

PLAN DE SALUD 2024 AREA DE SALUD

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

*Vive, sueña y crece
en Puente Alto*

CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	5
PRESENTACIÓN	7
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	8
1. VISIÓN.....	8
2. MISIÓN	8
3. VALORES CORPORATIVOS	8
ORGANIGRAMAS DEL ÁREA DE SALUD CORPORATIVA.....	9
1. DIRECCIÓN DE SALUD	9
2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA	9
3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES	10
4. SUBDIRECCIÓN DE APOYO A LA GESTIÓN Y CALIDAD	10
5. SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN	11
DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL.....	12
1. NATALIDAD	12
2. MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL.....	12
3. MORBILIDAD	17
MALNUTRICIÓN.....	17
TABAQUISMO	18
PATOLOGÍAS CARDIOMETABÓLICAS.....	19
4. ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	20
5. VIVIENDA.....	22
6. DESARROLLO ECONÓMICO	23
RESUMEN DE PRINCIPALES INDICADORES	24
7. POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA EN CENTROS DE SALUD DE PUENTE ALTO.....	25
8. REFERENCIAS – CONTRARREFERENCIAS Y GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) 28	
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES).....	29
SERVICIOS DE LA RED DE SALUD CORPORATIVA	30
1. CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	31
CES Dr. Alejandro del Río	36
CESFAM Padre Manuel Villaseca	38
CESFAM Laurita Vicuña	40
CESFAM Bernardo Leighton.....	42
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	44
CESFAM Karol Wojtyła.....	46
CESFAM San Gerónimo.....	48
CESFAM Vista Hermosa.....	50
2. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO	52
CARTERA DE PRESTACIONES LABORATORIO COMUNAL 2024.....	52
3. CENTRO DE IMÁGENES (CDI)	55
4. CENTRAL DE AMBULANCIAS.....	58
5. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)	61
6. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS (CEP) SAN LÁZARO.....	67
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO).....	67

UNIDAD DE ATENCIÓN DENTAL	68
UNIDAD DE GINECOLOGÍA	69
UNIDAD DE ATENCIÓN DE MAMAS	69
POLICLÍNICO DE UROGINECOLOGÍA.....	70
POLICLÍNICO DE UNACESS	70
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (UAPORRINO)	70
TELEDERMATOLOGÍA.....	72
UNIDAD DE RESOLUTIVIDAD INFANTO JUVENIL.....	72
UNIDAD DE ESPIROMETRÍA	73
MEDICINA INTERNA	73
SALA REHABILITACIÓN INFANTIL CHCC.....	74
7. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COSAM CEIF (CENTRO Y NORTE)	75
8. ESTRATEGIA DE ATENCIONES EN TERRENO.....	78
EQUIPO ATENCIÓN INTEGRAL EN TERRENO.....	78
FONO SALUD	78
APOYO DE OXIGENOTERAPIA EN DOMICILIO.....	79
VACUNACIÓN COMUNAL CONTRA EL COVID-19 E INFLUENZA.....	79
9. CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN (CCR): ALEJANDRO DEL RÍO, VISTA HERMOSA Y SAN LÁZARO	81
PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS:.....	81
PATOLOGÍAS MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:	81
PRESTACIONES	81
10. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI).....	83
11. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL.....	86
BODEGA DE SALUD Y PROYECTO DE DROGUERIA COMUNAL.....	89
DESPACHO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO.....	89
VIGILANCIA Y AUDITORÍA DE PROCESOS DE FARMACIA.....	90
ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE SALUD	91
12. FARMACIA SOLIDARIA.....	93
PRESTACIONES	93
13. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	94
14. COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA.....	95
15. COMITÉ DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (CODIMED)	95
OBJETIVOS SANITARIOS Y COORDINACIÓN TÉCNICA.....	97
RESULTADOS SANITARIOS E INDICADORES OFICIALES.....	99
CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS DEL AÑO 2022	101
CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS A JUNIO DE 2023.....	102
SALUD ORAL.....	103
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	105
SALUD MENTAL	107
SALUD INFANTO JUVENIL.....	109
SALUD DEL ADULTO Y PERSONAS MAYORES.....	111
SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS.....	114
PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	116
COORDINACIÓN DE REDES Y GES	117
CUMPLIMIENTO GES.....	119
UNIDADES DE APOYO CLINICO (UAC).....	120
PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA	124

1. PROMOCIÓN DE SALUD	124
2. PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA	125
SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA.....	128
PERSONAS MIGRANTES.....	130
ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL EN SALUD	134
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	134
OBJETIVOS	134
ACTIVIDADES.....	135
RECURSOS	135
PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA	136
1. CONTINUIDAD DEL CUIDADO	136
2. MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA	136
<i>SALUD DE LA INFANCIA</i>	<i>137</i>
<i>SALUD DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</i>	<i>165</i>
<i>SALUD EN LA EDAD ADULTA</i>	<i>186</i>
<i>SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES</i>	<i>210</i>
<i>SALUD TRANSVERSAL – PROMOCIÓN DE SALUD.....</i>	<i>228</i>
CONTROL DE GESTIÓN: AGENDAMIENTO, INTELIGENCIA EN SALUD Y TELEASISTENCIA	234
SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD.....	234
PROYECTO DE TELESALUD EN VISTA HERMOSA	235
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD	236
PLAN DE CAPACITACIÓN	242
<i>IMPLEMENTACION PLAN DE CAPACITACIÓN 2024 ÁREA DE SALUD</i>	<i>242</i>
<i>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN</i>	<i>243</i>
<i>MODALIDADES DE GESTIÓN FORMATIVA PREVISTAS</i>	<i>243</i>
<i>FINANCIAMIENTO</i>	<i>244</i>
<i>PROPUESTA DE MALLA DE CAPACITACIÓN 2024</i>	<i>244</i>
<i>RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE (RAD).....</i>	<i>245</i>
<i>FUNCIONAMIENTO Y CAPACIDAD DE LA RAD.</i>	<i>245</i>
<i>CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES VIGENTES.....</i>	<i>246</i>
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	247
SALUD OCUPACIONAL	248
ANÁLISIS ENFERMEDADES PROFESIONALES AÑO 2022- 1º SEMESTRE 2023	248
ANÁLISIS CASUÍSTICO ACCIDENTES DEL TRABAJO AÑO 2022- 1º SEMESTRE 2023:	249
PLANIFICACIÓN SALUD OCUPACIONAL 2024.....	250
DOTACIÓN	253
<i>ASIGNACIONES</i>	<i>257</i>
PRESUPUESTO	260
PROYECTOS FUTUROS	264
SAPU VISTA HERMOSA, SAPU LAURITA VICUÑA Y SAR CARDENAL R. SILVA HENRÍQUEZ	264
DROGUERÍA COMUNAL Y TERCERA FARMACIA SOLIDARIA	264
NUEVOS CESFAM COMUNALES	265
CENTRO DE DIÁLISIS	265
REPOSICION SEGUNDO EQUIPO DE RAYOS OSTEOPULMONAR Y DE ECÓGRAFOS DEL CENTRO DE IMÁGENES COMUNAL	265
MODERNIZAR SISTEMA DE COMUNICACIONES ENTRE CENTRAL DE AMBULANCIAS Y MÓVILES DE URGENCIA	265

ATENCIONES TERRITORIALES, CLÍNICAS MÓVILES Y DESPACHO A DOMICILIO DE
MEDICAMENTOS266





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-glutamil 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 Wojtyła
 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
UNACCESS: 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
VH: Vista Hermosa



PRESENTACIÓN

Estimado equipo de salud,

Es un placer presentarles el Plan de Salud 2024. En este momento crucial, reflexionemos sobre la historia de nuestros centros, su crecimiento, aciertos y desafíos, para avanzar con determinación hacia un futuro claro y con objetivos definidos.

El Plan de Salud 2024 es el fruto de una construcción colectiva que busca abordar distintas perspectivas de nuestra realidad sanitaria, avanzando en un modelo de mejora continua mediante innovación, planificación, control de gestión y humanización. Se basa en nuestra misión, visión y valores corporativos, respaldados por el Sr. Germán Codina Powers y la Sra. Daniela Torres Faini, quienes nos encomiendan ofrecer prestaciones con calidad y empatía.

En el próximo año, centraremos nuestros esfuerzos en la planificación y programación de nuestra cartera de servicios, con el fin de optimizar procesos, brindando atención de calidad y seguridad a las personas, sus familias y la comunidad, quienes deben ser el centro de nuestra labor. Para conseguir este logro, la estandarización de procesos será clave para lograr eficiencia y consistencia en todos los aspectos de nuestros servicios, fundamentados en el buen trato, calidad humana e integralidad.

Nuestros colaboradores son nuestro recurso principal por esto reafirmamos nuestro compromiso con un entorno laboral que promueva la salud y la satisfacción de cada miembro de nuestro valioso equipo. Por este motivo, agradezco profundamente a los equipos por su dedicación, integridad y respeto. Los invito a mantener nuestro trabajo con la responsabilidad que nos caracteriza, construyendo juntos el camino que queremos transitar para el próximo año y futuros. Sigamos trabajando unidos para alcanzar nuevos niveles de excelencia en el cuidado de nuestra comunidad.

Un afectuoso abrazo.



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

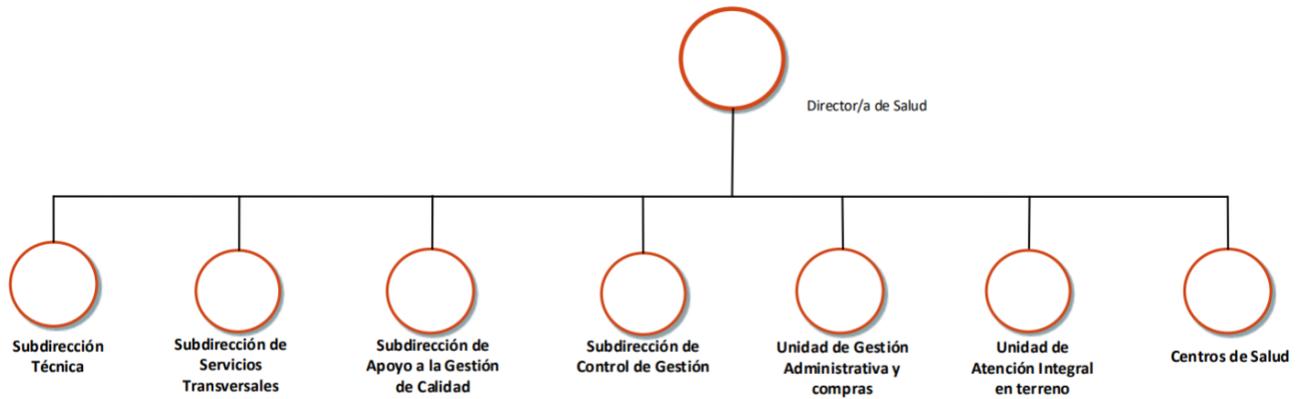
Trabajo con responsabilidad



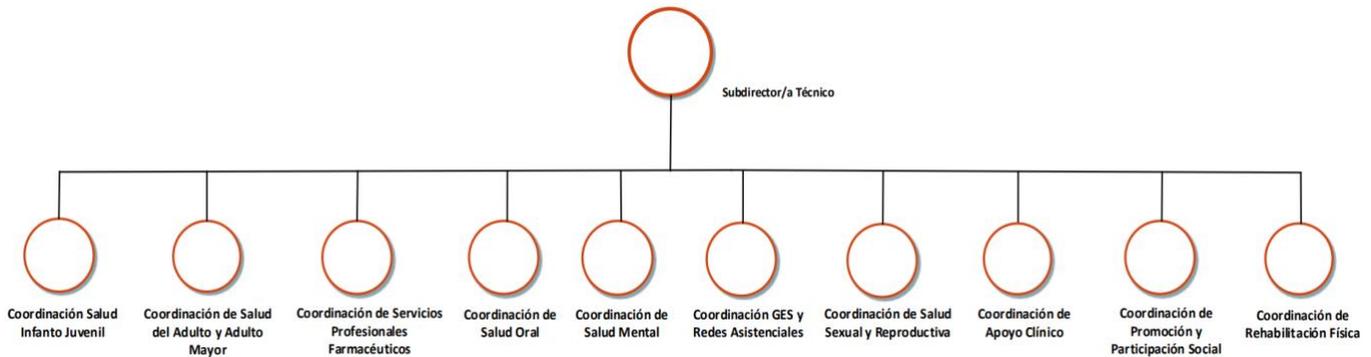


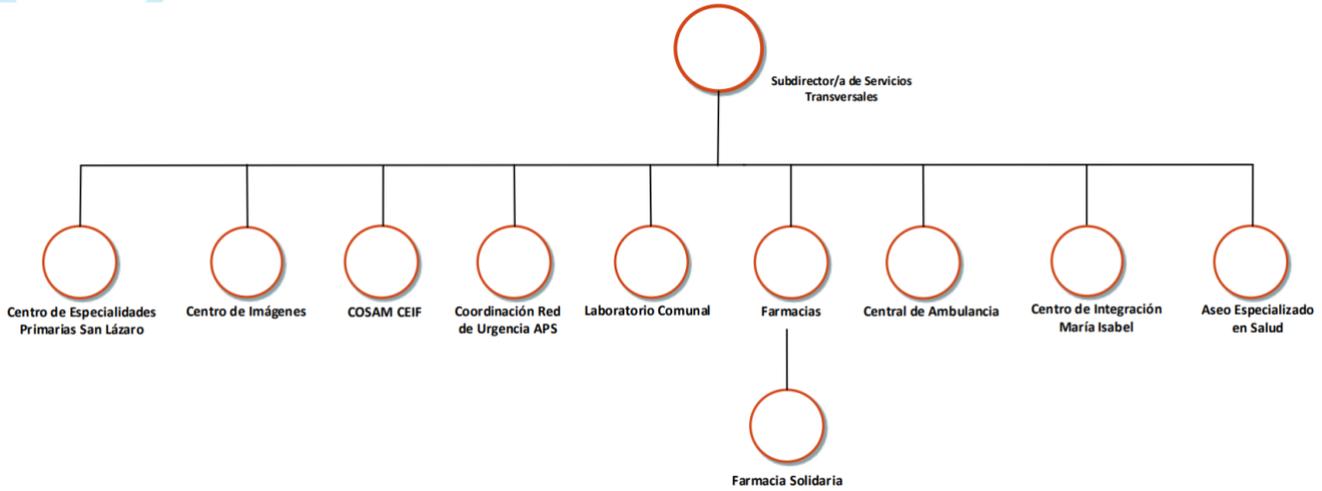
ORGANIGRAMAS DEL ÁREA DE SALUD CORPORATIVA

1. DIRECCIÓN DE SALUD

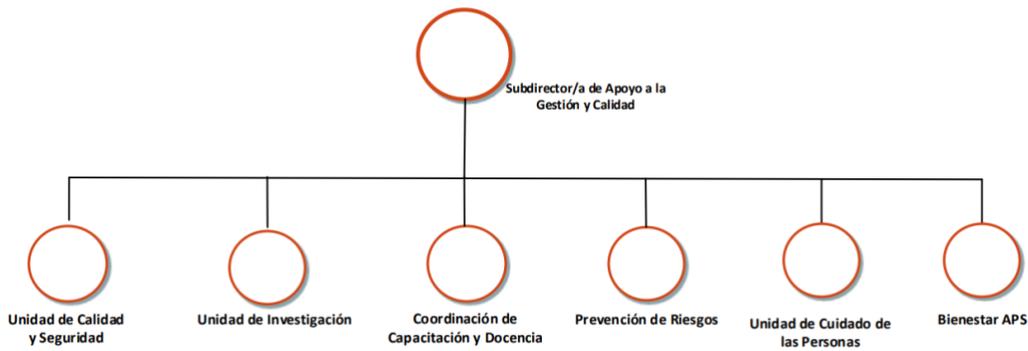


2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA





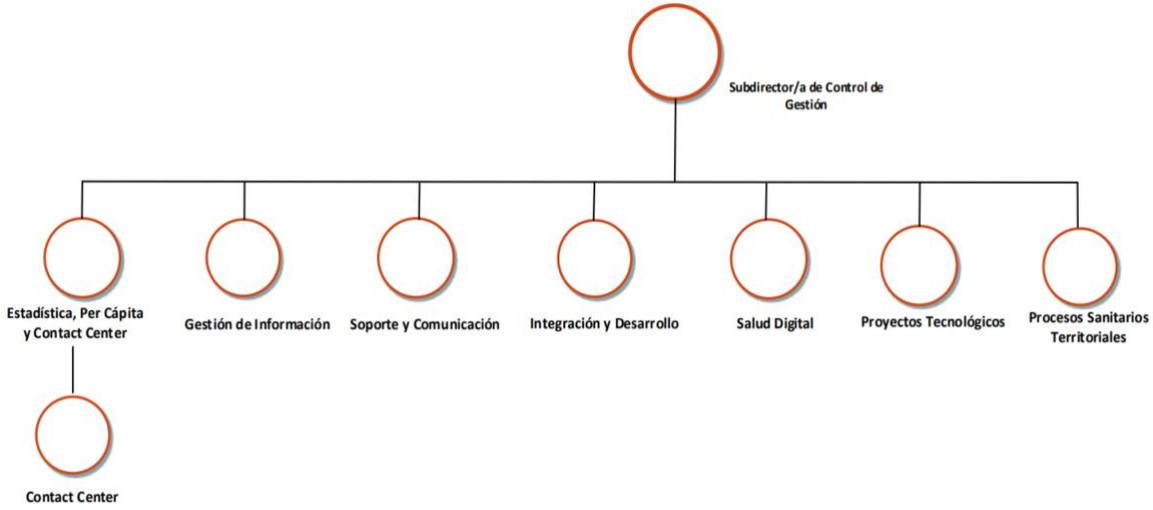
3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES



4. SUBDIRECCIÓN DE APOYO A LA GESTIÓN Y CALIDAD



5. SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN



DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LA SITUACIÓN COMUNAL

Nuestra comuna de Puente Alto posee la mayor cantidad de habitantes del país, con una población estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2023, de 664,359 personas. A pesar de esto, muchos de los indicadores poblacionales no siguen la tendencia nacional o incluso de la Región Metropolitana (RM), por lo que se describirán las cifras más destacadas, según la última información disponible desde cada organismo oficial, ya sean el INE, Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo Nacional de Salud (FONASA) u otros.

