciente separándolo de la siguiente forma: - Suceso produce daño: Evento adverso o centinela – Gestión de Eventos Adversos y Centinelas. - Suceso no produce daño: Desvío de la calidad o incidente – Gestión de calidad por procesos a. Realizar capacitación certificada de evento
3. Elaborar Informes Semestrales de eventos adversos.	1. Elaborar 2 informes anuales detallados de eventos adversos y centinelas.
4. Supervisar la Gestión de Eventos Adversos y Centinelas en los centros de salud	1. Supervisión diagnóstica durante el 2022. 2. Supervisión posterior a capacitación con medición de indicadores de procesos de gestión con posterior supervisión semestral continua.
5. Elaborar y ejecutar plan estratégico de la Red de Urgencia Comunal con enfoque en la gestión del riesgo	1. Trabajo conjunto con Coordinador de Red de Urgencias comunal con el fin de elaborar un plan estratégico para la entrega de servicios de urgencias de calidad y seguros considerando los ámbitos de estructura, procesos, asistenciales. 2. Supervisión y levantamiento de brechas continuo de Plan Estratégico de Urgencias comunal.

3. Gestión Regulatoria.

Objetivo:	Actividades:
1. Regularizar las autorizaciones sanitarias pendientes en los establecimientos de salud.	1. Priorizar recintos según criterios definidos con la Dirección de Salud. 2. Proyectar los recursos y gestiones necesarias para enfrentar los procesos de autorización sanitaria priorizados. 3. Gestionar autorizaciones sanitarias en conjunto con los establecimientos involucrados. 4. Actualizar autorizaciones de autoclaves, calderas y operadores.
2. Fortalecer los procesos de manejo de residuos en la comuna.	1. Finalizar y publicar actualización del Manual de Manejo de Residuos. 2. Supervisar Planes de Manejo de REAS en los establecimientos. 3. Fortalecimiento de los flujos de comunicación para la provisión de insumos para manejo de REAS. 4. Descripción de funciones de encargado REAS y proyección de horas para ejecutar el rol.
3. Mejorar el Sistema de Gestión de Documentos.	1. Instalar procedimiento comunal de eliminación de papel. 2. Actualización de la Norma de Gestión de Documentos. (Firma Digital)

	3. Coordinar necesidad urgente del repositorio de Documentos digitales. 4. Supervisión al proceso de implementación de la norma de gestión documental.
4. Promover y acompañar los procesos operativos para la implementación de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.	1. Implementación del uso de la Plataforma OIRS Digital para la gestión de reclamos. 2. Fortalecer la comunicación a los usuarios ante la ocurrencia de Eventos Adversos. 3. Estandarizar y actualizar los documentos para la obtención de consentimiento informado en las intervenciones que lo ameriten.

OBJETIVOS 2023

GESTIÓN DE PROCESOS

Gestión por procesos: seguiremos fortaleciendo la gestión por procesos en cada una de sus partes (estratégicos – operativos – apoyo), logrando así una coordinación entre las distintas subdirecciones del área de salud, siguiendo los procesos estratégicos establecidos, donde la calidad y seguridad sean un eje central. Incorporaremos la Gestión de Riesgos a la Gestión por Procesos, instalando acciones preventivas y de vigilancia activa que nos permitan antepónernos a los daños.

Acreditación Centro de Imágenes (CDI): seguiremos avanzando en apoyar y colaborar con el proceso de acreditación del Centro de Imágenes Comunal, para presentar su solicitud a la Superintendencia de Salud y lograr la acreditación de este establecimiento durante al año 2023.

Acreditación Laboratorio Clínico Comunal: siguiendo con el cumplimiento de plazos establecidos por el MINSAL para la acreditación de prestadores de servicios de laboratorio clínico de baja complejidad, que se encontraba establecida para junio del año 2022, seguiremos trabajando con el Laboratorio Clínico Comunal en la instalación de sus procesos, de acuerdo a lo requerido por los estándares para presentar la solicitud de incorporación al proceso de acreditación de este establecimiento.

Acreditación Otros Establecimientos Corporativos: esperamos durante el año 2023 retomar el trabajo de evaluaciones en terreno de los distintos establecimientos corporativos, de acuerdo a los estándares respectivos de prestadores de atención abierta, y seguir avanzando en la instalación de procesos seguros y de calidad de acuerdo a los diagnósticos de necesidades y apoyos requeridos por los distintos Centros de Salud de la Comuna.

GESTIÓN DE RIESGOS

Gestión de Riesgos: A través de la notificación de eventos adversos hemos podido identificar que donde más ocurren eventos adversos y centinelas es en la atención de urgencias SAPU y SAR. Es por este motivo que para este periodo realizaremos una estrategia conjunta entre la Unidad de Calidad del Área de Salud, liderada por la Asesora en Gestión de Riesgos y la Coordinación Comunal de Urgencias con el fin de detectar oportunidades de mejora en el Servicio de Urgencias Comunal y generar las mejoras correspondientes para

brindar atenciones de calidad y seguras; y la posterior supervisión y levantamiento de brechas continuo del plan en el marco de la mejora continua.

Una vez avanzado este proceso, esta estrategia será replicada en otras unidades críticas de los servicios de salud comunales.

Gestión de Eventos Adversos: Como todos los años, la comuna de Puente Alto se ha caracterizado por su elevado número de notificaciones de eventos adversos y centinelas que realizan sus funcionarios en pro de la seguridad de los pacientes según informes del SSMSO. Si bien durante pandemia esto se mantuvo, disminuyó considerablemente respecto a los años previos, por lo que para este periodo nuestro principal objetivo será retomar procesos de sensibilización para la notificación de eventos adversos y centinelas y generar planes de mejora y mejoras concretas oportunas y de calidad para los eventos adversos notificados.