1. NATALIDAD

Según el más actual informe oficial del INE sobre estadísticas vitales (2020), liberado en 2023, la natalidad en Chile continúa en descenso. Puente Alto (PA) presentó nuevamente tasas más bajas que el país y la RM, en los años 2019 y 2020, tal como ha sido la tónica de los últimos 5 años.

Tasa de natalidad: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2019 – 2020		
Lugar	2019	2020
Chile	11	10
RM	11.4	10
PA	10.1	9.1

Esto implica que, nuestra comuna, teniendo el mayor número de habitantes del país, se encontrará en una situación más compleja desde el punto de las consecuencias del envejecimiento poblacional. Esto es especialmente preocupante en aspectos sanitarios, considerando que las personas mayores utilizan cerca de un 50% más recursos en salud que otras poblaciones, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL

El mismo informe anterior, detalla la tasa bruta de mortalidad general de la comuna se mantiene bajo la del país y región fundamentalmente por la estructura poblacional que cuenta con una proporción mayor de población joven. Cabe destacar que el año 2020 se observa el pico de la pandemia por COVID-19 observando un aumento en las tasas de mortalidad general tanto a nivel comunal, regional y nacional. No obstante, la variación entre ambos años demuestra que en la región metropolitana aumenta en 1,1 la tasa de mortalidad y a nivel nacional aumenta en 0.8 puntos. La comuna de Puente Alto incrementa en 0.9 la tasa de mortalidad general para este año.

Tasa bruta de mortalidad general: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2019 – 2020		
Lugar	2019	2020
Chile	5.7	6.5

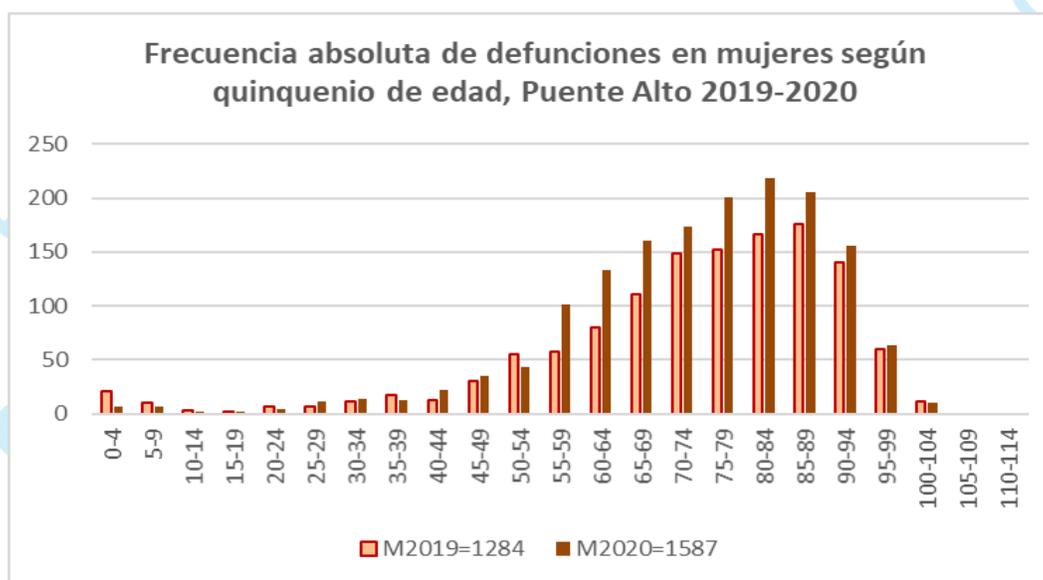
RM	5.3	6.4
PA	4.3	5.2

La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) continúa disminuyendo en nuestra comuna, encontrándonos en 2020 con cifras mucho menores a las nacionales y de la región.

Tasa de mortalidad infantil: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, años 2019 – 2020		
Lugar	2019	2020
Chile	6.5	5.6
RM	6	5.1
PA	6.7	4.3

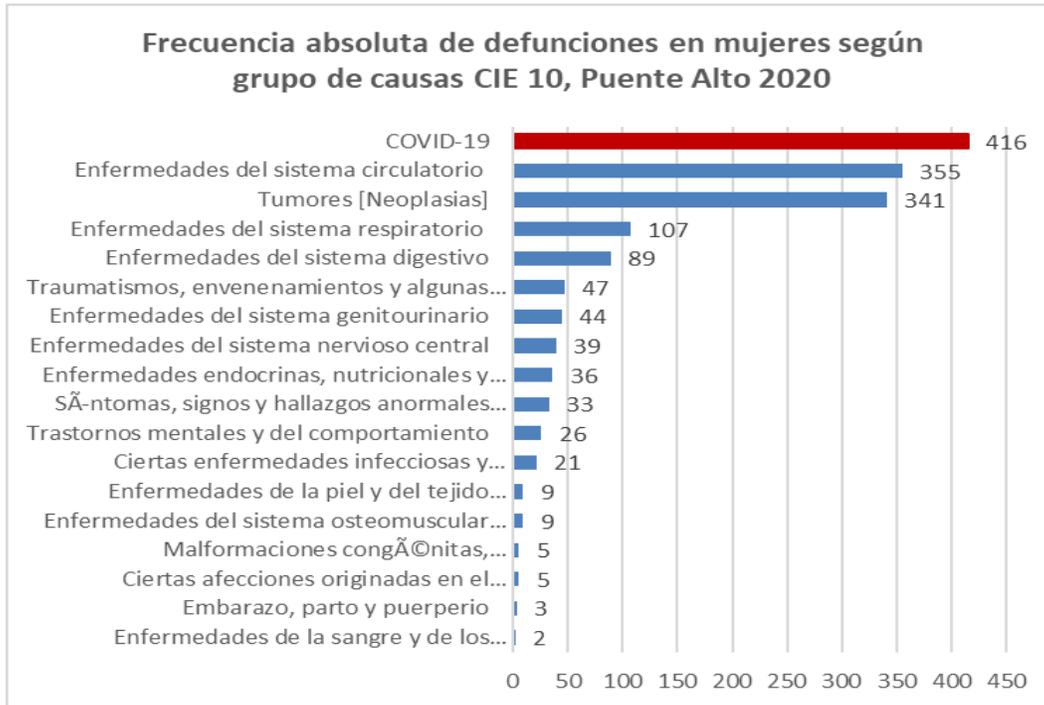
Destaca en la comuna de Puente Alto, tasas de mortalidad más baja que la región y país en los menores de 60 años. El grupo de edad de 60 y más años presenta tasas mayores que la región y país. El aumento de la esperanza de vida ocasiona que el grupo de 80 y más años haya crecido bastante originando una tasa elevada. En un futuro será importante disponibilizar datos desagregados en este grupo incorporando uno que identifique fallecidos de 100 y más años.

Tasa de mortalidad por grupo etario: Chile, Región Metropolitana y Puente Alto, año 2020; tasa por 100.000 habitantes. Población INE 2020						
Lugar	0 – 9 años	10 – 19 años	20-39 años	40 – 59 años	60 – 79 años	80 y más
Chile	48.7	32.5	84.2	340.3	1807.6	9394.8
RM	44.8	32.6	76	337.1	1905.4	10180.3
PA	27.8	25.6	74.7	316.7	2050.2	11224.2



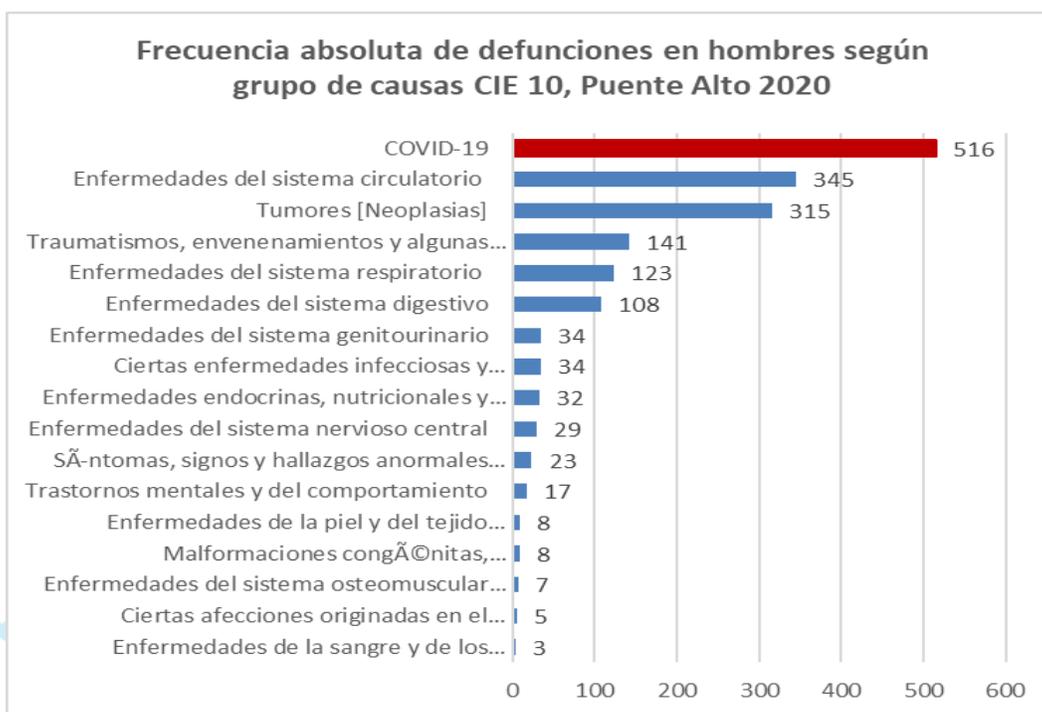
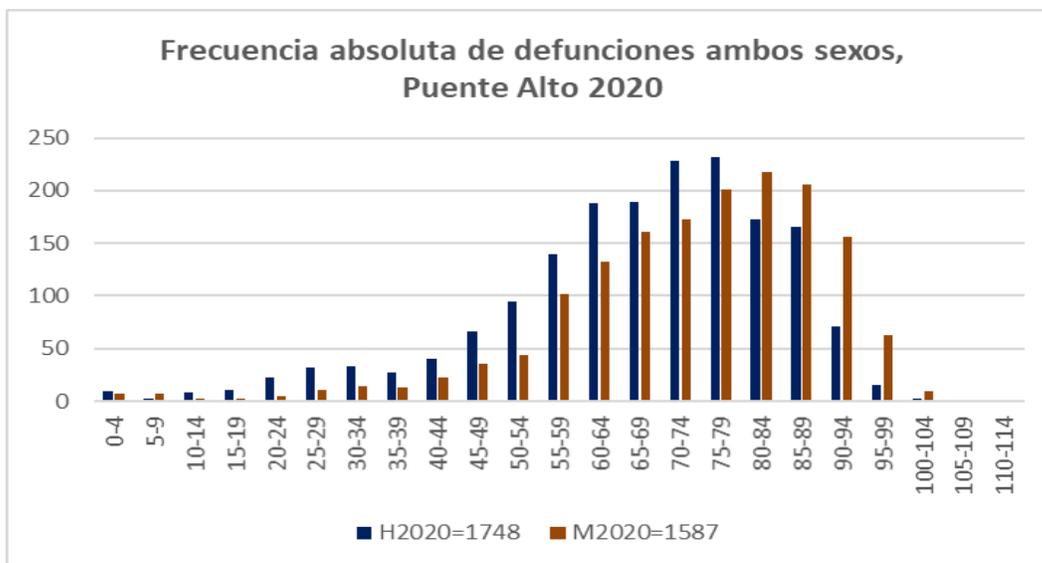
Se observa el impacto en las defunciones por la pandemia de COVID-19, en cada grupo etario. En total para mujeres, el año 2020 ocurren 303 defunciones más que el 2019 correspondiendo a un 23% de aumento. La principal causa de defunción durante el año 2020

corresponde a COVID-19 alcanzando a 416 fallecidas, seguido por enfermedades del sistema circulatorio y tumores.



En total para hombres, el año 2020 ocurren 294 defunciones más que el 2019 correspondiendo a un 20% de aumento. La principal causa de defunción durante el año 2020 corresponde a COVID-19 alcanzando a 516 fallecidos, seguido por enfermedades del sistema circulatorio y tumores.

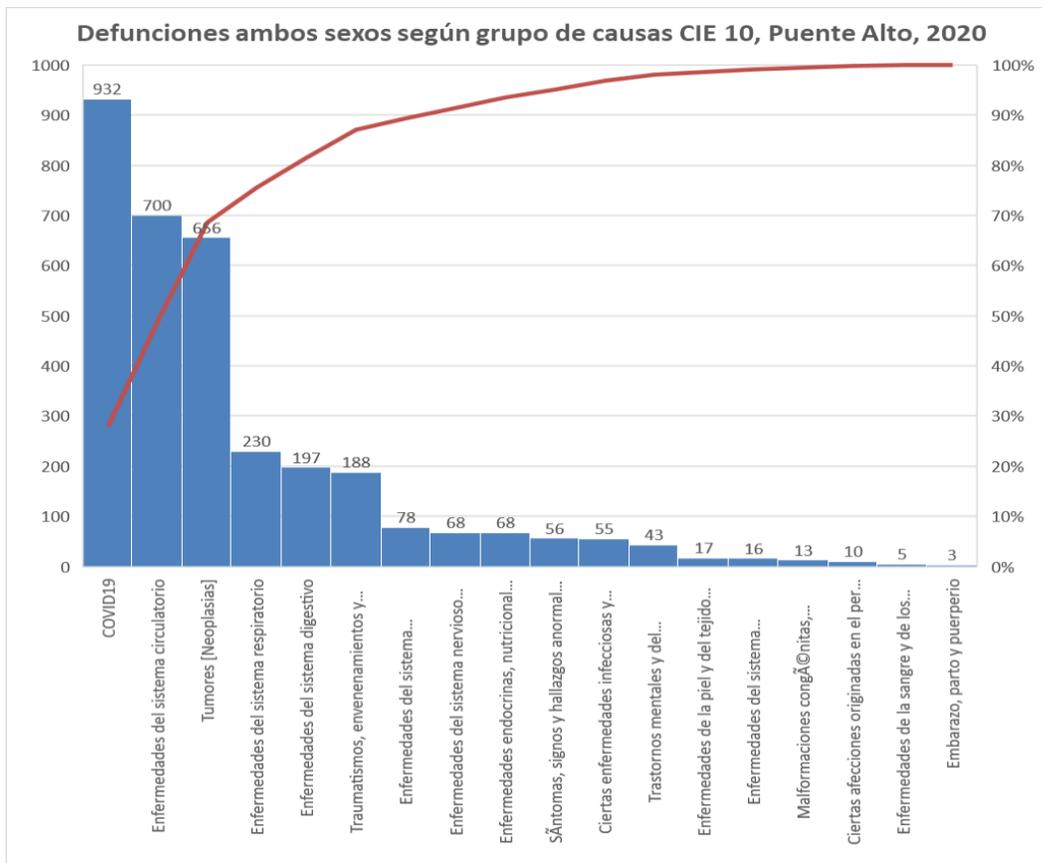
Esto implica que, dejando de lado la pandemia de COVID-19 este 2023, se espera que las causas de mortalidad retornen a niveles anteriores, volviendo a ser las Enfermedades del Sistema Circulatorio (Cardiovasculares) y los tumores o cánceres, las principales causas de muerte para nuestra población.



* Cabe destacar que, no se cuenta con cifras oficiales más actuales, y MINSAL se encuentra preparando las estadísticas al año 2021.

Al describir las defunciones en hombres y mujeres para el año 2020 a través del gráfico anterior notamos que hay más fallecidos hombres que mujeres y que los hombres se mueren a edades más tempranas que las mujeres. El pico de fallecidos hombres ocurre en el grupo de 75-79 años en cambio el pico de fallecidas mujeres se observa en el grupo de 80 a 84 años. En el gráfico siguiente se observa que el 80% de las muertes en la comuna ocurrieron el año 2020 por 4 patologías: Covid-19, Enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades del sistema respiratorio.





Defunciones ocurridas por lesiones auto – infligidas según sexo, comuna de Puente Alto año 2020

Grupos etarios	Hombre	Mujer	Total
10-19	0	1	1
20-29	9	1	10
30-39	6	2	8
40-49	4	3	7
50-59	4	1	5
60-69	2	2	4
70-79	2		2
Total	27	10	37

El año 2020 ocurrieron 37 suicidios en la comuna de Puente Alto, el 73% corresponde a hombres y el grupo etario que presenta la mayor frecuencia es el de 20 a 29 años.

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, la cual abarca elementos como el sobrepeso y la obesidad.

MALNUTRICIÓN

La malnutrición por exceso está presente como un factor de riesgo a lo largo del ciclo vital. A continuación, presentamos datos de población bajo control de diversos grupos etarios y etapas vitales que describen este fenómeno. Lo más alarmante es que se mantiene en aumento.

Estado Nutricional población Bajo control niño sano 0 – 6 años, diciembre 2019 2022. REM P 02			Pueblos originarios		Población migrante	
Estado nutricional	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Riesgo de desnutrición / Déficit ponderal	2.8	3.9	1.4	2.1	3.6	8.1
Desnutrición	0.4	0.5	0.5	0.4	0.7	0.7
Sobrepeso / Riesgo de obesidad	21.3	20.4	22.1	23.2	17.5	15.6
Obesidad	9.9	10.8	16.0	15.7	5.0	5.4
Normal	65.7	64.4	60.1	58.5	73.1	70.0

Entre los años 2019 y 2022, período en que transcurre la alerta sanitaria por COVID-19, podemos observar que la malnutrición por exceso se mantiene en un 31.2%, inclinándose a un leve aumento de obesos vs sobrepesos. En los niños cuyos padres se identifican como proveniente de pueblos originarios este valor aumenta llegando el año 2019 al 38.1% y el 2022 a 38.9%.

Los niños provenientes de familias migrantes presentan menor malnutrición por exceso, llegando a valores de 22.5% el año 2019, sin embargo, presentan mayor proporción de malnutrición por déficit con un 4.3%. Al comparar este grupo entre los años 2019 y 2022 podemos observar que se incrementa la malnutrición por déficit llegando a 8.8% y disminuye la malnutrición por exceso alcanzando un 21%.

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

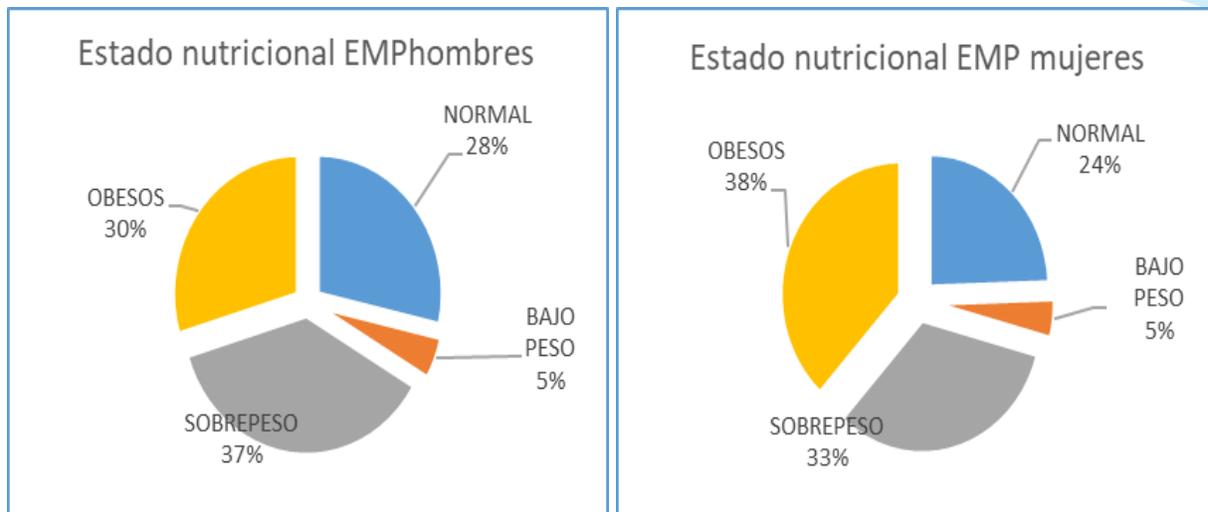
Sobrepeso	3.050	27,0	3.023	27,1
Obesidad	2.466	21,8	1.867	16,7
Subtotal exceso	5.516	48,8	4.890	43,9
Total	11.294	100,0	11.151	100,0
Retraso talla	441	3,9	392	3,5
Talla normal	10.853	96,1	10.759	96,5
Total	11.294	100,0	11.151	100,0

Esta malnutrición por exceso se incrementa en las etapas escolares llegando a 48.8% en hombres y 43.9% en mujeres.

En el grupo de embarazo, podemos observar, como aumenta la condición de malnutrición por exceso, año 2019 (66.5%) año 2022 (70.7%)

Bajo control embarazo, diciembre 2019 2022. REM P 01		
Estado nutricional	2019	2022
Obesidad	39.2	43.3
Sobrepeso	27.3	27.4
Normal	31.0	26.8
Bajo peso	2.4	2.5

Durante el año 2022 se realizaron 23.653 exámenes médicos preventivos (EMP) en población mayor de 15 años inscrita en los centros de salud de la Corporación Municipal de Puente Alto que no tenían a la fecha enfermedad cardiovascular diagnosticada. A continuación, podemos observar los estados nutricionales asociados a esta población. Un 67% de los hombres presenta malnutrición por exceso, siendo obesos el 30% del total de la población masculina evaluada. En mujeres, el 71% presenta malnutrición por exceso, siendo obesas el 38% de la población femenina evaluada.



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 2022 UC Medición – MIDE, que se realizó a lo largo del país, se incluye a Puente Alto en la muestra del Gran Santiago, siendo posible generalizar para la comuna sus datos.

En la población de 18 a 64 años ha disminuido la cantidad de fumadores diarios de un 40.8% a un 33.0%, sin embargo, el promedio de cigarrillos al día subió de 7.4 a 8.4.

Población 18 – 64 años	Fumador diario (%)	N.º cigarrillos al día
2019	40.8	7,4
2022	33.0	8.4

Como medida de salud pública, en Chile se aumentó el costo de los cigarrillos para disminuir esta prevalencia. No obstante, el contrabando de cigarrillos va en aumento. El porcentaje de consumo de cigarrillos ilícitos aumentó desde un 13,8% en el año 2019 a un 28% el año 2022. Así mismo el promedio de cigarrillos ilícitos consumidos en forma diaria aumentó de 9.6 a 12.5 entre los años 2019 y 2022. Son mayoritariamente mujeres, mayores de 30 años, de NSE bajo las que consumen más este tipo de cigarrillo y se ha sumado como un mercado relevante el comercio callejero.

Población 18 – 64 años	%	N.º cigarrillos ilícitos al día	Caracterización	Mercado
2019	13.8	9.6	NSE bajo	Barrios y ferias
2022	28.0	12.5	NSE bajo, mujeres, >30 años	Barrios ferias comercio callejero

Fuente: Centro UC Medición – MIDE

PATOLOGÍAS CARDIOMETABÓLICAS

Dentro de las patologías de mayor relevancia epidemiológica, se encuentran aquellas de causa Cardiovascular, como Hipertensión, Infarto y ACV, y metabólicas, como la Diabetes tipo 2 y sus consecuencias como la amputación.

Según cifras preliminares del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), obtenidas desde el REM P de MINSAL), al cual nuestra comuna pertenece, la prevalencia general de estas patologías se ha mantenido relativamente estable, a pesar de las medidas de promoción y prevención implementadas, además de las medidas de control y tratamiento dentro del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV).

Prevalencia de diagnosticados cada 100.000 inscritos en SSMSO, años 2018 a junio 2023

Diagnóstico	2018	2019	2020	2021	2022	Junio/ 2023
Accidente Cerebrovascular (ACV)	1617	1580	1514	1442	1363	1310

Amputación por Diabetes	157.7	149.7	135.5	124.4	112.6	106.4
Aterosclerosis	310.2	302.4	288.1	274.2	261.8	252.6
Diabetes tipo 2	10932	10953	10826	10754	10657	10487
Dislipidemias	16526	16722	16599	16659	16837	16691
Enfermedad Renal Crónica	3127	3027	2855	2690	2533	2423
Hipertensión Arterial	20132	20269	20124	20151	20305	20122
Infarto agudo al miocardio (IAM)	955.3	939.5	901.3	860.3	820	786.9
Insuficiencia Cardíaca (IC)	1314	1252	1150	1061	966.9	910.3
Tabaquismo	663.2	653.4	634.4	612	595.3	577.7
TOTALES	55734	55848	55027	54628	54452	53667

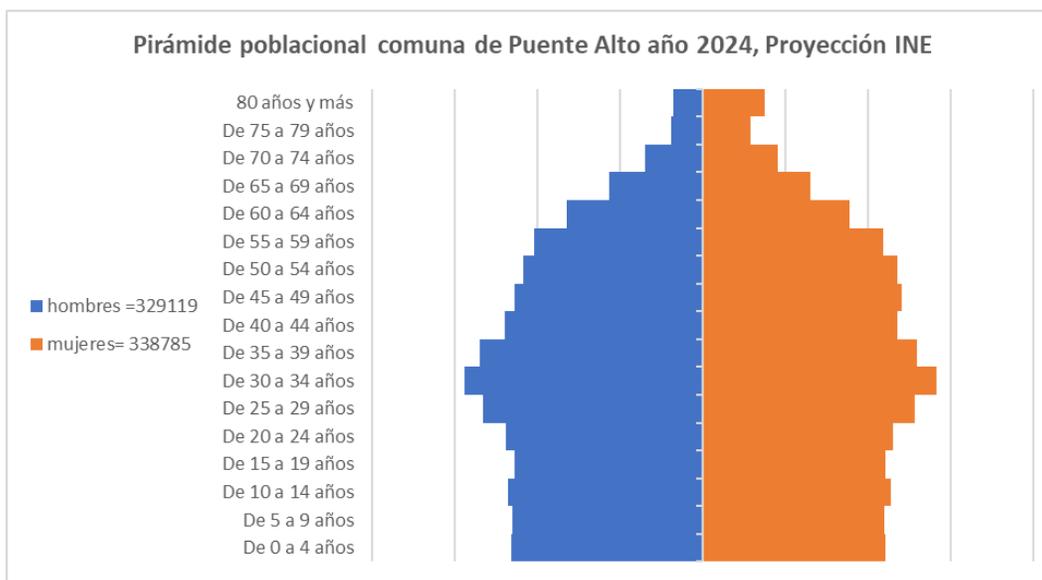
Prevalencia de diagnosticados cada 100.000 inscritos en Puente Alto, años 2018 a junio 2023

Diagnóstico	2018	2019	2020	2021	2022	Junio/2023
Accidente Cerebrovascular (ACV)	1533	1500	1449	1388	1324	1285
Amputación por Diabetes	176.7	166.1	144.4	130.1	113.1	106.2
Aterosclerosis	548.7	535	513.2	497.9	481.4	468.5
Diabetes tipo 2	11658	11656	11457	11392	11349	11198
Dislipidemias	14975	15016	14725	14690	14894	14799
Enfermedad Renal Crónica	1510	1476	1385	1312	1240	1198
Hipertensión Arterial	18816	18812	18546	18476	18607	18470
Infarto agudo al miocardio (IAM)	764.5	757.5	738.9	710.5	684.2	666.6
Insuficiencia Cardíaca (IC)	1690	1618	1512	1423	1326	1265
Tabaquismo	1126	1105	1067	1031	1000	970
TOTALES	52798	52642	51538	51051	51019	50426

Al respecto, nuestra comuna presenta menores prevalencias compuestas que el SSMSO (esto es, al analizar por cada 100.000 inscritos). Dentro de esto, Puente Alto ha experimentado descensos en eventos cardiovasculares como ACV, IAM y Aterosclerosis, aunque esto puede deberse en los últimos años por la disminución en las consultas y atenciones debido a la pandemia por COVID-19. De esta forma, estos fenómenos pueden estar siendo ocultos por la falta de control, ya que la mortalidad cardiovascular sí ha ido en aumento. Esto se refuerza al ver que los principales factores de riesgo, como son la Hipertensión, Diabetes y Dislipidemias, se han estabilizado o continúan en aumento.

4. ESTRUCTURA POBLACIONAL

Siguiendo las tendencias del país, el número de mujeres es levemente superior al de hombres, según las estimaciones del INE. Además, la distribución poblacional mantiene una forma de campana, esto implica que la comuna aún tiene más población joven que envejecida.



De esta forma, puede decirse que Puente Alto sigue siendo una comuna “joven”, con un índice de adultos mayores (cantidad de personas mayores por cada 100 menores de 15 años) de 43, mucho menor a la cifra de la RM (66,4) y nacional (71,6). Esto, sin embargo, se espera que comience rápidamente a revertirse en los próximos años, considerando las bajas cifras de natalidad y mortalidad.

En relación con la población migrante, la comuna presenta índices similares a otras de la RM en proporción de extranjeros, no alcanzando el 4% a 2021.

Nacionalidad	2018	2021
Venezuela	8297	10052
Perú	3376	3553
Colombia	1993	2359
Argentina	1988	2035
Haití	1221	1290
Ecuador	1202	1291
Brasil	380	407
China	362	368
Bolivia	309	343
Cuba	270	290
República Dominicana	264	257
España	173	167
Estados Unidos	144	146
Uruguay	101	112
México	105	105
Paraguay	74	77

Italia	60	62
Alemania	55	54
Francia	31	31
Otro país	492	539
País ignorado	60	60
Total general	20957	23598

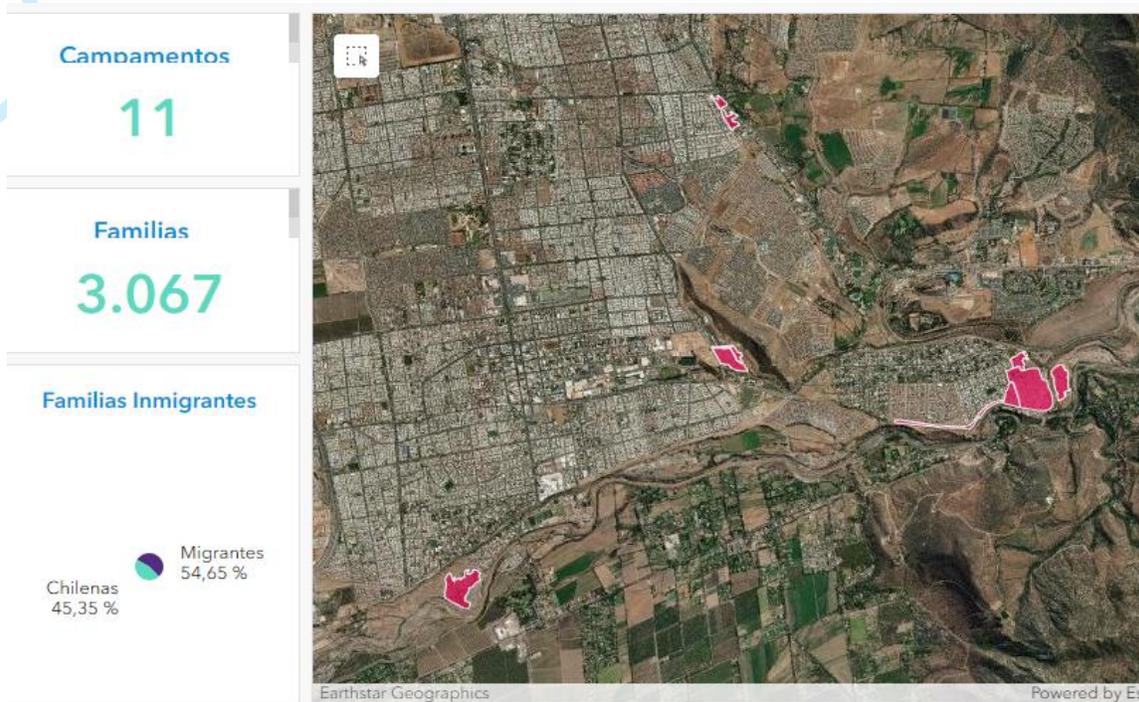
Predominan principalmente las personas de nacionalidad venezolana, seguidos por personas provenientes de Perú, Colombia, Argentina y Haití.