GESTIÓN REGULATORIA

Autorización Sanitaria: Dar continuidad al cierre de brechas de infraestructura de los establecimientos de salud que así lo requieran, además de mantener el diagnóstico de los centros con mayor prioridad y poder optimizar los recursos destinados para este fin. En cuanto a los centros que tiene las brechas de infraestructura resueltas, se continuará con el avance de presentar los antecedentes solicitados por la Secretaría General Ministerial (SEREMI) o al organismo que le competa, trabajando en conjunto a los encargados de calidad de los centros y coordinadores técnicos comunales.

Manejo de los Residuos en la atención de salud: Fortalecer el trabajo implementado a través de una planificación anual de actividades, contemplando el cumplimiento del plan de manejo de residuos y fortalecer las funciones establecidas para encargados de los establecimientos, realizando visitas de acompañamiento programadas a cada estableciendo y plantearnos actividades de mejoras individualizadas dependiendo de la realidad de cada uno de los centros.

Gestión de Documentos: Fomentar la estandarización de procesos, documentar, formalizar y difundir las directrices técnicas desde los coordinadores técnicos facilitando la implementación de estos en los distintos establecimientos o servicios, mejorando continuamente la organización de la documentación digital en la plataforma incorporando la retroalimentación del equipo de salud participante.

Certificación de Autoclaves y sus operadores: Mantener operarios de calderas y autoclaves vigentes para los distintos establecimientos que lo requieran, gestionando la tramitación de las renovaciones de certificados de los funcionarios que así lo requieran y entregar de manera oportuna a la Dirección de Operaciones la necesidad de renovar los certificados de autoclaves que lo requieran, de esta manera poder establecer calendarización de mantenciones programadas.

Ley de Derechos y Deberes de los pacientes: Se proyecta continuar aportando en la promoción, implementación y cumplimiento de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley 20.584), en coordinación con otros actores corporativos, a fin de responder a las exigencias que esta nos obliga como establecimientos asistenciales, así como orientar a los usuarios sobre la relación que esperamos instalar en torno a su atención de salud.

PLAN DE CAPACITACIÓN

La propuesta del Plan anual de capacitación 2023 recoge diferentes ámbitos de interés, con el propósito de responder a las necesidades de formación de los funcionarios de nuestra área de salud. En este sentido, se han considerado los lineamientos estratégicos emanados por el Ministerio de Salud mediante los ejes estratégicos del Programa de Formación de Recursos Humanos, así como lineamientos de resorte local, los que, en su conjunto, pretenden contribuir a la adquisición de nuevas habilidades y herramientas de desempeño de las personas. De este modo, se han incorporado las prioridades de capacitación desde el punto de vista de la gestión técnica, la gestión de calidad y seguridad, y con una especial relevancia, la visión de los propios funcionarios de salud respecto de sus necesidades de formación. Para esto último, se ha efectuado una encuesta abierta a todos los equipos de salud.

La mejora continua de procesos clínicos y administrativos supone la detección de necesidades en la adquisición de herramientas a fin de que quienes entregan el servicio, los funcionarios, desarrollen actividades clínicas seguras y que, quienes lo reciben, nuestros usuarios, obtengan condiciones de atención de salud con calidad y seguridad.

El plan de capacitación pretende alcanzar un estándar de calidad homogéneo en todos nuestros Centros de Salud Corporativos en sus actividades clínicas, administrativas, de apoyo y todas aquellas prestaciones que se enmarcan en el Modelo de Salud Integral Familiar para la atención primaria. Para ello, fortalecer temáticas asociadas al bienestar de los equipos de salud mejorar la entrega de información y trato a nuestros usuarios y sus familias, incentivar el trabajo en equipo, buen clima laboral y fortalecer los conocimientos en interculturalidad, enfoque de género y migrantes.

Para el 2023, se ha considerado, además, la incorporación de capacitaciones asociadas a contribuir al bienestar emocional de los funcionarios de salud, como un especial lineamiento dadas las condiciones sanitarias a las que el equipo de salud se ha visto enfrentado en los últimos años.

Las Orientaciones para la Programación en Red, considera ejes estratégicos para el Plan Anual de Capacitación de las entidades de salud primaria, los que son incorporados como base mínima para la construcción del plan. Estos ejes son:

EJE ESTRATEGICO 1: Medio ambiente y entornos saludables.

EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de vida.

EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades transmisibles.

EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia.

EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad.

EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres.

EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, calidad e innovación

IMPLEMENTACION PLAN DE CAPACITACIÓN 2023 ÁREA DE SALUD

- Las actividades de capacitación se dirigirán a todos los estamentos de la organización fomentando la participación de todos los funcionarios pertenecientes al Área de Salud.
- Las actividades de capacitación serán evaluadas de manera trimestral.

- Cada actividad de capacitación contará con el presupuesto necesario para su financiamiento.

La malla de capacitación 2023 va dirigida a los funcionarios pertenecientes a los Centros de Salud Corporativos, no importando su calidad de contrato, procurando que la participación de la actividad de formación contribuya al desempeño de las labores y resulte atingente a ello.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

El Plan de Capacitación 2023, debe ser evaluado desde el punto de vista de la valoración de los conocimientos adquiridos por el personal que participe en las actividades de capacitación, así como también de la evaluación a corto y mediano plazo de la utilidad práctica de la formación en el desempeño de las personas. La evaluación y seguimiento del programa propuesto como Malla de Capacitación 2023 del Área de Salud será responsabilidad de la Coordinación de Capacitación y Docencia.

Si bien la Malla de Capacitación 2023 constituye el eje en torno al cual se organiza la actividad formativa para el año, ésta debe ser entendida como un instrumento flexible, el cual puede sufrir modificaciones a lo largo del desarrollo del periodo, de acuerdo a las necesidades vayan surgiendo en el contexto sanitario y local. Al finalizar el año, se emitirá un informe con la evaluación de la ejecución de la malla que permita perfeccionarla para los siguientes años.

MODALIDADES DE GESTIÓN FORMATIVA PREVISTAS

La implementación de las actividades formativas se enmarcará en cuatro modalidades de programa:

1. Programas de formación gestionados a través de una OTEC con utilización de franquicia SENCE.

Para cada actividad de capacitación que se incluye en estos programas se selecciona vía licitación una OTEC encargada de entregar y supervisar la adecuación conceptual, metodológica y docente de los mismos.

2. Programas de formación gestionados internamente.

Serán organizados a través de las coordinaciones técnicas dependientes de la subdirección técnica del Área de Salud, de acuerdo con los objetivos y prioridades establecidos en el presente Plan de Formación.

A lo anterior se añade, capacitaciones internas que quieran impartir los mismos funcionarios de los Centros de Salud Corporativos, con la respectiva evaluación y aprobación de la subdirección técnica y el coordinador técnico correspondiente.

3. Programas de formación gestionados a través de los convenios asistenciales – docentes

A través de la suscripción de Convenios Asistenciales – Docentes con diferentes Instituciones de Educación Superior, se desarrollarán actividades de perfeccionamiento para los funcionarios de los Centros de Salud Corporativos, como parte de la retribución por ser Campo Clínico.

4. Programas de formación gestionados directamente desde el servicio de salud metropolitano sur oriente

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

Adicionalmente, el Servicio de Salud tiene a su cargo el Programa “Formación de Especialistas en el nivel de atención primaria de salud (FENAPS)”, el cual busca formar a médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos en especialidades prioritarias para la Atención Primaria de Salud e incrementar sus conocimientos, competencias y aptitudes, mediante su ingreso a programas de educación continua, fortaleciendo así la capacidad formadora de la Red.

FINANCIAMIENTO

El presupuesto 2023 para este concepto es de \$ 14.020.000 (catorce millones veinte mil pesos). Este presupuesto considera las capacitaciones presentadas en la malla para los Centros de Salud.

PROPUESTA DE MALLA DE CAPACITACIÓN 2022

EJES ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	DIRIGIDO A
1.- Enfermedades Transmisibles	PROGRAMA DE VACUNACIÓN	A,B,C
	PROGRAMA TUBERCULOSIS	A,B,C
	CONSEJERIA EN VIH	B
2.- Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	ACTUALIZACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR PARA APS	A,B
	MANEJO PIE DIABETICO	B
	ESTRATEGIA DE SALUD CENTRADA EN LAS PERSONAS	A,B,C
	RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA PARA TECNICOS EN ODONTOLOGIA	C
	ORTODONCIA EN APS	A
	SALUD MENTAL EN APS	A,B
	REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP BASICO)	B,C,D,E,F
	APOYO VITAL AVANZADO PEDIATRICO (PALS)	A
	APOYO VITAL AVANZADO CARDIOVASCULAR (ACLS)	A,B
3.- Curso de vida	SALUD FAMILIAR	A,B,C,D,E,F
	ADOLESCENTE	A,B,C
	ACTUALIZACION EN PROGRAMAS PREVENTIVOS EMP Y EMPAM	B,C
	MANEJO BASICO DEL PACIENTE EN FIN DE VIDA	A,B,C

	CAPACITACIÓN EN RIESGO CARDIOVASCULAR Y CLIMATERIO	B
4.- Equidad y salud en todas las políticas	DERECHO, SALUD Y MIGRACION	A,B,C,D,E,F
	LENGUAJE DE SEÑAS	A,B,C,D,E,F
	EQUIDAD DE GENERO, DIVERSIDAD SEXUAL	A,B,C,D,E,F
	MUJERES Y PARTICIPACION LABORAL	A,B,C,D,E,F
	SALUD INTERCULTURAL	A,B,C,D,E,F
5.- Medio Ambiente	MANEJO DE RESIDUOS ESPECIALES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	A,B,C
6.- Institucionalidad del sector salud	PATOLOGIAS GES Y SIGGES	A,B,C,D,E
	PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS	A,B,C,D,E,F
	EXCEL	A,B,C,D,E,F
7.- Calidad de la atención	PROTOCOLO ATENCIÓN USUARIO	A,B,C,D,E,F
	FORMACION PARA EVALUADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD	B
	CONSTRUCCION INDICADORES EN SALUD	A,B,C
	SALUD MENTAL EN EL TRABAJO, HERRAMIENTAS PARA EL LIDERAZGO	A,B
	GESTION EMOCIONAL EN ATENCION DE USUARIOS	C,E
	CALIDAD Y ACREDITACION	A,B,C,D,E,F
	GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	A,B,C,D,E,F
	EVENTOS ADVERSOS	A,B,C,D,E,F
	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD	A,B,C,D,E,F
	TRABAJO EN EQUIPO	A,B,C,D,E,F
	CURSO EN MANEJO DE HERIDAS	B,C,D
8.- Emergencias, desastres y epidemias	TALLER USO Y MANEJO DE EXTINTOR	A,B,C,D,E,F
	CUIDADO DE SALUD MENTAL DE EQUIPOS DE SALUD	A,B,C,D,E,F

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

La Unidad de Investigación ha venido desarrollando actividades desde el año 2011 y aspira a ser un apoyo estratégico a la organización de forma tal de obtener conocimiento para el mejoramiento de la gestión y también las prácticas de salud. Dado que es un ámbito en desarrollo en el nivel primario de atención, lentamente se ha instalado su funcionamiento, alcanzando su formalización el año 2019, incorporándose en el organigrama del área de salud

Actualmente se cuenta con un convenio de colaboración con el INTA y, en proceso de firma, un convenio con la Universidad del Desarrollo. Con ambas instituciones se desarrollan proyectos que apuntan a temas prioritarios en el nivel primario de salud como son obesidad, cáncer, habilidades parentales, salud mental todos realizados en población materno infantil.