5. VIVIENDA

A consecuencia del problema nacional relacionado con la migración irregular, sumado al impacto de la pandemia por COVID-19 y el alto costo de la vivienda, los campamentos en funcionamiento en Puente Alto se han septuplicado entre el año 2020 y el 2023 pasando de un total de 416 familias a 3067. Se instalaron en este período 3 nuevos campamentos y los ya existentes aumentaron sus habitantes. Destaca en su configuración demográfica que el 54,65% de las familias son migrantes. A continuación, se observa un mapa que muestra su ubicación y tamaño señalizados en rojo.

Nombre Asentamiento Irregular	2020	2023
Cerro La Ballena	10	70
Costanera	60	72
Los Areneros	80	240
Barro Y Sol	70	82
El Peñoncito	80	130
Esperanza - Vista Hermosa	38	53
Milla Antu	48	1813
Nueva cordillera	30	150
El sueño de todos	-	190
Lican ray	-	27
Las higueras de vista hermosa	-	240
Total	416	3067

Fuente *TECHO.CHILE*



Destaca la presencia y concentración de asentamientos en el sector suroriente de la comuna, cercano al río Maipo, donde además se encuentra el campamento Millantu, que es considerado oficialmente como uno de los más habitados del país, siendo constituido además por un gran porcentaje de personas migrantes.

6. DESARROLLO ECONÓMICO

Desde el punto de vista económico, entre los años 2017 y 2020, según estimaciones de MIDESO en la encuesta CASEN 2020 implementada durante la pandemia, la pobreza por ingresos subió un 2,2% a nivel nacional, y un importante 4,6% en la RM. En nuestra comuna, se observa sólo un aumento de un 0,7%, quedando por debajo del promedio regional y nacional.

Tasa de pobreza por ingresos, años 2017 y 2020		
Unidad territorial	2017	2020
País	8,6	10,8
RM	5,4	9,0
Puente Alto	7,3	8,0

Encuestas Casen 2017 y 2020, MIDESO.

Esto podría interpretarse como un avance en comparación con la medición anterior, aunque las limitaciones metodológicas de la encuesta CASEN de 2020 impiden obtener conclusiones significativas.

Con respecto al número de empresas informadas por el Servicio de Impuestos Internos (SII), entre 2020 y 2021 aumentaron en cantidad, llegando a niveles superiores a los años anteriores a la pandemia. En este aspecto, nuestra comuna presenta cifras similares a la RM.

Número de empresas, años 2020 y 2021				
Unidad territorial	2020	2021	Variación	%
País	1.328.455	1.393.949	65.494	4.9%
RM	579.634	602.095	22.461	3.9%
Puente Alto	25.481	26.436	955	3.7%

Estadísticas SII

En relación con el número de trabajadores dependientes del mismo informe del SII, entre 2020 y 2021, también se observó un aumento a nivel nacional, de RM y de la comuna, aunque esta última de menor magnitud que el resto.

Número de trabajadores dependientes, años 2020 y 2021				
Unidad territorial	2020	2021	Variación	%
País	9.049.283	9.805.302	756.019	8.4%
RM	5.427.740	5.966.896	539.156	9.9%
Puente Alto	67.740	71.855	4.115	6.1%

Estadísticas SII

RESUMEN DE PRINCIPALES INDICADORES

Todos estos indicadores determinan que Puente Alto presenta una población joven, con baja mortalidad general e infantil, pero con una muy baja tasa de natalidad en relación con el país y la región, lo cual debiese cambiar en el largo plazo la distribución de la pirámide poblacional comunal.

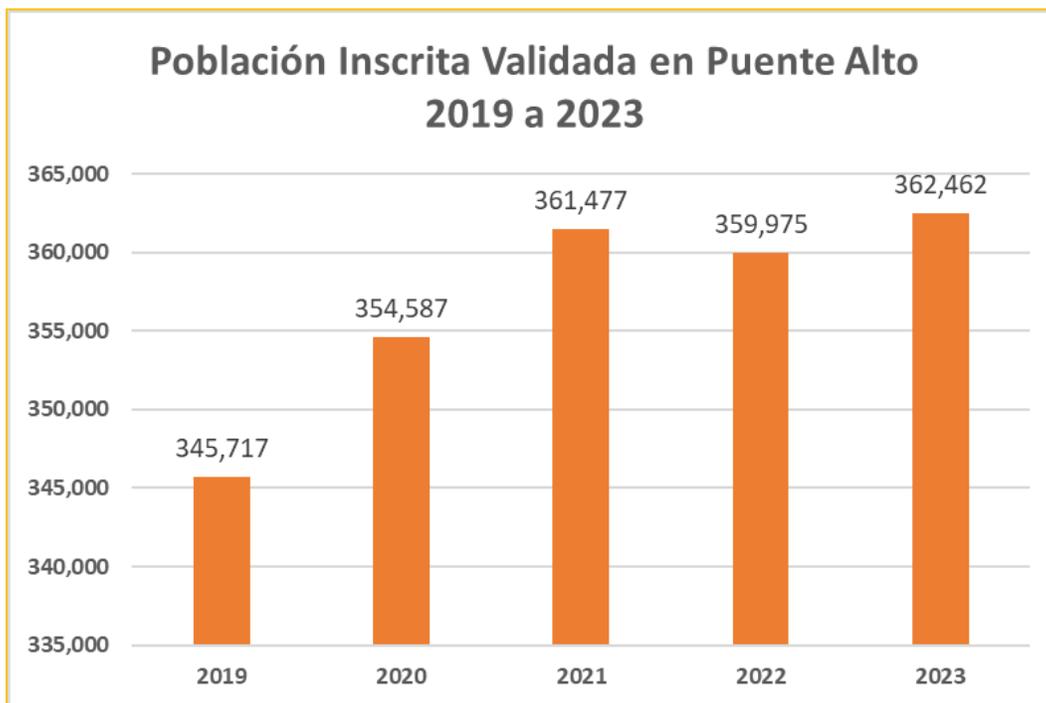
Las principales causas de muerte, fuera de las cifras de 2020 por la pandemia de COVID-19, continúan siendo las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV), seguidas por las enfermedades neoplásicas (cáncer).

La comuna presenta una gran cantidad de familias en asentamientos irregulares, constituidos principalmente por personas migrantes de nacionalidad venezolana, haitiana y colombiana. Al mismo tiempo, los indicadores económicos han presentado mejores avances que la RM y el país, en promedio.

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

Debido a la ausencia de validación de cifras para 2024 (que se oficializará en diciembre de 2023), en este documento se utilizará la población a 2023.

La población inscrita validada, que corresponde a las personas oficialmente reconocidas como bajo control por nuestros centros de salud desde FONASA, corresponde a 362.462 personas para 2023 (cifra validada en diciembre de 2022). Este número corresponde a un aumento de un 0.7% en relación con 2022, y consolida a nuestra comuna como la que posee la mayor cifra inscritos en el país. Además, el número es el mayor alcanzado desde que se tiene registro, y puede relacionarse con la situación actual de incertidumbre de financiamiento y estabilidad del sistema privado de salud.



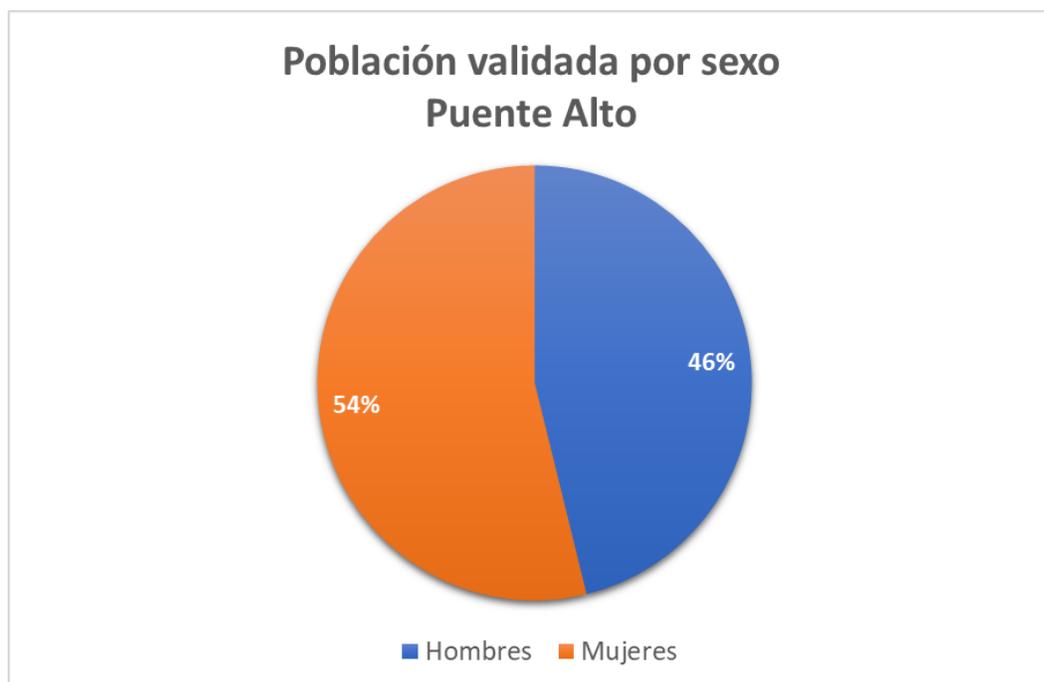
Con un aumento promedio de 0.7%, nuestros 8 centros de salud primaria tuvieron un comportamiento dispar:

Centro de Salud	2022	2023	Variación
Alejandro del Río (AR)	87,810	86,737	-1.2%
San Gerónimo (SG)	49,163	49,050	-0.2%
Vista Hermosa (VH)	15,626	16,760	7.3%
Bernardo Leighton (BL)	43,374	43,658	0.7%
Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)	33,917	33,819	-0.3%
Padre Manuel Villaseca (PMV)	69,417	70,660	1.8%
Karol Wojtyła (KW)	30,898	31,362	1.5%
Laurita Vicuña (LV)	29,770	30,416	2.2%

Al igual que en 2022, se consolida el aumento de población en el CESFAM Vista Hermosa, que continúa con incrementos anuales cercanos al 5% para sus inscritos validados. Este sector ha presentado importante crecimiento poblacional, siendo uno de los más activos del territorio en aspectos de construcción de nuevas viviendas. Además, cuenta con 9 asentamientos irregulares, incluyendo el campamento Millantú, que es reconocido como el más grande del país, por lo que su población suele ser de alto riesgo sociosanitario.

Por otro lado, sólo los centros Alejandro del Río (ubicado en la Plaza de Puente Alto) y Cardenal R. Silva Henríquez (en Bajos de Mena) presentaron una leve disminución en su número de inscritos, lo cual puede deberse al traslado de personas al CESFAM Karol Wojtyla y al aumento de la inscripción en centros más cercanos a sus lugares de residencia.

Con respecto a la distribución por sexo, se mantiene la tendencia nacional, donde la mayoría de las personas inscritas en nuestros centros de salud es de sexo femenino.



Las mujeres suelen buscar asistencia sanitaria con mayor frecuencia, asistiendo de forma sostenida a sus controles de salud, y preocupándose de estos parámetros en el resto del grupo familiar.

Entre 2022 y 2023, también se observaron variaciones relevantes entre establecimientos para los grupos poblacionales prioritarios, como son niños, niñas y adolescentes (NNA) y personas mayores, tendencia que se ha ido observando en los últimos años, y que ganó aún más relevancia durante la pandemia por COVID-19.

Centro de Salud	Población de 0 a 19 años 2022	Población de 0 a 19 años 2023	Variación
Alejandro del Río (AR)	20,915	20,194	-3.4%
San Gerónimo (SG)	12,944	12,510	-3.4%
Vista Hermosa (VH)	4,660	5,014	7.6%
Bernardo Leighton (BL)	11,260	11,083	-1.6%
Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)	9,911	9,636	-2.8%
Padre Manuel Villaseca (PMV)	16,829	16,600	-1.4%
Karol Wojtyła (KW)	10,217	10,154	-0.6%
Laurita Vicuña (LV)	8,196	8,134	-0.8%

En contraste con el año anterior, en 2023 se observó una leve estabilización en la disminución de la población comunal de NNA, ya que la mayoría tuvo variaciones menores al 4%. Sin embargo, se mantiene la tendencia de Vista Hermosa de aumentar por sobre un 5% en este grupo, principalmente impulsado por las nuevas familias que han llegado a la zona y los asentamientos que están presentes en su territorio.

En los mayores de 65 años, también se observaron variaciones menores al año 2022, aunque todos los centros aumentaron en este grupo poblacional. Al respecto, el CESFAM Laurita Vicuña presentó casi un 10% de aumento, demostrando la tendencia ya vista el año anterior, que evidencia el cambio sociodemográfico de la zona en donde se encuentra ubicado, con una mayor cantidad de personas mayores y usuarios con patologías crónicas.

Centro de Salud	Población de 65 o más 2022	Población de 65 o más 2023	Variación
Alejandro del Río (AR)	12,549	12,846	2.4%
San Gerónimo (SG)	6,344	6,555	3.3%
Vista Hermosa (VH)	1,415	1,512	6.9%
Bernardo Leighton (BL)	4,950	5,266	6.4%
Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)	2,424	2,600	7.3%
Padre Manuel Villaseca (PMV)	9,784	10,471	7.0%
Karol Wojtyła (KW)	2,236	2,412	7.9%
Laurita Vicuña (LV)	3,618	3,964	9.6%

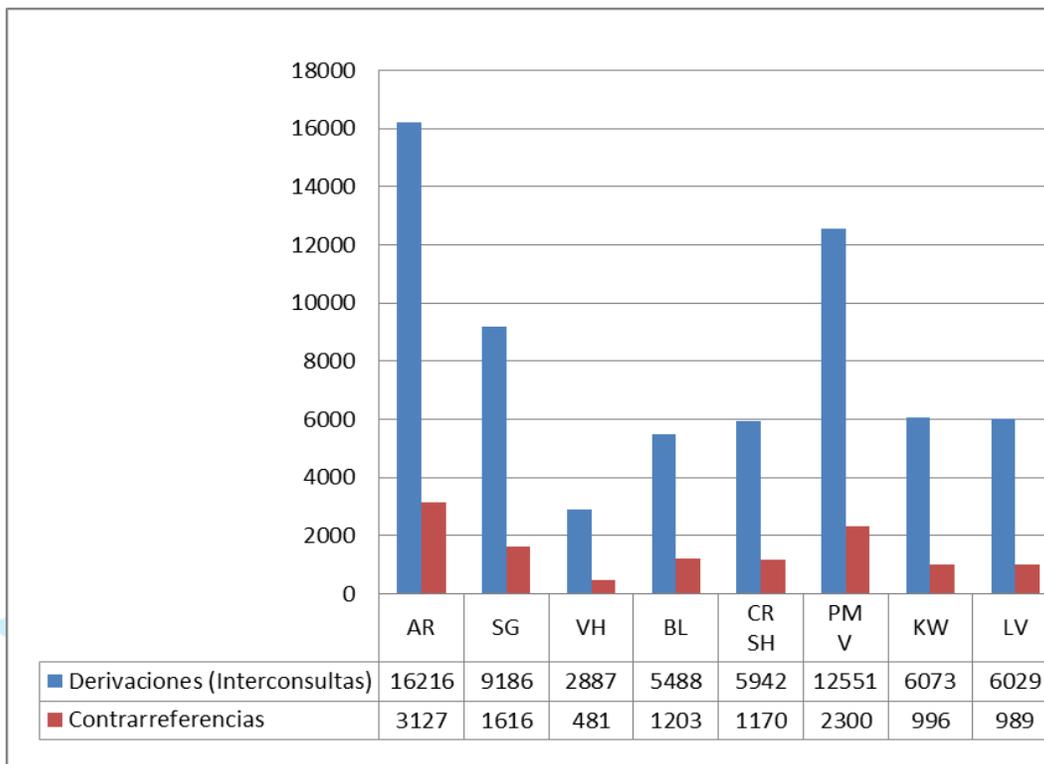
Las diferencias entre las poblaciones 2022 y 2023, observando un aumento sostenido de la población y una estabilización en la población de NNA, demuestran que el retorno a las prestaciones primarias llevado a cabo durante 2022 permitió recuperar la población que se había alejado de la atención sanitaria de nuestros establecimientos, incluso superando cifras históricas.

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

En relación con la derivación de usuarios entre los distintos niveles de atención, a nuestra comuna le corresponden los centros secundarios CRS (Centro de referencia en salud) Provincia Cordillera, y CDT (Centro de derivaciones y tratamiento) Juan Pefaur. Como centros terciarios (hospitales), contamos por ahora sólo con el Hospital Sótero del Río.

Durante el año 2022, se logró un **97,47%** de resolutivez con relación a las consultas médicas realizadas. Entre junio de 2022 y junio de 2023, se emitieron **64.372** interconsultas, **28.562** correspondientes al CDT, **35.810** al CRS Provincia Cordillera. En el mismo periodo, se recibieron **11.932** Contrarreferencias (re – derivaciones a nuestros centros primarios) en el sistema local de ficha clínica electrónica, además de lograr acuerdo para recibir no pertinencias mensualmente por parte de CRS Provincia Cordillera.