A la fecha desarrolla proyectos de investigación como coautor y también colaborador con diversas entidades académicas entre las que se encuentran: Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad del Desarrollo, Universidad Andrés Bello, entre otras, logrando publicar en revistas indexadas a la fecha un total de 6 artículos de interés científico que podrán aportar conocimiento a la academia en la formación de nuevos profesionales.

El mayor desafío actual de la unidad es lograr difundir a nivel local los resultados obtenidos e impactar positivamente en las prácticas de salud actualmente desarrolladas:

- 1) Fortalecer la coordinación a través de su jefatura con el resto de la organización calendarizando reuniones de trabajo periódicas con:
 - i) Subdirección Técnica y equipo.
 - ii) Directores de Centros de Salud y Transversales
- 2) Consolidar y ampliar las competencias del RRHH participante
 - a) Incorporar horas de trabajo estable de profesional TI, además de mantener las horas de los profesionales actuales.
- 3) Determinar medios de difusión y retroalimentación del desarrollo de las investigaciones realizadas en la comuna y sus resultados.
 - a) Incorporar una carpeta de Investigación en la Intra red Administración de Salud que contenga:
 - I. Publicaciones
 - II. Resúmenes
 - b) Publicar y presentar resultados de proyectos en revistas científicas y congresos.
 - c) Difundir en noticias CMPA resultados relevantes
- 4) Potenciar y ampliar los convenios de colaboración con equipos de investigación que compartan líneas de interés.
 - a) CIAPEC INTA
 - b) UCHILE
 - c) UDD

SALUD OCUPACIONAL

La pandemia ha puesto en tensión a la sociedad y sus instituciones, dentro de las cuales se destaca el rol del personal de salud de los diferentes centros, en el control de la epidemia y en la atención de las personas cuya salud se ve afectada. El personal de salud no está ajeno a esta situación, a la vez que deben mantener su trabajo en la atención directa de las personas que lo requieren. Como resultado, están sometidos a elevados niveles de estrés por la carga asistencial y la violencia que se ha visto en alza por los usuarios del sistema de atención primaria, si bien esto históricamente afectaba a algunos puestos de trabajo, actualmente es generalidad. La alta exposición de los trabajadores a agresiones repercute negativamente en su seguridad y salud, por lo cual se han tenido que evaluar estrategias para mejorar estos ámbitos.

CONCEPTOS CLAVES:

- A. Accidentes del trabajo: accidente del trabajo es toda lesión que sufra un trabajador a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.
- B. Enfermedad profesional: enfermedad profesional es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

ANTECEDENTES GENERALES:

A. Análisis año 2021- Primer semestre 2022:

Durante el primer semestre de 2021, el Área de salud presentó 257 siniestros, de los cuales 178 fueron acogidos por el organismo administrador de la Ley (OAL) n° 16.744. El segundo semestre presentó una disminución del 58% de los siniestros ingresados, 120 ingresos son acogidos por el OAL. La disminución de las enfermedades profesionales coincide con el comportamiento de la pandemia, pero podemos reconocer que existe un aumento en los ingresos por accidentes del trabajo.

El primer semestre del 2022 a nivel nacional se experimenta un alza en los casos. La sensación de seguridad en la población debido a la amplia cobertura de vacunación contra el Covid-19 y la baja adherencia en relación a las medidas sanitarias preventivas por el exceso de confianza influyen en la estadística de las enfermedades profesionales del periodo.

SINIESTRO	1° Semestre 2021	2° Semestre 2021	1° Semestre 2022
	N° de Casos	N° de Casos	N° de Casos
Accidente de Trabajo	36	52	61
Accidente de Trayecto	11	14	23
Enfermedad Profesional	121	54	227
No Ley	60	28	34
Total general	228	148	260

B. Análisis enfermedades profesionales calificadas por factor:

Durante el año 2021 se presentaron 155 enfermedades relacionadas a la exposición a Covid-19, 12 enfermedades relacionadas al factor de psicosocial y 8 enfermedades relacionadas a los insumos tales como mascarillas, guantes, jabón y alcohol gel, lo cual tienen directa relación con las medidas de protección universales existentes para la prevención del Covid-19 en la atención de usuarios.

El 2022 se inicia con un alza de casos Covid-19 laborales, lo que coincide con la entrada de otra variante al territorio nacional “Ómicron” que tiene un contagio más rápido que las variantes descubiertas hasta la fecha. A junio 2022 se cuenta con 188 casos Covid-19 catalogados como de origen laboral, 8 casos relacionados a factores psicosociales y 3 dermatitis.

Factor	1° Semestre 2021	2° Semestre 2021	1°Semestre 2022
	N° de Casos	N° de Casos	N° de Casos
Biológico (Exposición Sars-Cov-2)	119	36	188
Psicosocial (Neurosis Laboral)	1	11	8
Ergonómicos (Posturas inadecuadas)	0	0	0
Químicos (Dermatitis)	1	7	3

C. Análisis accidentes del trabajo por casuística:

El año 2021 y 2022 la casuística se mantiene dentro de los parámetros del área de salud. Pero si se puede evidenciar el 2022 existe un incremento considerable en los ingresos por agresión.

Casuística	1° Semestre 2021	2° Semestre 2021	1°Semestre 2022
	N° de Casos	N° de Casos	N° de Casos
Agresión	0	1	11
Atrapamiento	2	6	2
Atropellamiento o Choque	4	1	3
Caída a distinto nivel	0	1	0
Caída al mismo nivel	2	9	7
Cortante	0	1	6
Corto punzante	11	19	15
Golpeado por/ con/ contra	4	5	6
Mordeduras	1	1	1
Proyección de partículas	0	2	0
Proyección de líquidos	0	0	2
Quemadura	1	0	2
Reacción alérgica	2	0	0

Sobreesfuerzo por movimiento brusco	1	0	0
Sobreesfuerzo por peso excesivo	0	0	1
Torcedura	1	6	2
Tropiezo por desnivel	0	0	2
Reacción a vacuna Covid-19	7	0	1
Total	36	52	61

OBJETIVOS 2023

En contexto de la emergencia sanitaria COVID-19, se proyecta mantener actualizado los conocimientos y medidas más efectivas para la prevención de esta patología en contexto laboral, fomentando el autocuidado de nuestros funcionarios, además de la patología “Viruela del Mono”. En relación al alza de casos por agresión de usuarios, el objetivo 2023 es poder fortalecer la mesa de seguridad Local de Puente Alto, cuyo objetivo es entregar orientaciones generales a partir de la definición de gestiones mínimas para la implementación de acciones preventivas y de apoyo institucional que permita dar respuesta oportuna y efectiva a funcionarios/as de salud víctimas de agresiones por parte de usuarios/as y/o sus acompañantes, durante el ejercicio de sus funciones.