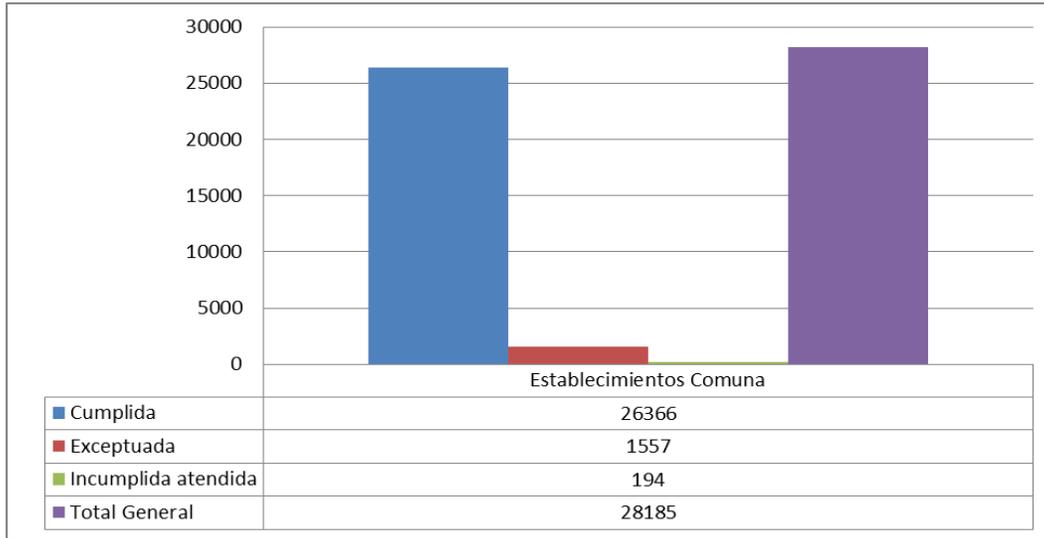
Referencias Y Contrarreferencias De Los Centros De Salud Corporativos De Puente Alto A CRS Hospital Provincia Cordillera Y CDT Jean Pefaur, Periodo Junio 2022 A Junio 2023



En relación con las prestaciones otorgadas en nuestros establecimientos transversales de salud, se realizaron **39.529** derivaciones mediante interconsultas desde los Centros de Salud.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

GES de los Centros de Salud y Transversales Corporativos de Puente Alto, período enero a junio 2023



Entre enero y julio de 2023, los Centros de Salud y servicios transversales han generado **28.185** prestaciones GES, los cuales ya han ido evidenciando mejoras sustanciales en las prestaciones brindadas con respecto al mismo periodo el año anterior, logrando hasta el periodo junio 2023 un cumplimiento del 99,76%. Se espera llegar al 100% de cumplimiento en diciembre de 2023, pudiendo así lograr lo establecido en la ley 19.666.

Con todo esto, Puente alto posee un alto cumplimiento de las GES a nivel del Servicio de Salud y nacional, generando la respuesta necesaria para el caso que corresponda. En coordinación con la red de Salud Sur Oriente y sus establecimientos de especialidad, nuestra cartera de prestaciones se complementa con atenciones de mayor complejidad cuando es requerido.

WWW.CMPUENTEALTO.CL



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

A 2023, la Corporación cuenta con 8 Centros de Salud de atención primaria y 6 dispositivos de urgencia, además de 1 Centro de Especialidades Primarias (CEP San Lázaro), 1 COSAM (CEIF) con 2 sedes, 3 Centros comunitarios de rehabilitación (CCR), 1 Laboratorio Comunal, 1 Centro de Imágenes (CDI), 1 Centro diurno para personas en situación de discapacidad (CIMI), 1 Central de Ambulancias y 1 Farmacia Solidaria.

A los equipos de salud de estos establecimientos y a la Dirección de Salud Comunal, se suman equipos centrales de apoyo, como son el Equipo de Vacunación y el Equipo de Atención en Terreno (que incluye atención domiciliaria y Cuidados Paliativos Universales), quienes utilizan los 5 dispositivos móviles de la comuna. Actualmente, la comuna cuenta con 4 clínicas móviles y 1 mamógrafo móvil, para realizar operativos territoriales con medidas de salud pública, y con fortalecimiento al cumplimiento de metas sanitarias y otras prestaciones críticas, como son la atención de personas con dependencia severa, y el desarrollo del programa de cuidados paliativos comunales.

Por todo lo anterior, es relevante dividir la cartera de prestaciones de salud comunales según el tipo de establecimiento, partiendo por los centros primarios como foco primordial para la comuna.

1. CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

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 respiratoria.
- 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 Salud Oral 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 respiratoria.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en 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
- 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.
- Vacunación.
- 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 Salud Oral 60 años.
- Vacunación por campañas.
- Consulta de urgencia odontológica
- Consulta de morbilidad odontológica
- Atención odontológica domiciliaria a adultos con dependencia severa
- Radiografías odontológicas.

V. Salud de personas 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, curaciones simples y complejas.
- Extensión horaria.
- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.

Estas prestaciones son realizadas por nuestros 8 establecimientos primarios de la comuna, contando actualmente con 7 Centros de Salud Familiar (CESFAM) con certificación de aplicación del modelo integral de salud familiar y comunitaria, y 1 Centro de Salud (CES), el cual se encuentra en proceso de sectorización, y que solicitará su acreditación como CESFAM a principios de 2024.

A continuación, se presentan los principales logros del año 2023, destacados por los equipos de cada centro de salud, y sus objetivos para el cumplimiento de los desafíos sanitarios para 2024.

CES DR. ALEJANDRO DEL RÍO

Durante el año 2023 hemos continuado con la implementación del modelo de salud familiar y comunitaria, poniendo especial énfasis en el desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud. Para esto, hemos fortalecido el vínculo con la comunidad a través de operativos de salud en terreno, los que se han realizado en juntas vecinales, colegios y otros espacios públicos. Otro vínculo que hemos trabajado es con el intersector, a través de reuniones y actividades con mesas territoriales, establecimientos educativos, mejor niñez e instituciones municipales (albergues, carabineros, DISO, DIDECO, etc.)



Nuestro trabajo con relación al proceso de sectorización ha continuado según lo planificado el 2022, con la participación activa y trabajo en conjunto del equipo gestor, los funcionarios y la comunidad. El gran hito de este proceso es la sectorización de los usuarios a partir del mes de septiembre, en el cual los equipos de cabecera se hicieron cargo de las prestaciones de salud y cuidados de la población perteneciente a sus territorios. El impacto de este cambio organizacional tiene relación directa con la entrega de prestaciones de salud multidisciplinarias, oportunas y de calidad a los usuarios dado el vínculo y conocimiento que tendrá cada sector con su población a cargo y su entorno.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CONSULTORIO ALEJANDRO DEL RIO
Medico	30
Odontólogo	14,5
Químico – Farmacéutico	4
Enfermera	24,25
Nutricionista	10,25
Matrón(A)	12,75
Asistente Social	9
Psicólogo	15,75
Kinesiólogo	11
Terapeuta Ocupacional	2
Educadora Párvulos	2,75
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	78,25
Técnico Administrativo De Nivel Superior	13,75
Técnico En Odontología De Nivel Superior	5
Podólogo	2,75
Técnico Paramédico	5,5

Aux. Dental	2
Administrativo	33,75
Chofer	5
Auxiliar De Servicio	6

DESAFÍOS 2024

- Continuar la implementación del modelo de salud familiar para al fin convertirnos en el CESFAM Dr. Alejandro del Rio.
- Implementar mejoras estructurales en nuestro centro que nos permitan dar una atención inclusiva para cumplir con la ley de discapacidad, incluidas las personas sordas.
- Generar cambios y mejoras en el área de salud mental, de la mano de la estrategia de rediseño en búsqueda de entregar atenciones oportunas y de calidad en esta área.



CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

Durante el año 2023 se han logrado estabilizar procesos internos, mejorando logro de indicadores sanitarios a su estado pre-pandémico, agregándose una mayor implementación de actividades y procesos asociados al Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario.

En otra línea del quehacer, se ha logrado una mayor resolutivez en nuestro Servicio de Urgencia SAR, siendo el único de nuestra comuna que funciona 24/7.



Además, logramos la implementación transversal de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona, cambiando el enfoque y forma de abordaje de las patologías crónicas de nuestros usuarios a una más integral, humana y cercana; avanzando en la instauración de procesos centrados nuestros usuarios y la perspectiva de las personas que integran comunidad.

Se planifican réplicas de la capacitación formal para monitores comunitarios en salud mental (OPS) con participación de promotores formados el 2022, estrategia que instala la importancia de empoderar a la comunidad y las personas en el fomento de acciones preventivas y promocionales en salud mental.

Se mantienen y fomentan estrategias de coordinación con los colegios, juntas de vecinos y otras entidades e instituciones de la red, aumentando la disponibilidad de horas profesionales, reforzando el trabajo intersectorial. Esto se potencia inicialmente a través de la realización del diagnóstico participativo 2022, el trabajo en mesas territoriales por sector; ello de manera conjunta con la comunidad y los equipos de cabecera; desarrollando un activo y continuo trabajo conjunto con nuestro Consejo de Usuarios (CDU), quienes velan y trabajan con nosotros, para mejorar la calidad de nuestro servicio, en virtud del abordaje de las necesidades de los vecinos. Facilitan además espacios desde el CESFAM para la comunidad, reactivándose Huerto Sanador, haciendo uso de áreas verdes del centro de salud para usuarios y funcionarios, destacando el trabajo de interculturalidad y celebración del Wetripantu y nuestro canal de YouTube “Conozcámonos Juntos Cambiemos la Salud”, adjudicándonos recursos para continuar creando contenido de salud desde el CESFAM y la comunidad para todos.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA
Medico	24,5
Odontólogo	10,25
Químico – Farmacéutico	3
Enfermera	18,75
Nutricionista	7
Matrón(A)	9,5

Asistente Social	5
Psicólogo	8,5
Kinesiólogo	7
Educadora Párvulos	1,5
Prof. Educación Física	1
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	56
Técnico Administrativo De Nivel Superior	15
Técnico En Odontología De Nivel Superior	8,25
Técnico En Nivel Superior Trabajo Social	1
Podólogo	2,75
Técnico Paramédico	2
Administrativo	17
Chofer	4
Auxiliar De Servicio	6,75

DOTACIÓN SAR PMV 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	SAR PMV
Medico	14
Enfermera	10
Kinesiólogo	4
Tecnólogo Medico	2
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	14
Auxiliar De Servicio	4

DESAFÍOS 2024

- Seguir avanzando en procesos internos en CESFAM y SAR, para mejorar la calidad y seguridad de nuestras prestaciones, y así, la satisfacción de los usuarios.
- Continuar fortaleciendo la estrategia de cuidado integral centrado en la persona, avanzando en la instauración de procesos asociados al Modelo de Salud Familiar.
- Seguir acercándonos a la comunidad, posicionando nuestro CESFAM como un espacio para y de la comunidad, mediante el fortalecimiento de las actividades comunitarias y participativas, continuando con el trabajo conjunto con el CDU.

CESFAM LAURITA VICUÑA

Laurita Vicuña asumió el desafío de activar las prestaciones, tanto preventivas como promocionales, fortaleciendo la red intersectorial hacia un trabajo colaborativo. Priorización en acciones que focalizadas en Salud Mental hacia NNA. Se consideraron medidas específicas dirigidas hacia esta población, considerando sus necesidades, desde un enfoque integral. También se reactivan intervenciones grupales no solo en el ámbito de la Salud Mental, como una prestación necesaria tanto para el equipo de salud, como para nuestra comunidad.



Se reactivaron actividades masivas como las ferias de salud, y se fortaleció el enfoque intercultural, incorporándose actividades con pertinencia, lo que ha permitido que nuestra comunidad participe de estas instancias. Se ha mantenido y fortalecido el trabajo efectuado en la sala de rehabilitación y de psicomotricidad infantil, esta última con un equipo centralizado multidisciplinario brindando una oportunidad de atención integral a niños y niñas con Trastorno de espectro autista (TEA). A su vez se ha trabajado con los equipos la incorporación del Modelo Centrado en la persona y fortalecido los ejes. Se ha logrado dar respuesta a la alta demanda con la incorporación paulatina de extensiones horarias como una oportunidad de acceso a nuestra población.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM LAURITA VICUÑA
Medico	12
Odontólogo	6,25
Químico – Farmacéutico	1
Enfermera	8
Nutricionista	3,25
Matrón(A)	4
Asistente Social	4,75
Psicólogo	3,5
Kinesiólogo	4
Educadora Párvulos	1
Prof. Educación Física	0,75
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	30,25
Técnico Administrativo De Nivel Superior	9
Técnico En Odontología De Nivel Superior	2,75
Podólogo	1
Administrativo	9

Chofer	4
Auxiliar De Servicio	3

DESAFÍOS 2024

- Contar con una nueva Sala de lactancia, para así ejecutar actividades que propicien la lactancia materna en un espacio amigable tanto para usuarios internos como externos.
- Dar continuidad al trabajo colaborativo con los dispositivos de la red de mejor niñez, con énfasis en acciones vinculadas a promoción de salud.
- Dar continuidad al trabajo intersectorial, con énfasis en prevención y promoción de la salud.
- Aumentar actividades grupales con la incorporación del Domo de salud mental.
- Incorporar más organizaciones sociales al CDU que permitan acciones participativas con enfoque comunitario para lograr la Personalidad Jurídica.
- Trabajar con la variable indígena y potenciar el trabajo con Migrantes.
- Mejorar nuestros indicadores sanitarios de la mano del incremento de la población inscrita validada.



CESFAM BERNARDO LEIGHTON

Durante el año 2023 el CESFAM mantuvo altos estándares de cumplimiento de indicadores comprometidos, tanto a través de metas sanitarias, IAAPS y programas de refuerzo de la APS. También se mantuvo la mayor cantidad de atenciones de urgencia a través del dispositivo SAPU.



El CESFAM inicia el proceso de preparación para la acreditación de Calidad durante el año 2023, ello implicó la reorganización de los equipos, capacitaciones, y sensibilización de los equipos a través de ejercicios de acreditación, junto con la creación de documentos y/o protocolos necesarios de acuerdo con normativa. Reconociendo a la comunidad como un agente de cambio, se inicia mesa de trabajo intersectorial con la presencia de diversas organizaciones en la cual se abordan temáticas transversales, capacitaciones y red de colaboración conjunta.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM BERNARDO LEIGHTON
Medico	15,5
Odontólogo	7,5
Químico – Farmacéutico	2
Enfermera	11
Nutricionista	6,5
Matrón(A)	7
Asistente Social	7
Psicólogo	5
Kinesiólogo	4
Educadora Párvulos	1
Prof. Educación Física	0,75
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	38
Técnico Administrativo De Nivel Superior	10
Técnico En Odontología De Nivel Superior	3,5
Podólogo	1,25
Técnico Paramédico	1
Administrativo	11
Chofer	5
Auxiliar De Servicio	3

DESAFÍOS 2024

- Cumplir de indicadores sanitarios y prestaciones regulares, destacando la labor de los equipos locales.
- Avanzar en la dación de horas a través de call enter, priorizando aquellos grupos definidos por ley.
- Cumplir todos los programas de refuerzo en APS.
- Continuar desarrollando un trabajo colaborativo con la comunidad a través de vínculos de cooperación mutua, fortaleciendo mesa de trabajo iniciada durante el presente año.
- Nuestro desafío es cumplir la cuarta garantía GES: acreditar nuestro establecimiento.



CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ

Durante el año 2023, el CESFAM logró recuperar la infraestructura y planta física utilizada en período de Pandemia, tanto el espacio para atenciones COVID, viruela símica, como atención de usuarios en espera de hospitalización UOP, tanto de usuarios locales, como de aquellos derivados de toda la comuna. Con lo anterior, se logró volver a sectorizar el CESFAM y brindar la canasta completa de prestaciones detalladas en este plan de salud, dando a la comunidad acceso a prestaciones preventivas, promocionales, de rehabilitación, entre otras.



DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM CARDENAL R. SILVA H.
Medico	13,5
Odontólogo	6,25
Químico – Farmacéutico	1,5
Enfermera	8,5
Nutricionista	7
Matrón(A)	7
Asistente Social	4
Psicólogo	6,25
Kinesiólogo	4
Educadora Párvulos	1
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	33
Técnico Administrativo De Nivel Superior	9
Técnico En Odontología De Nivel Superior	3
Podólogo	1,5
Técnico En Párvulo	0,5
Técnico Paramédico	4
Administrativo	13
Chofer	5
Auxiliar De Servicio	2

DESAFÍOS 2024

- Mejorar el cumplimiento de indicadores sanitarios, dando una mejor y mayor cobertura a nuestros usuarios

- Completar la implementación del modelo de atención centrada en la persona ECICEP
- Mejorar brechas de infraestructura del CESFAM para dar cumplimiento con NTB, para dar un mejor soporte a nuestros procesos clínicos
- Mantener y potenciar el vínculo comunitario, fomentando la participación social, promocional y preventiva
- Trabajar en la línea del mejoramiento del trato al usuario de manera colaborativa con la comunidad
- Potenciar el trabajo relacionado con la mejora continua de nuestros procesos clínicos, administrativos y operacionales, enfocándonos en la Calidad y Seguridad de nuestras atenciones
- Iniciar el proceso de construcción del SAR Cardenal Raúl Silva Henríquez, para dar acceso continuo a Servicio de Urgencias a nuestra comunidad



CESFAM KAROL WOJTYLA

Durante el año 2023 el CESFAM ha conseguido profundizar en el modelo de salud familiar y comunitario, a través de la aplicación y evaluación continua del modelo (MAIS), por medio de la conformación de equipo de trabajo comprometido y competente en la temática. Adicionalmente, se consigue implementar la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas, dando inicio en el ELEM Puente Alto, siendo esta una de las poblaciones más vulnerables de nuestro territorio.



Como equipo, conseguimos seguir fortaleciendo la participación comunitaria en salud, por medio de actividades directas con el intersector, entre las que destaca Comisión Mixta, Talleres preventivos en Establecimientos educacionales e invitaciones a participar de ferias de salud en colegios y organizaciones vecinales. Durante este periodo, hemos podido promover una cultura ecológica, tanto al interior del CESFAM como en sus alrededores, con la instalación de un punto de reciclaje en nuestras dependencias, además de realizar la segregación de desechos generados en nuestro centro. Junto a lo anterior, contamos con un personal dedicado al cuidado de áreas verdes, y se concreta la gestión, en conjunto con la comunidad, de la limpieza del entorno de nuestro centro de salud.

A través de las gestiones Corporativas, se concreta la reparación y mejoramiento de las veredas y accesos peatonales en el entorno del centro, favoreciendo así el acceso a las prestaciones de salud de las personas con movilidad reducida. Con respecto a nuestros adultos mayores, se mantiene el acceso preferencial a consultas médicas, entrega de medicamentos en domicilio, junto con lo antes mencionado de atenciones integrales a los residentes ELEM.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM KAROL WOJTYLA
Medico	15
Odontólogo	6
Químico – Farmacéutico	1
Enfermera	11
Nutricionista	4
Matrón(A)	7,25
Asistente Social	4,5
Psicólogo	4,5
Kinesiólogo	4,5
Educadora Párvulos	1
Ingeniero	1
Terapeuta En Actividad Física Y Salud	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	32
Técnico Administrativo De Nivel Superior	4

Técnico En Odontología De Nivel Superior	3
Podólogo	1
Técnico En Párvulo	0,5
Técnico Paramédico	1
Administrativo	15
Chofer	5
Auxiliar De Servicio	3

DESAFÍOS 2024

- Desarrollar habilidades en los funcionarios para proteger la salud mental del equipo, lo cual repercute directamente en la calidad de atención entregada.
- Avanzar hacia estrategias territoriales que nos posibiliten el acercamiento de la salud a la comunidad.
- Reconocer personas que, de forma voluntaria, elegida o reconocida por su comunidad, promuevan prácticas saludables en las familias y el desarrollo de éstas, trabajando en coordinación con nuestro equipo de salud y con otros actores sociales.



CESFAM SAN GERÓNIMO

En el segundo semestre del 2022, cumplimos como CESFAM concretar nuestro gran desafío y anhelo de ser el primer Centro de Salud Familiar Corporativo en presentarnos al Proceso de Acreditación. Esta Acreditación fue obtenida, finalmente, en enero del 2023, lo que nos impulsa y compromete a seguir trabajando sostenidamente en brindar atenciones con calidad y seguridad asistencial a toda nuestra comunidad inscrita beneficiaria, a cargo de un equipo de salud comprometido y con alta vocación de servicio público.



El equipo se destaca por su compromiso por la buena atención a los usuarios, tanto desde el punto de vista de la calidad, como también del cariño con los vecinos. De esta forma, en nuestro centro se realizaron actividades comunitarias como ferias de salud, talleres educativos en sedes sociales y otros puntos relevantes, además de actividades de limpieza y reciclaje en el sector.

Al mismo tiempo, se sigue destacando la labor de la unidad de adultos mayores y usuarios con dependencia severa, quienes incorporaron los cuidados paliativos a sus prestaciones.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM SAN GERONIMO
Medico	16
Odontólogo	7
Químico – Farmacéutico	2
Enfermera	16
Nutricionista	5
Matrón(A)	9,5
Asistente Social	6
Psicólogo	6,5
Kinesiólogo	6
Educadora Párvulos	2
Prof. Educación Física	1
Ingeniero	1
Ingeniero/ Tecnólogo Informática	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	43
Técnico Administrativo De Nivel Superior	19,75
Técnico En Odontología De Nivel Superior	4,25
Podólogo	0,5
Técnico Paramédico	3
Aux. Dental	0,75
Administrativo	7,75

Chofer	6
Auxiliar De Servicio	3

DESAFÍOS 2024

- Mantener todas las temáticas asociadas a calidad y la mejora continua de los procesos asistenciales.
- Fortalecer el trabajo comunitario y las distintas instancias de participación.
- Fortalecer el trabajo de los equipos fomentando un ambiente laboral que construya espacios de convivencia saludables.



CESFAM VISTA HERMOSA

El Centro logra el año 2022 cumplir con el 100% de sus metas sanitarias e IAAPS (indicadores de actividad en atención primaria en salud), siendo además evaluado con el mejor cumplimiento en Modelo de Atención Integral. El centro también destaca por su activa participación con la comunidad y el intersector.



Se implementa la Estrategia Centrada en las personas en el 100 % de sus atenciones en adultos, siendo destacado a nivel nacional, e incluso debiendo exponer estos resultados como representantes del Modelo de Salud Chileno al Banco Mundial.

En 2023, se aumenta en un 7% el número de inscritos, y se realiza un permanente trabajo con los asentamientos del sector, contando con Facilitador Intercultural de nacionalidad haitiana. Su CCR lidera en talleres de diferentes patologías musculo esqueléticas y neuro esqueléticas, y se espera poder dar inicio al trabajo en las nuevas dependencias en construcción del nuevo CCR. En relación con el trato al usuario, se asigna una encargada Dignidad del Paciente y Trato al Usuario, con la finalidad de mejorar la atención a través de pautas de observación, acompañamiento a primera línea y aplicación de encuestas de satisfacción usuaria. Se da inicio además al trabajo enmarcado en proceso de Acreditación en Salud, calendarizado para el año 2025. Por otro lado, la unidad dental renueva sus sillones dentales el segundo semestre del 2023, logrando normalizar sus atenciones a la comunidad.

Por último, y como logro principal, en octubre de 2023 se da inicio al servicio de urgencia del centro de salud, análogo a un SAPU corto, con recursos 100% comunales, en espera de la autorización y financiamiento del MINSAL, pudiendo al fin cumplir el anhelo de los vecinos.

DOTACIÓN 2024.

JORNADAS DE 44 HORAS DOTACION 2024	
PROFESION	CESFAM VISTA HERMOSA
Medico	8
Odontólogo	4,75
Químico – Farmacéutico	1
Enfermera	6
Nutricionista	3
Matrón(A)	3
Asistente Social	3
Psicólogo	3
Kinesiólogo	6
Terapeuta Ocupacional	1
Educadora Párvulos	1
Ingeniero	1
Técnico En Enfermería De Nivel Superior	22,25
Técnico Administrativo De Nivel Superior	9,75

Técnico En Odontología De Nivel Superior	3,5
Podólogo	1
Técnico Paramédico	1
Administrativo	8,25
Chofer	4
Auxiliar De Servicio	3

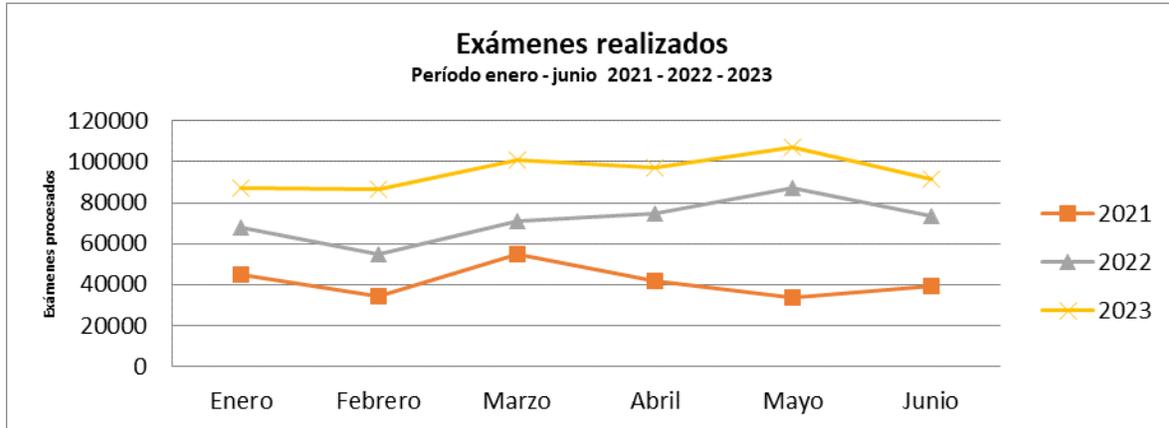
DESAFÍOS 2024

- Continuar mejorando las atenciones relacionadas al trato al usuario.
- Mejorar el acceso y atenciones inclusivas a personas en situación de discapacidad, así como la puesta en marcha de la unidad Diversidad sexual e Identidad de Género.
- Puesta en marcha de plan piloto Telesalud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de calidad, oportunidad y continuidad de atención, desarrollando estrategia innovadora de acceso a la atención en salud mediante el uso de la tecnología.
- Continuar realizando actividades con la comunidad y asentamientos como es el sello de Vista Hermosa.
- Dar inicio formal al proceso de Acreditación a través de medios verificadores e indicadores.



2. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO

Durante el 2023, el laboratorio comunal observó un aumento en el procesamiento de exámenes, llegando a un 32% superior respecto al mismo periodo del año anterior, lo cual ha generado un mayor gasto relacionado al consumo de insumos y reactivos, pero ha permitido aumentar las prestaciones a los usuarios de nuestros establecimientos.



Asimismo, los centros de salud incorporaron en su cartera habitual de prestaciones, el examen de antígeno prostático específico (APE) y se han realizado durante el primer semestre 2023 más de 2.000 exámenes, proyectándose que se procesaran más de 4.500 determinaciones a fines del 2023.

Durante octubre de 2023, se inician prestaciones nuevas tales como el perfil hormonal (FSH, LH y estradiol), las cuales responden a la necesidad específica de la población adulto mayor de la comuna. De esta forma, nuestra cartera de prestaciones continúa aumentando constantemente, en virtud de mejorar la cobertura de salud de los vecinos.

CARTERA DE PRESTACIONES LABORATORIO COMUNAL 2024

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 la 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	
FSH	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2023
LH	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2023
Estradiol	Química	Prestación implementada en el segundo semestre del 2023
Hemoglobina glicosilada	Química	
Vitamina B12	Química	
Flujo Vaginal	Microbiología	
Cultivo corriente	Microbiología	
Antibiograma	Microbiología	
Cultivo de hongos	Microbiología	
Tinción de Gram	Microbiología	
Baciloscopia	Microbiología	
Urocultivo	Microbiología	
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 2024

Para el 2024 se pretende continuar con la automatización de los procesos de laboratorio, mediante el cumplimiento de la normativa de compras públicas que permitan la implementación de nuevas tecnologías tanto en las actividades realizadas en etapa preanalítica (tomas de muestras), analítica y post analítica. Para cumplir lo anterior, se focalizará en los siguientes objetivos:

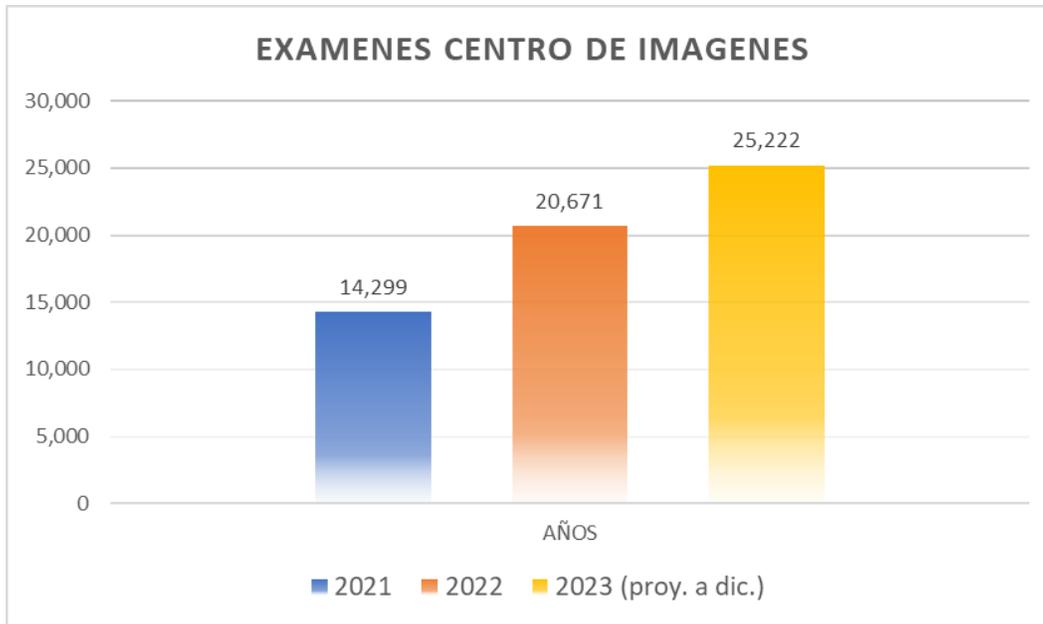
1. **Ámbito Tecnológico:**
 - a. Aumentar la capacidad en el procesamiento de exámenes mediante la implementación de nuevas tecnologías en los procesos analíticos en todas las secciones de laboratorio clínico.
 - b. Incorporar en la cartera de prestaciones el examen de Estreptococo B en embarazadas según lineamientos técnicos requeridos.
 - c. Explorar la pertinencia y factibilidad financiera de nuevas metodologías en el procesamiento de exámenes de acuerdo con la normativa vigente, tales como biología molecular para TBC.
2. **Ámbito Administración de recursos:** Lograr la mejor ejecución financiera y control de gestión sobre los recursos implicados en los diferentes servicios disponibles en laboratorios, así como el cumplimiento de la totalidad de las licitaciones requeridas.
3. **Ámbito Calidad y Seguridad:** Cumplir con la obtención de la Acreditación de Calidad como prestador institucional de salud según normativa vigente y plazos establecidos por la autoridad sanitaria.
4. **Ambiente Laboral:** Fomentar el trabajo colaborativo focalizado en el autocuidado de los equipos de trabajo para crear ambientes laborales saludables.

3. CENTRO DE IMÁGENES (CDI)

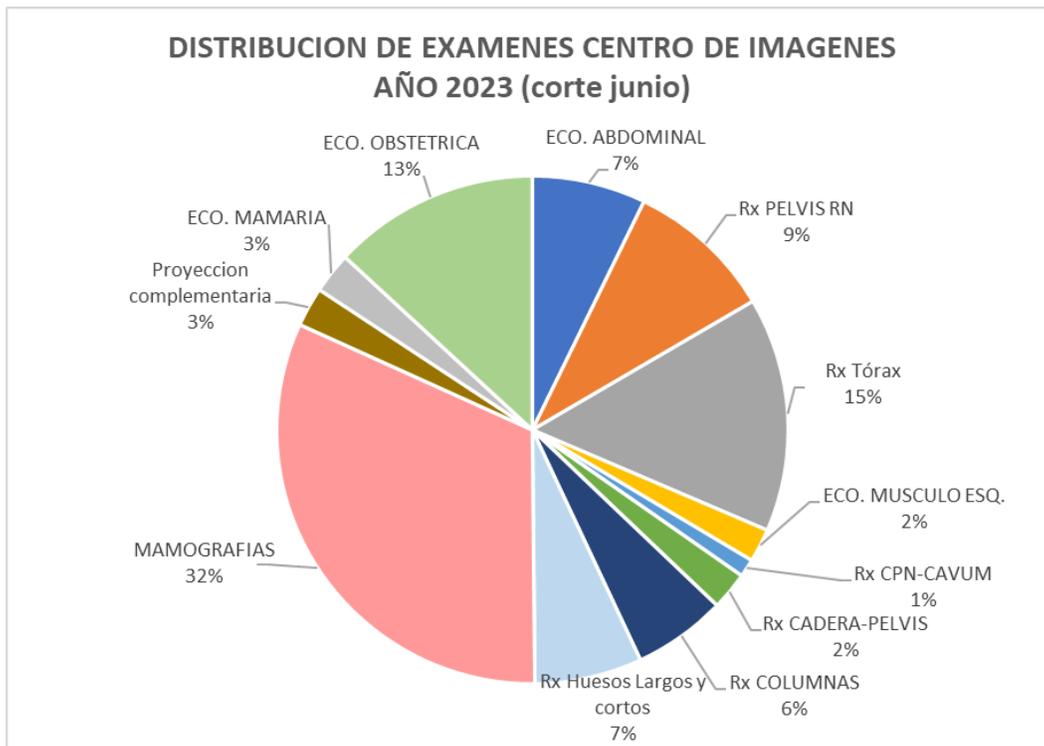
El Centro de Imágenes (CDI) de la Corporación Municipal de Puente Alto corresponde a un dispositivo donde se realizan diversos exámenes a usuarios que son derivados desde los centros de salud familiar de la red corporativa. Se cuenta con un equipo conformado por médicos radiólogos, tecnólogos médicos, matronas ecografistas, TENS, TANS y administrativos; destacando además que se dispone de equipamiento tecnológico de alta gama tales como mamógrafos, ecógrafos, equipos de rayos y tecnología de apoyo.