Además, se implementarán acciones concretas en el marco del plan de prevención, tales como:

- Formalización de autocuidados en los centros de salud, buscando mejorar la prevención en temas de salud mental funcionaria
- Intermediación protocolizada en crisis, ya sean entre funcionarios como con la comunidad
- Instalación de cámaras de seguridad y de botones de pánico en los centros de salud
- Fortalecimiento de alianzas con seguridad municipal, Carabineros y PDI

PLANIFICACIÓN SALUD OCUPACIONAL 2023

Objetivo	Estrategia	Temática	Actividades	Meta	Responsable
Gestionar los riesgos asociados al quehacer de los funcionarios de la red de centros	Desarrollar un programa de salud ocupacional cuyo propósito es planificar, organizar, dirigir y controlar actividades definidas para fomentar el progreso de una cultura preventiva en la red de centros del Área de salud.	COVID-19	1.- Implementar medidas preventivas obligatorias para COVID-19 en establecimientos de salud según lo establecido en Protocolo de vigilancia Covid-19.	100% de los centros de salud	Dirección de los centros-Asesor en Prevención de Riesgos-Comité paritario de Higiene y Seguridad
			2.-Ejecutar capacitaciones al personal no clínico sobre COVID-19.	60% del personal no clínico de los centros de salud	Comité paritario de Higiene y Seguridad
			3.- Ejecución de campaña interna para reforzar las conductas de autocuidado para evitar el contagio de COVID-19	Disminuir en 40% los ingresos por COVID-19 de origen laboral	Comité paritario de Higiene y Seguridad Asesor en prevención de Riesgos Área de Salud. Mutualidad adherida
		Comités paritarios de higiene y seguridad	4.- Formación en salud ocupacional: - Orientación en prevención de riesgos - Identificación de peligros - Investigación de accidentes	Capacitar al 60% de los integrantes de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad en los centros de salud.	Asesor en prevención de Riesgos
		Programas de vigilancia	5.- Implementación en un 100 % el programa de Manejo manual de cargas (MMC) y trastorno músculo-esqueléticos relacionados al trabajo (TMERT)	1 centro de la red (PMV)	Dirección del centro Comité paritario de Higiene y Seguridad Mutualidad adherida

		Procedimientos de prevención	6.- Elaboración de procedimientos de manejo seguro de elementos cortopunzantes	100% de los centros de salud	Dirección del centro Comité paritario de Higiene y Seguridad
		Salud mental	7.- Elaboración de procedimientos y sociabilización de estos, adecuación de puestos de trabajo, etc.)	Cumplimiento del 80% de medidas entregadas por organismo administrador de la Ley N° 16.744	Dirección del centro Dirección salud Comité paritario de Higiene y Seguridad
		Prevención de agresiones	8.- Difusión de procedimientos elaborados por la mesa de seguridad local de Puente Alto ante agresiones verbales, psicológicas, físicas y sexuales por parte de usuarios/as y/o sus acompañantes en contra de funcionarios/as de salud.	Registro semestral actualizado de difusión local	Dirección de los centros-Asesor en Prevención de Riesgos-Comité paritario de Higiene y Seguridad
			9.- Reforza la notificación y registro de agresiones de los centros de salud de la CMPA.	Registro mensual de envío de planilla de agresiones	Refertes locales de notificación de agresiones hacia personal de salud - Referente comunal de notificación de agresiones de Puente Alto-Comité paritario de Higiene y Seguridad.

DOTACIÓN

Los funcionarios son el recurso más importante para poder cumplir los objetivos y desafíos de la Corporación, por lo que contar con una dotación apta en competencias acordes a una alta calidad de desempeño, debe ser la meta a alcanzar para poder otorgar prestaciones de calidad a cada uno de los usuarios de la comuna.

Para determinar la dotación 2023 de funcionarios que la comuna necesita, se debe considerar la población inscrita validada, las características locales de los usuarios del territorio, las prestaciones entregadas, financiamiento de las prestaciones y la capacidad estructural de cada centro.

DOTACION COMUNAL						
DOTACION GESTION y ADMINISTRATIVA						
Categoría funcionaria		Estamento	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº horas habitantes /inscrito
Gestión Directiva	Directivos Dirección Salud	Médicos	1	44	1	0,0001
		Odontólogos	0	0	0	0,0000
		Químicos Farmacéuticos	1	44	1	0,0001
		Enfermera	1	44	1	0,0001
		Nutricionista	0	0	0	0,0000
		Matrona	0	0	0	0,0000
		Asistente Social	0	0	0	0,0000
		Psicólogo	1	44	1	0,0001
		Kinesiólogo	0	0	0	0,0000
		Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0,0000
		Tecnólogo medico	0	0	0	0,0000
		Educadora Párvulo	0	0	0	0,0000
		Profesor Educación Física	0	0	0	0,0000
		Fonoaudióloga	0	0	0	0,0000
	Directivos Dirección CESFAM	Médicos	1	44	1	0,0001
		Odontólogos	0	0	0	0,0000
		Químicos Farmacéuticos	1	44	1	0,0001
		Enfermera	3	132	3	0,0004
		Nutricionista	0	0	0	0,0000
		Matrona	0	0	0	0,0000
		Asistente Social	1	44	1	0,0001
		Psicólogo	2	88	2	0,0002
		Kinesiólogo	1	44	1	0,0001
		Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0,0000
		Tecnólogo medico	0	0	0	0,0000
		Educadora Párvulo	0	0	0	0,0000

		Profesor Educación Física	0	0	0	0,0000
		Fonoaudióloga	0	0	0	0,0000
		Otro. Especificar	0	0	0	0,0000
Gestión administrativa		Médicos	21,75	957	21,75	0,0026
		Odontólogos	7	308	7	0,0009
		Químicos Farmacéuticos	6	264	6	0,0007
		Enfermera	7	308	7	0,0009
		Nutricionista	5,25	231	5,25	0,0006
		Matrona	9,5	418	9,5	0,0012
		Asistente Social	4,5	198	4,5	0,0005
		Psicólogo	5	220	5	0,0006
		Kinesiólogo	4	176	4	0,0005
		Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0,0000
		Tecnólogo medico	0	0	0	0,0000
		Educadora Párvulo	0	0	0	0,0000
		Profesor Educación Física	0	0	0	0,0000
		Fonoaudióloga	0	0	0	0,0000
		Otro. Especificar Ingeniero	12	528	12	0,0015
		TENS	0	0	0	0,0000
		TANS	4,5	198	4,5	0,0005
		TONS	0	0	0	0,0000
		Tec. Rehabilitación	0	0	0	0,0000
		Tec. Servicio Social	0	0	0	0,0000
		Otro. Especificar	0	0	0	0,0000
		Paramédico	0	0	0	0,0000
		Administrativos	0	0	0	0,0000
Sub Total			99,5	4378	99,5	0,0121
DOTACION ASISTENCIAL						
Categoría funcionaria	Estamento	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº horas habitantes /inscrito	
Categoría A	Médicos	174,25	6226	141,5	0,0172	
	Odontólogos	100	2464	56	0,0068	
	Químicos Farmacéuticos	13	528	12	0,0015	
Categoría B	Enfermera	130	4928	112	0,0136	
	Nutricionista	48,75	1672	38	0,0046	
	Matrona	68,5	2607	59,25	0,0072	
	Asistente Social	54,5	2288	52	0,0063	
	Psicólogo	69	2409	54,75	0,0067	
	Kinesiólogo	67	2178	49,5	0,0060	
	Terapeuta Ocupacional	12	528	12	0,0015	
	Tecnólogo medico	24	1012	23	0,0028	

	Educadora Párvulo	12	440	10	0,0012
	Profesor Educación Física	3	209	4,75	0,0006
	Fonoaudióloga	3	88	2	0,0002
	Otro. Especificar	18	572	13	0,0016
Categoría C	TENS	440	18084	411	0,0501
	TANS	91,5	3861	87,75	0,0107
	TONS	50	1771	40,25	0,0049
	Tec. Rehabilitación	0	0	0	0,0000
	Tec. Servicio Social	2	132	3	0,0004
	Otro. Especificar	2	88	2	0,0002
Categoría D	Paramédico	30	1199	27,25	0,0033
Categoría E	Administrativos	174	7205	163,75	0,0199
Categoría F	Conductores	48	2156	49	0,0060
	Auxiliares de servicio	38	1672	38	0,0046
	guardias	0	0	0	0,0000
Sub Total		1672,5	64317	1461,75	0,1780
DOTACION TOTAL		1772	68695	1561,25	0,1901

Esta dotación está sujeta a cambios en espera de la aprobación final desde el Servicio de Salud.

ASIGNACIONES

Según lo establecido en la Ley 19.378, Estatuto de atención primaria, se asignan asignaciones de responsabilidad, art. 27, art 45 de la Ley. Se asigna a directores 30%, subdirectores 25%, coordinadores comunales 20%, jefes de sector 15%, otras jefaturas 10%, además de asignación especial a médicos con EUNACOM, en nivel bajo 12 para asimilarlo a nivel 12 y asignaciones en cargos directivos para asimilar según función.

PRESUPUESTO

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

Per Cápita Basal = tarifa estipulada por el MINSAL, según la canasta de prestaciones a entregar.

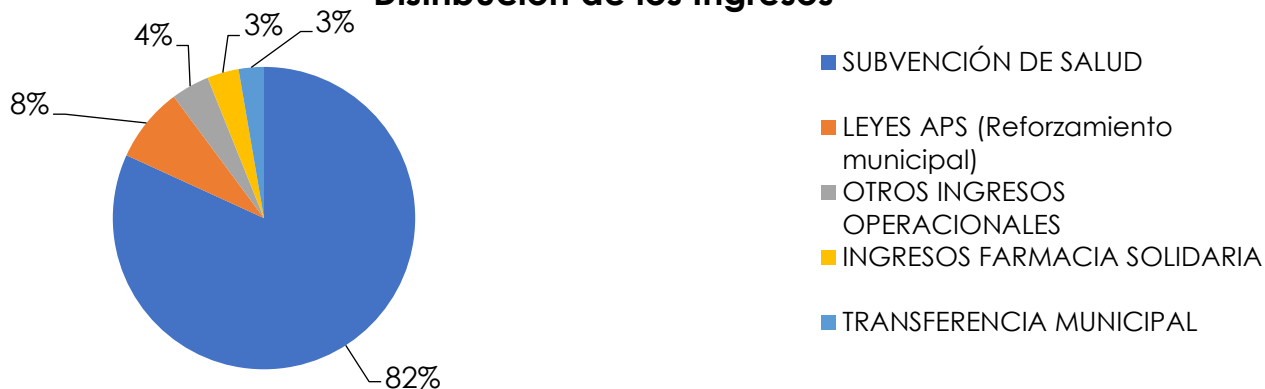
+ Índice de pobreza (6%) = indicador que mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal.