Durante el año 2023 se observó lo siguiente:

Aumento general de la cantidad de exámenes realizados respecto a años previos. Los exámenes realizados al corte de junio 2023 (13.588), permiten proyectar a diciembre un estimado de 27.176 exámenes, cifra que supera ampliamente la caída de exámenes realizados que ocurrió en los años críticos de la pandemia.



Los exámenes realizados durante el presente año muestran la siguiente distribución:



Contribución al cumplimiento de metas del convenio Imágenes Diagnósticas 2023. En CDI se realiza el mayor porcentaje de exámenes que dan cumplimiento a las metas del Programa Imágenes Diagnósticas anual.

Incremento en el número de Ecografías Obstétricas realizadas. En CDI se ha recuperado sustancialmente el número de ecografías obstétricas realizadas respecto a los años previos, y se proyecta alcanzar a diciembre un número de ecografías mayor a los ingresos a control prenatal de la comuna.

Actividad/año	2021	2022	2023 (proyección)
Ingresos prenatales	3390	3466	3172
Eco. Obstétrica	2263	2854	3689

Continuidad del trabajo en torno a la gestión de calidad y seguridad asistencial. Durante el 2023, se intensificó el trabajo para el logro de la acreditación del centro. Cabe destacar, que se han realizado 2 ensayos generales del proceso con participación de la unidad de calidad comunal como ente evaluador, lográndose un porcentaje de cumplimiento por encima de lo esperado en las características aplicables al centro.

Conformación de equipo local de gestión de agendas. Siendo el agendamiento una actividad crítica para el CDI, durante el 2023 se gestionó la implementación de un equipo a cargo la gestión de agendas y cupos, lo cual esperamos consolidar a fines de este año con el protocolo de agendamiento del centro.

Énfasis en el trabajo en equipo y autocuidado del recurso humano. Durante el 2023, se han potenciado las actividades que promueven el trabajo colaborativo y las relaciones humanas que fomentan el buen clima laboral al interior del centro. Además, se dio énfasis a las actividades enmarcadas en el autocuidado y la salud mental de los funcionarios.

Realización de mejoras a la infraestructura y equipamiento del centro. En el 2023 se concretaron diversas mejoras de los espacios y equipamiento que conforman el centro de imágenes, lo cual busca optimizar los espacios laborales y dar eficiencia en su uso.

Implementación de nueva estrategia de trabajo con los centros de salud de la comuna. Durante el 2023 se dio énfasis en una metodología de trabajo integrado con los equipos de los centros de salud, desarrollado reuniones presenciales en CDI a fin de abordar los nudos críticos del servicio y potenciar el trabajo conjunto. Los aspectos más relevantes considerados han sido la gestión de las listas de espera, la priorización de los casos GES y el agendamiento de los usuarios.

Implementación de la Clínica Mamográfica Móvil a CDI. En el 2023 se continuó desarrollando este proyecto, en conjunto con la coordinación técnica del área de salud. Esta estrategia, que se espera tener en ejecución durante el 2024 constituirá una innovación destacable en la comuna, ya que permitirá contar con un dispositivo móvil, con recurso humano especializado, que acercará la oferta de mamografías a los territorios y promoverá la realización de este examen en la población usuaria.

OBJETIVOS 2024

1. Consolidar el proceso de trabajo para la acreditación del centro de imágenes, esperando culminar con el logro de esta importante distinción durante el año 2024.
2. Potenciar la estrategia de la Clínica Mamográfica Móvil, aumentando la cobertura territorial y de usuarias que acceden al screening mamográfico para la prevención del Cáncer de Mamas.
3. Facilitar el acceso a mamografía screening en CDI, gestionando una nueva modalidad de agendamiento directo en el centro de imágenes, para usuarias de 50 a 69 años, disminuyendo así las barreras y tiempos de espera para acceder a este importante examen preventivo en la comuna.
4. Gestionar la adquisición de un nuevo equipo de rayos osteopulmonar para el centro, el cual reemplazaría unos de los equipos existentes que por concepto de vida útil requiere reposición.
5. Evaluar la posibilidad de incorporar como nuevo examen la Ecocardiografía, lo cual es un proyecto en conjunto con el centro San Lázaro y que contaría con la participación de un médico especialista en medicina interna de dicho centro.
6. Continuar con el fortalecimiento del trabajo conjunto con los equipos de los centros de salud, a fin de ir optimizando nuestros procesos, cumplimiento de metas y calidad de la atención hacia los usuarios.
7. Continuar con los lineamientos y actividades de autocuidado y fomento del trabajo en equipo en CDI, generando nuevas iniciativas que aporten con este objetivo estratégico.

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 Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) desde los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), para toma de exámenes, imágenes o continuidad de tratamiento.
- Gestión de traslado de pacientes en situación de calle, posterior a la atención recibida en algún dispositivo de salud, hacia albergues municipales habilitados.
- Asistencia en eventos deportivos y culturales organizados por área de Deporte corporativo, organismos Municipales y eventos sociales

Existe 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 100 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. Este servicio se encuentra disponible en horario continuo de 08:00 a 23:00 hrs, recurso que ha permitido entregar una mejor experiencia de atención a los usuarios al permitir que se cuente con este móvil disponible en los horarios de mayor demanda de los centros de atención.

La unidad administra 4 clínicas móviles, dos de ellas adquiridas durante el 2023, además de un camión mamográfico del CDI, destinadas a operativos en terreno, programados a través de Equipos de Salud en tu barrio, operativos corporativos territoriales, operativos municipales y atenciones nocturnas. Adicionalmente, la unidad cuenta con 4 móviles de traslado de pacientes, los cuales pone a disposición de los equipos que realizan operativos en terreno y centros que requieren de traslado de usuarios con necesidades especiales no

postrados. Actualmente se encuentra 1 en el Centro de Integración María Isabel, 1 en el Centro San Lázaro, y 2 en el equipo de Paliativos no oncológicos.

El servicio de traslado y priorización de pacientes existe gracias a la disponibilidad de personal profesional en horario continuado (24/7). Este equipo 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 los llamados telefónicos, respondidos 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 es parte del equipo estable del MIR, teniendo una función clínica asistencial.

OBJETIVOS 2024

1. 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.
2. 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.
3. Difundir y supervisar aplicación de documentos creados para estandarizar la regulación de las solicitudes y el traslado de pacientes, de esta manera 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.
4. 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, para esto se proyecta incorporar un profesional destinado exclusivamente a la coordinación de equipos de móviles ambulancias.
5. 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.
6. 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 resolutoria de la red.
7. Revisar sistema de asignación de cupos para el servicio de traslado ambulatorio, estableciendo criterios de admisión y optimizando el recurso disponible.
8. Fortalecer la mejora continua en el sistema de gestión de llamados, plataformas informáticas y registro de la información de las evaluaciones realizadas en domicilio.
9. Gestionar un nuevo sistema de radiocomunicaciones entre central de ambulancias, móviles y centros asistenciales de la comuna; con autonomía



energética, para mantener coordinación y posibilidad de respuesta del servicio de urgencia 24/7 en época de catástrofe.

10. Mantener el vínculo de colaboración conseguido con instituciones asociadas al servicio de traslado de emergencia, tales como Carabineros de Chile, SAMU, Bomberos y las oficinas municipales que correspondan, mediante la organización de actividades de capacitación u otras similares.

11. Gestionar la incorporación de profesionales de enfermería para dar continuidad 24/7 al servicio otorgado por el móvil profesionalizado de traslado de Emergencias.

12. Gestionar la instalación de un sistema de video en todos los móviles de emergencia con conexión remota que permita registrar los recorridos o situaciones puntuales en el desplazamiento de las unidades.

13. Contar con DEA (Desfibrilador Externo Automático) en todos los móviles de traslado de emergencia.

14. Contar con un plan de adquisición y reposición de equipamiento en todos los móviles de traslado.



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), además de un servicio corto municipal en VH. Se cuenta con dispositivos de referencia de urgencia, entre ellos de alta complejidad Hospital Sotero del Río y de baja complejidad el Hospital San José de Maipo. Durante Campaña de Invierno, se cuenta con recursos adicionales desplegados desde el Servicio de Salud. Existe una vinculación permanente con la Central de Ambulancia, que se ha ido desarrollando en temas como clasificación y categorización de pacientes para el traslado de urgencia, notificaciones de eventos adversos y acompañamiento al personal de los dispositivos de urgencia.

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y el Servicio de Alta Resolutividad (SAR), conforman un sistema orientado a mejorar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención sanitaria a la población, con el fin de ofrecer atención rápida a las necesidades de urgencia/emergencia de baja a moderada complejidad de todos los usuarios que la requieran. Los SAPU funcionan en horario inhábil, fines de semana y feriados, por lo que el servicio de urgencia se encuentra restringido al horario de atención informado a la comunidad. Respecto al SAR PMV, la atención se presta 24/7, siendo el único centro de derivación local de urgencia, conformándose como un centro de derivación y de apoyo diagnóstico para los otros dispositivos de la comuna.

Considerando que durante la pandemia COVID-19 fue necesario realizar grandes ajustes en la infraestructura de los dispositivos de urgencia, que en su mayoría requirieron ocupar espacios adicionales, durante el 2023 se realizó un diagnóstico de todos los SAPUS/SAR para determinar los ajustes y habilitaciones requeridas para su mejor funcionamiento. Dada la incorporación del profesional de enfermería en el equipo básico de SAPU, se plantearon propuestas como contar con Botiquines en todos los dispositivos. Otro asunto importante fue el levantamiento de brechas de normas técnicas básicas de autorización sanitaria, que se realizó en conjunto al equipo de calidad comunal, con el objetivo de planificar su cierre.

Respecto al recurso humano y funcionamiento, durante el 2023 la organización del turno se planteó considerando como equipo basal la presencia de profesional médico, profesional de enfermería, técnicos de enfermería y administrativos, y planificando la presencia de refuerzos durante la campaña de invierno, tales como profesional de kinesiología y adicionales a los ya mencionados, los cuales se fueron incorporando en la medida que iba avanzando el invierno, según demanda asistencial y recursos financieros disponibles. Asimismo, para el SAR se consideró la extensión del horario de funcionamiento de la sala de rayos hasta las 23:00 hrs, se incorporó el estamento de Kinesiólogos de manera permanente al funcionamiento 24/7, se dio inicio al servicio POC o de análisis rápido de exámenes.

Cabe mencionar que durante el 2023 se realizó una reposición de equipamiento médico requerido para dar las prestaciones, lo cual fue distribuido a la totalidad de los centros de salud que incluyeron a los que no cuentan con SAPU/SAR, pero debían atender la morbilidad propia de la temporada.

Siguiendo lo establecido en el Plan estratégico de mejora de los servicios de urgencia, se comenzó con la difusión de protocolos y documentos elaborados por el equipo técnico, siendo relevante el trabajo realizado respecto a la categorización de pacientes que se debe utilizar en la atención de urgencia.

CARTERA DE 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 considerar derivación
Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso
Consulta médica de urgencia + quemaduras (A, AB) primera evaluación
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 platinos 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 + Uso de REA
ENFERMERA
Atención Enfermería Urgencia
Atención de Enfermería + Categorización
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo vesical e instalación de Catéter urinario permanente
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo vesical intermitente
Atención Enfermería Urgencia + Instalación de Sonda nasogástrica
Atención Enfermería Urgencia + Instalación de Sonda nasogástrica + Lavado gástrico
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma de telemedicina
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma
Atención Enfermería Urgencia + Curación Avanzada (Primera evaluación)
Atención Enfermería Urgencia + Flebocllisis
Atención Enfermería Urgencia + POC muestra orina
Atención Enfermería Urgencia + POC muestra sangre
Atención Enfermería Urgencia + Administración de vacunas de urgencia (DT, Antirrábica)
Atención Enfermería Urgencia + Administración de medicamentos Vía subcutánea
Atención Enfermería 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	
Atención TENS urgencia + Administración de vacunas (DT, Antirrábica)	
Atención TENS 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 + Nebulización	
Atención kinésica Urgencia + oxigenoterapia	
Atención kinésica Urgencia + prestaciones GES	
Atención kinésica Urgencia + Uso de REA	
TECNÓLOGO MÉDICO	
Cabeza	Cráneo: AP – Lateral – Towne. Silla Turca: AP – Lateral. Senos Paranasales: Cadwell – Waters – Lateral. Huesos Propios: Laterales – Waters Modificado. Cigomático: Bilateral – Unilateral – Arco Cigomático (Bi y Unilateral). Órbita: PA (Bilateral) – Unilateral – ATM: Axiolateral. Rama Mandibular: AP – Eissler. Cuerpo Mandibular: AP.
Extremidad Superior	Hombro: AP – AP Verdadera – AP Rotaciones - Axial – Outlet – Neer – Rockwood – Stryker – Velpeau. Clavícula: AP – Axial – Comparativa de Acromioclavicular. Escápula: AP – Lateral. Húmero: AP – Lateral – Oblicuas. Codo: AP – Lateral – Oblicuas – Axial de Codo – Greenspan. Antebrazo: AP – Lateral. Muñeca: AP – Lateral – Oblicua – Protocolo Escafoides (4 proyecciones) – Articulación Trapecio Metacarpiana. Mano: AP – Lateral – Oblicua – Norgaad. Dedos: AP – Lateral – Oblicua.
Cuello	Cervical: AP – Transoral - Lateral – Oblicuas – Nadador – Dinamicas - Cavum.
Cavidad Torácica	Tórax: AP – Lateral – Decúbito Lateral Rayo Horizontal – Espiración. Parrilla Costal: AP – Oblicua (espiración e inspiración). Esternón: Lateral – OPD – OPI. Columna Dorsal: AP – Lateral – Oblicuas
Cavidad Abdominal	Abdomen: AP decúbito – AP Bipedestación – Decúbito Lateral Rayo Horizontal – Decúbito Supino Rayo Horizontal – Decúbito Prono con Rayo Horizontal. Columna Lumbar: AP - Lateral - Oblicuas - Quinto Espacio - Dinámicas.
Cavidad Pelviana	Pelvis: AP – Lowestein – Inlet – Outlet. Sacroiliacas: AP – Oblicuas.