Per Cápita Real = Subvención de Salud (sin considerar la asignación de los adultos mayores)
Nº de Inscritos validados por FONASA en la comuna: 359.975.-

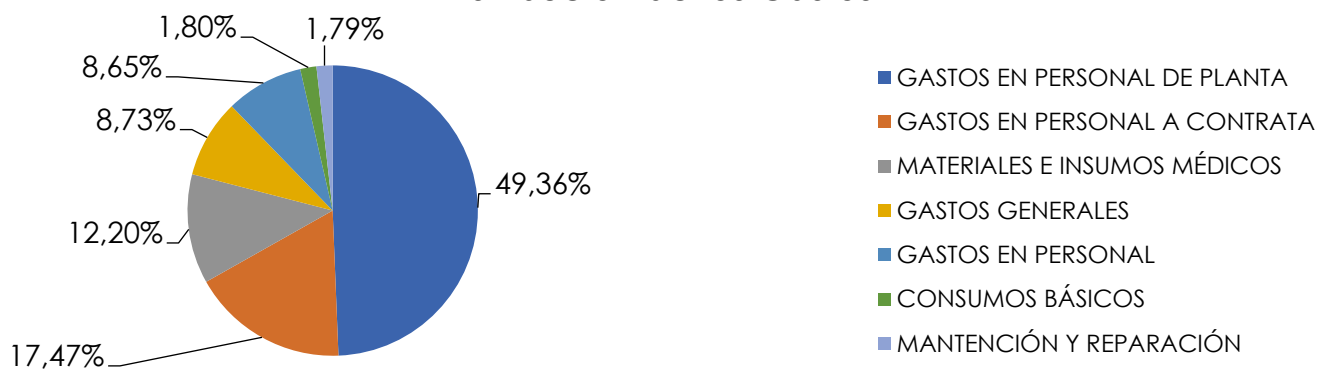
El presupuesto propuesto para el año 2023 es el siguiente:

INGRESOS	
SUBVENCIÓN DE SALUD	\$ 42,370,113,733
LEYES (Reforzamiento municipal)	\$ 4,148,412,007
OTROS INGRESOS OPERACIONALES	\$ 2,116,919,274
INGRESOS FARMACIA SOLIDARIA	\$ 1,750,491,171
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$ 1,397,117,434
TOTAL INGRESOS	\$ 51,783,053,619
GASTOS EN PERSONAL	
GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA	\$ 25,562,301,417
GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA	\$ 9,047,413,236
GASTOS EN PERSONAL	\$ 4,476,883,706
TOTAL GASTOS EN PERSONAL	\$ 39,086,598,359
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS	\$ 6,316,340,449
GASTOS GENERALES	\$ 4,519,234,745
CONSUMOS BÁSICOS	\$ 932,641,249
MANTENCIÓN Y REPARACIÓN	\$ 928,238,818
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$ 12,696,455,260
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
TOTAL GASTO	\$ 51,783,053,619
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$ -

Distribución de los Ingresos



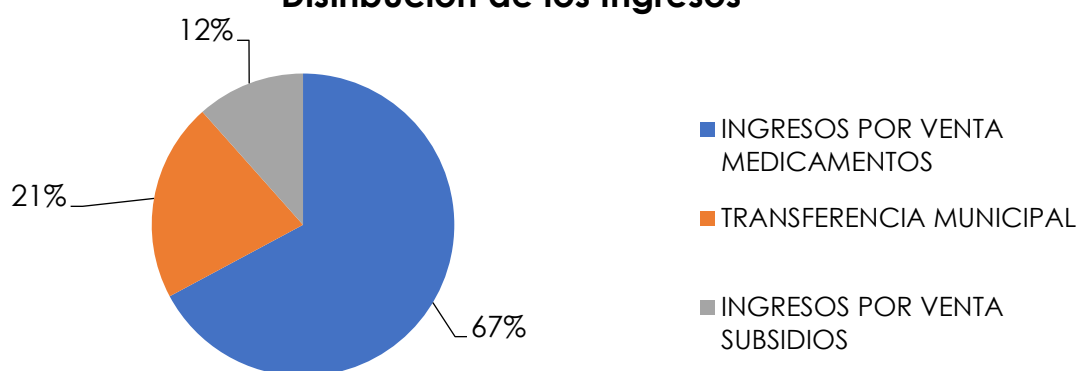
Distribución de los Gastos



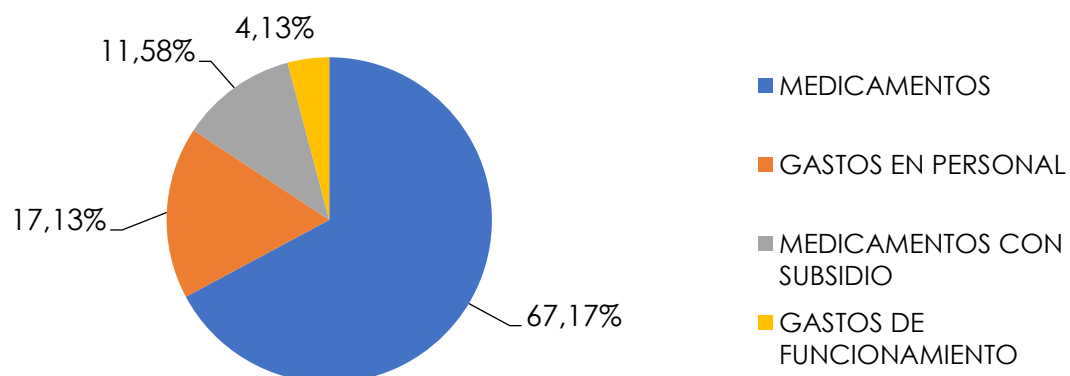
PPTO. FARMACIA SOLIDARIA

INGRESOS		
INGRESOS POR VENTA MEDICAMENTOS	\$	1,493,082,711
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$	472,367,816
INGRESOS POR VENTA SUBSIDIOS	\$	257,408,460
TOTAL INGRESOS	\$	2,222,858,987
GASTOS		
MEDICAMENTOS	\$	1,493,082,711
GASTOS EN PERSONAL	\$	380,669,732
MEDICAMENTOS CON SUBSIDIO	\$	257,408,460
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$	91,698,084
GASTO TOTAL Y RESULTADO		
TOTAL GASTO	\$	2,222,858,987
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$	-

Distribución de los Ingresos



Distribución de los Gastos



PROYECTOS FUTUROS

Debido a la continuidad de la pandemia durante 2022, no fue posible ejecutar varias de las medidas previamente planificadas. Sin embargo, esto ha permitido mejorar su alcance y planificación, esperando poder ser finalmente concretadas para 2023.

CENTRO DE DIÁLISIS

El proyecto de centro de diálisis ya cuenta con un terreno asignado, correspondiente a la calle Independencia 1353, casi en esquina con Av. Ejército Libertador. Durante el primer trimestre de 2022 se realizaron reuniones con vecinos del sector, quienes expresaron su conformidad y expectativa con la construcción de este centro. De esta forma, se podrá ir en ayuda a varios de los vecinos pertenecientes a las villas cercanas y al sector en general, que concentra un gran número de personas en necesidad de diálisis.

Durante 2022 se completará el diseño del centro y la regularización del terreno, planificando entonces la construcción de este centro para 2023.

SAPU VISTA HERMOSA, SAPU LAURITA VICUÑA Y SAR CARDENAL R. SILVA HENRÍQUEZ

Se han insistido las gestiones para consolidar la presencia de estos dos centros de urgencia local, los cuales irían en directo beneficio de más de 50.000 vecinos de la comuna, mejorando el acceso y disminuyendo los tiempos de espera. A pesar de que no se ha obtenido respuesta positiva desde MINSAL, se seguirá impulsando la medida.

En el caso del SAR de CRSH, se iniciarán las obras antes del fin de 2022, pudiendo concretar su construcción en 2023.

DROGUERÍA COMUNAL Y SEGUNDA FARMACIA SOLIDARIA

La gran demanda de medicamentos que existe a nivel comunal, tanto en los centros de salud corporativos, como en la farmacia solidaria, han levantado la necesidad de contar con una droguería comunal, o centro de distribución de medicamentos, el cual permitirá mejorar el acceso de la población a medicamentos de calidad, mejorando sus condiciones de almacenamiento y la lógica de la distribución. Además, esta droguería contará con una segunda sucursal de la farmacia solidaria, o farmacia solidaria 2, permitiendo acercar al sector norte de la comuna a este importante dispositivo, dando cuenta de que gran parte de los inscritos y beneficiarios de esta farmacia pertenecen a ese sector.

De la misma forma, se contará con un centro de distribución mejorado para el despacho a domicilio de medicamentos, existiendo incluso la posibilidad de incorporar un recetario magistral, lo que ayudaría a disminuir aún más el costo de la salud de los vecinos.

Se espera que a fines de 2022 se complete la fase de diseño y planificación de la droguería + farmacia solidaria 2, iniciando el proceso de búsqueda de financiamiento e inicio de la construcción durante 2023.

NUEVOS CESFAM COMUNALES

Para fines de 2022, se avanzará en la construcción del nuevo CESFAM ubicado en el sector de Troncal San Francisco, a un costado del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Este nuevo centro de salud tendrá una capacidad de 30.000 personas, y permitirá aumentar la cobertura en el sector oriente de la comuna, apoyando al CESFAM Padre Manuel Villaseca, y entregando una alternativa más cercana para los vecinos del sector de Andes del Sur y sus alrededores.

Adicionalmente, nos encontramos en la etapa de diseño y planificación de otro CESFAM en el sector de Nosedal, ubicado cerca del CRS Provincia Cordillera, con una capacidad para 30.000 personas. Este centro representará un avance en el acceso a salud de la población de este sector, entregando una alternativa a los CESFAM San Gerónimo y Cardenal Raúl Silva Henríquez. Se espera que durante 2023 se complete la parte inicial, y pueda iniciarse el proceso de licitación para su construcción.

REPOSICION SEGUNDO EQUIPO DE RAYOS OSTEOPULMONAR CENTRO DE IMÁGENES

Dada la antigüedad (15 años de funcionamiento efectivo) y dificultad en la disponibilidad de repuestos cada vez mayor para la reparación y mantención del segundo equipo de rayos osteopulmonar con que cuenta el Centro de Imágenes (ubicado en sala 5), se presentará un proyecto para su renovación (reposición). El propósito es reemplazarlo por un equipo de rayos osteopulmonar digital directo, similar al adquirido en el año 2021, con lo cual se podrá responder a la demanda de exámenes óseos principalmente, y aumentar los cupos para el cumplimiento de metas asociados al convenio de Imágenes Diagnosticas. La reposición implica invertir en el equipo nuevo principalmente, ya que las condiciones de infraestructura, recurso humano y conexión a sistemas tecnológicos ya se encuentran resueltas de la sala donde se instalaría.

MODERNIZAR SISTEMA DE COMUNICACIONES ENTRE CENTRAL DE AMBULANCIAS Y MÓVILES DE URGENCIA

Dada la importancia de contar con un sistema de comunicaciones efectivo, oportuno y permanente (con funcionamiento 24/7) disponible para la constante comunicación entre la Central de Ambulancia y los móviles que se encuentren desplegados en el territorio, es necesario elaborar un proyecto de modernización del actual sistema de comunicaciones, mediante su presentación en las instancias correspondientes para obtener su financiamiento, proyecto que debe considerar la necesidad de contar con un sistema de señal independiente (para captación de frecuencia radial), equipamiento para todos los móviles y capacitación al personal que lo operará, lo cual requiere evaluación de factibilidad previa por las condiciones de acceso e instalación de antenas que se podrían requerir.