	Sacro: AP – Lateral. Cóccix: AP – Lateral. Cadera: AP – Axial - Alar – Obturatriz – Falso Perfil.
Extremidad Inferior	Fémur: AP – Lateral – Oblicuas. Rodilla: AP – Lateral – Oblicuas – Túnel Intercondíleo – Rosenberg. Rótula: AP – Lateral – Axial. Pierna: AP – Lateral – Oblicuas. Tobillo: AP – Mortaja – Lateral – Con Carga. Calcáneo: Lateral – Axial. Pie: AP – Oblicua – Lateral – Con Carga. Antepié: AP – Oblicua. Ortejos: AP – Lateral – Oblicua – Sesamoideos.
Ecografía en implementación (en espera que establecimiento habilite ecografía 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 considerar derivación	
Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso	
Consulta médica de urgencia + quemaduras (A, AB) primera evaluación	
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 Enfermería de urgencia + Categorización	
Atención de Enfermería de urgencia + traslado del paciente grave	
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo vesical e instalación de Catéter urinario permanente	
Atención Enfermería Urgencia + Sondeo vesical intermitente	
Atención Enfermería Urgencia + Instalación de Sonda nasogástrica	
Atención Enfermería Urgencia + Instalación de Sonda nasogástrica + Lavado gástrico	
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma de telemedicina	
Atención Enfermería Urgencia + Electrocardiograma	
Atención Enfermería Urgencia + Curación Avanzada (Primera evaluación)	
Atención Enfermería Urgencia + Administración de medicamentos Vía subcutánea	
Atención Enfermería Urgencia + Flebocllisis	

Atención Enfermería Urgencia + Administración de vacunas (DT, Antirrábica)
Atención Enfermería 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 Baciloscopia
Atención TENS urgencia + Nebulización
Atención TENS urgencia + Oxigenoterapia
Atención TENS urgencia + Uso de REA

OBJETIVOS 2024

1. Potenciar el funcionamiento del SAR Padre Manuel Villaseca como centro de referencia local de los SAPU de Puente Alto.
2. Difundir y supervisar el Manual de funcionamiento de la red de urgencia APS
3. Supervisar ejecución de protocolos establecidos para la red de urgencia APS.
4. Contar con protocolos comunales que busquen estandarizar el rol del estamento de enfermería y asegurar una mejor gestión del cuidado en los pacientes que asisten a la red de urgencia de APS.
5. En el ámbito legal, se pretende terminar de elaborar protocolos o instructivos comunales en los temas de constatación de lesiones y manejo del paciente víctima de violencia sexual, lo anterior en relación con el desarrollo progresivo de la temática mediante la vinculación con instituciones relacionadas.
6. Gestionar la incorporación de cursos o programas de capacitación específicos en el área de urgencia, incorporado en el Plan de capacitación anual, específicamente en temas de IAAS, ESI, PALS, ACLS, Vía aérea, ECG básico urgencia, IRA y ERA (SAR), Ecografía de urgencia, Protección radiológica, rayos y/o primeros auxilios psicológicos.
7. Potenciar el trabajo colaborativo con la Central de Ambulancia Corporativa mediante la difusión de protocolos elaborados en conjunto, cápsulas educativas y realización de actividades de capacitación en otras unidades o centros educacionales, y la realización de una Jornada anual de la red de urgencia APS.



8. Presentar proyectos de mejora de infraestructura en los recintos de urgencia que busquen normalizar el cumplimiento de NTB en los diferentes boxes de atención y salas de procedimientos, 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, proporciona atenciones de tipo diagnóstico y terapéutico que están dirigidas 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, aumentando la pertinencia de las interconsultas y colaborando de manera importante con la resolución de listas de espera en estas especialidades.

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

1. Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO) - Oftalmología
2. Unidad de atención dental – Especialidad Odontológica
3. Unidad de ginecología - Ginecología
4. Centro comunitario de rehabilitación (CCR)
5. Unidad de atención primaria de otorrinolaringología (UAPORRINO) - Otorrinolaringología
6. Tele dermatología – Enlace telemático con Dermatología
7. Espirometría – Programa ERA
8. Medicina Interna
9. Unidad de resolutiveidad infante juvenil
10. Sala de Rehabilitación infantil CHCC
11. 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. Cabe mencionar que el programa de resolutiveidad resuelve entre los 15 y hasta los 64 años específicamente para Vicio de refracción, por lo que el grupo etario entre los 6 y los 14 años se financia con recursos corporativos. 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:

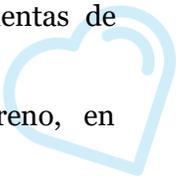
1. Mejorar la oportunidad de acceso de los usuarios a la especialidad de oftalmología.
2. Aumentar la resolutiveidad local a través de atención especializada integral.
3. Mejorar la capacidad resolutive local de los médicos de APS corporativos respecto al manejo de patología oftalmológica a través de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

El equipo de trabajo disponible para el 2023 de la UAPO está conformado por un médico oftalmólogo por 11 horas semanales, 4 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. 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, participando con ella de operativos nocturnos municipales principalmente.

OBJETIVOS 2024

1. 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.
 2. Realizar al menos una capacitación durante el 2023 a los referentes de cada centro, respecto de patología oftalmológica frecuente y su manejo en APS.
 3. Gestionar la adquisición de un OCT (tomógrafo de coherencia óptica) para realizar diagnóstico y seguimiento de casos de glaucoma.
 4. Coordinar con el SSMSO a través de la utilización de herramientas de programación y cumplimiento de metas.
 5. Fomentar la realización de operativos oftalmológicos en terreno, en coordinación con los equipos involucrados.
- 

UNIDAD DE ATENCIÓN DENTAL



La atención dental 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 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.

En San Lázaro se cuenta con box de atención individuales y con sistema de recambio activo de aire (extractores), donde además se realizó recientemente una renovación completa de los sillones dentales disponibles, junto a la incorporación formal del recinto pabellón dental, el cual funciona como un box dental, pero que aún requiere intervención en su infraestructura para habilitarse y obtener su autorización sanitaria.

Además del GES 60, también se atienden pacientes del programa odontológico integral, como el programa Más Sonrisas para Chile y Programa Odontológico Integral Hombres, y

Programa Mejoramiento del Acceso con sus componentes Resolución de Prótesis, Resolución Endodoncia y Resolución 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 2024

1. Resolver la lista de espera, para lo cual se cuenta con 12 boxes habilitados y con equipamiento renovado.
2. 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.
3. Contar con autorización sanitaria de los 2 box nuevos dentales, implementando el pabellón como box dental.

UNIDAD DE GINECOLOGÍA

La unidad de Ginecología funciona en San Lázaro desde su inauguración, y surgió para apoyar la resolutivez 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 ecografía ginecológica de 44 horas, un matrón capacitado en la unidad de atención y control de salud sexual por 4 horas semanales, una matrona capacitada en piso pélvico en la unidad de uroginecología por 5 horas semanales. Se hace necesario evaluar la recuperación de las 11 horas de especialista Médico Ginecólogo que se tuvieron disponible hasta junio de 2023, lo cual es una evaluación técnico-financiera pendiente.

UNIDAD DE ATENCIÓN DE MAMAS

Dentro de las prestaciones de esta unidad se cuenta con la atención de pacientes en modalidad de consultoría de patología mamaria. 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. Se mantiene la reunión clínica junto al especialista, de manera presencial. También se mantendrán las consultorías y capacitaciones de forma remota.

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. Durante el 2023 se han realizado acercamientos con el CRS para mejor utilización de los cupos y contar con los insumos necesarios para dar las prestaciones y mejorar el acceso de las usuarias. Este policlínico funciona media jornada a la semana y esta prestación la realizan 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 condilomatosis, 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.

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 2024

1. El desafío para el 2024 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 vigente, dada 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.
2. Gestionar el proyecto de habilitación de un segundo box ginecológico equipado para las prestaciones de la Unidad.
3. Evaluar y gestionar la incorporación de una nueva matrona capacitada en ecografía ginecológica con la finalidad de aumentar la oferta de horas de ecografía dada la lista de espera generada en la especialidad
4. Gestionar la incorporación de un médico especialista en el área de Ginecología.

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 resolutivez 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 resolutivez 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.

Por último, se incorporó a modo de piloto la atención de usuarios con diagnóstico de tinnitus, con buenos resultados y adherencia hasta ahora, por lo que se evaluará su continuidad.

OBJETIVOS 2024

1. Fomentar 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.
2. Seguir prestando atenciones de calidad, tanto en aspecto técnico como humano, a todos los usuarios que requieran ser atendidos por esta unidad, manteniendo mediciones periódicas y supervisiones de los procesos clínicos mediante indicadores de calidad.
3. Mantener la capacitación continua del personal de la unidad según las necesidades particulares que surjan en la población objetivo.
4. 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.
5. Fortalecer comunicación con centros derivadores y red de atención secundaria, con el fin de optimizar derivaciones y tiempos de espera.

- Mantener la prestación de terapia de tinnitus como parte de la cartera básica de San Lázaro.

TELEDERMATOLOGÍA

El programa de Tele dermatología inició a fines del 2014 a través de la plataforma de Tele dermatología 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.

Durante el 2023 se adquirió un nuevo dermatoscopio para la Unidad y para los CESFAM, con la intención de establecer una red comunal de casos dermatológicos. Actualmente, se cuenta con 22 horas de médico para esta prestación.

OBJETIVOS 2024

- Realizar capacitaciones sobre patologías prevalentes del área dermatológica en APS.
- Mejorar a su vez la resolutivez local de patologías dermatológicas en la APS.
- Desarrollar una red comunal de atención de casos dermatológicos mediante capacitación y realización de consultorías dirigidas por los médicos de San Lázaro.

UNIDAD DE RESOLUTIVIDAD INFANTO JUVENIL

La unidad de resolutivez de salud Infanto Juvenil, es un dispositivo técnico conformado por un grupo de especialistas en medicina familiar del niño y pediatría, quienes a través de capacitación y consultorías acompañan a los equipos de salud, aportando con una mirada de salud integral, considerando tanto aspectos promocionales como preventivos, clínicos y administrativos que vienen a fortalecer la atención de esta población infanto juvenil de la comuna de Puente Alto. Su objetivo principal es aumentar la capacidad resolutivez de la atención primaria en salud, y mejorar la referencia - contra referencia con el nivel secundario y terciario.

Los ejes de acción de la unidad son los siguientes:

- Establecimiento de competencias (Capacitación y consultorías con el objetivo de acompañar los equipos de salud y familias de niños, niñas y adolescentes con diferentes condiciones.)
- Estandarización de la atención (Desarrollo de protocolos, guías clínicas y otros)
- Innovación e investigación (Actualización, fortalecimiento de la telesalud y la supervisión de salud)

- Trabajo comunitario (Mesas intersectoriales, formación de monitoras comunitarias haitianas de lactancia materna, grupo de padres con hijos e hijas con TEA coterapeutas, clínica móvil y otros)

OBJETIVOS 2024

1. Acompañamiento integral de los equipos de salud y familias con NNA en la supervisión de salud y programas.
 - Fortalecimiento de la lactancia materna, desde la comunidad, los CESFAM y equipo itinerante “Ruta de la lactancia (Clínica móvil)”.
 - Fortalecimiento de las habilidades parentales.
 - Fortalecimiento de la atención de NNA con enfermedades respiratorias
2. Acompañamiento integral de los equipos de salud y familias con NNA con:
 - Síndrome Déficit Atencional e Hiperactividad, SDA-H.
 - Trastorno de Espectro Autista, TEA.
 - Necesidades Especiales, NANEAS.
3. Acompañamiento integral de los equipos de salud y familias con NNA trans y género no conforme.
4. Fomentar proyectos de investigación, salud mental infantil junto a centros de educación superior.

UNIDAD DE ESPIROMETRÍA

Esta 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. Esta 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, contando con una buena recepción de parte de los pacientes.

OBJETIVOS 2024

1. Mantener el buen funcionamiento de esta unidad durante el 2024, facilitando además la compra centralizada de los insumos y la estandarización del procedimiento.
2. Gestionar la adquisición de un nuevo Espirómetro.

MEDICINA INTERNA

La unidad de Medicina Interna surgió como una innovación local el segundo trimestre del 2023, para apoyar la resolutivez en patología principalmente cardiovascular y dar respuesta a la necesidad de la población con este tipo de patologías que no puedan ser resueltos en sus respectivos CESFAM debido a la complejidad de estos. Por un lado, al ser evaluados por el especialista tendrán la oportunidad de seguirse atendiendo en la red APS si el caso lo permite y, de lo contrario, ser derivado con un filtro previo que asegura mayor pertinencia, situación que a su vez es muy beneficiosa para el nivel secundario y terciario.

Actualmente se cuenta con un médico internista por 22 horas semanales, al mismo tiempo se han generado conversaciones con CRS Cordillera con la finalidad de hacer una alianza estratégica que nos permita acceder a algunos medicamentos y exámenes no disponibles en nuestra red APS y que ayudarían mucho en el diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes sin necesidad de que sean derivados.

Dentro de la cartera de prestaciones estaría la atención de pacientes con diabetes e hipertensión de difícil manejo, pacientes con insuficiencia renal y pacientes con insuficiencia cardiaca, todos ellos derivados con interconsulta hacia San Lázaro desde todos los CESFAM comunales.

OBJETIVOS 2024

1. Consolidar la prestación de medicina interna en la red comunal.
2. Consolidar la alianza con CRS.
3. Gestionar espacios de consultoría clínica en los diferentes CESFAM de la comuna.
4. Realizar capacitaciones durante el 2024 a los médicos de los CESFAM, respecto de patología CV frecuente y su manejo en APS.

SALA REHABILITACIÓN INFANTIL CHCC

La Sala de Rehabilitación Infantil CHCC es un servicio creado por la comuna con financiamiento del programa Chile Crece Contigo. Su objetivo principal es aumentar la resolutivez en la atención de niños y niñas con necesidades especiales de salud, debido a alguna patología y/o condición física y/o mental permanente. Este servicio se enfoca en brindar apoyo terapéutico exclusivamente a través de la Terapia Ocupacional, contando con la participación de un profesional altamente capacitado. Todo esto se encuentra enmarcado dentro del modelo integral de salud familiar y comunitaria, y se trabaja en colaboración con otros programas del CHCC ubicados en diferentes centros de salud de la Atención Primaria de Salud (APS).

En la Sala de Rehabilitación Infantil CHCC se reciben niños y niñas de hasta 5 años de edad, que presenten diagnóstico de espectro autista, retraso en el desarrollo psicomotor, trastorno del lenguaje mixto, dispraxias motoras y trastorno de procesamiento sensorial. Es importante destacar que todos los casos deben ser de baja a mediana complejidad. En situaciones excepcionales, se pueden admitir niños de hasta 8 años, 11 meses y 29 días.

OBJETIVOS 2024

1. Disminuir el tiempo de espera en la lista de espera para acceder a los servicios de rehabilitación. Esto permitirá que los niños y niñas reciban atención oportuna y se puedan abordar sus necesidades de manera más efectiva.
2. Garantizar que cada usuario/a cuente con al menos tres sesiones de control al mes. Esto busca asegurar un seguimiento constante y adecuado de cada caso, para favorecer el progreso y desarrollo de los niños y niñas atendidos.

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

COSAM CEIF es un dispositivo de salud mental que se organiza en 2 equipos: CEIF Centro, que brinda prestaciones de psiquiatría general y CEIF Norte, que brinda prestaciones para el tratamiento de personas con trastornos por el uso de sustancias.

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 (70%), MIDESO (11%), y SENDA (19%).

El COSAM CEIF Centro atiende la demanda de psiquiatría general de tres CESFAM de la comuna, según el Mapa de Derivación vigente en la red de salud del territorio sur oriente:

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

El acceso a la atención se realiza a través de una solicitud de interconsulta realizada por un profesional médico, cuando a juicio del equipo tratante del CESFAM es pertinente una atención de especialidad, frente a lo cual se presenta el caso clínico en consultoría. Esta acción permite que el equipo de especialidad oriente al equipo de salud mental del CESFAM sobre el manejo clínico y el seguimiento, o bien, se realice la derivación asistida hacia el COSAM CEIF Centro.

Los otros CESFAM de la comuna, no incluidos en esta distribución, realizan sus derivaciones al CDT del Hospital Dr. Sótero del Río, o al CRS Cordillera, según el Mapa de Derivación vigente del SSMSO.

El COSAM CEIF Norte atiende la demanda de los ocho CESFAM administrados por la Corporación Municipal, para usuarios adultos con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, que requieran tratamiento de especialidad. El acceso a la atención en este dispositivo se realiza a través de una solicitud de interconsulta desde el CESFAM, en donde la persona a derivar haya sido evaluada al menos por un profesional médico.

Otra vía de derivación hacia ambos dispositivos es la de **Tribunales de Familia**, institución con la cual se ha construido una relación de colaboración pertinente en virtud de la atención de usuarios. Si bien, el contexto de atención obligatoria que se plantea desde lo judicial tensiona el principio de voluntariedad, necesario para enfrentar un proceso terapéutico, el adecuado manejo de la información por parte del equipo tratante y una adecuada gestión de coordinación y seguimiento de casos, permite contar con una herramienta que favorece y respalda los procesos de atención, principalmente de la población infantil y adolescente que se haya visto afectada por vulneraciones a sus derechos.

La **necesidad de cobertura en atención psiquiátrica** ha continuado en alza durante los últimos años, notándose incrementos cercanos al 30% anual desde 2020, lo que al finalizar el periodo 2023 se proyecta superior al 50% de incremento. Ante la creciente demanda y la necesidad de asegurar horas de especialidad psiquiátrica, que se tornan escasas ante los abundantes flujos de derivación, se han implementado estrategias de gestión que persiguen optimizar los recursos en la atención, basándose en el **Modelo de Salud Mental Comunitaria**. Desde esta perspectiva, la realización de **Consultorías en salud mental** se ha instalado como una de las estrategias más importantes en la vinculación con los equipos de salud mental de los CESFAM, como instancia colaborativa y

resolutiva en la gestión de casos, y que también contiene la demanda de derivaciones, entregando herramientas y recomendaciones técnicas a los equipos de CESFAM para el manejo de casos.

Otra de las estrategias relevantes para la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria es la vinculación con la **Red Comunitaria de Salud Mental** existente en Puente Alto, conformada principalmente por personas usuarias y sus familias, organizadas y capacitadas en temáticas de salud mental y articulación comunitaria. Entre otras acciones, esta red se vincula a Grupos de Autoayuda y otras agrupaciones que contienen una gran demanda de contacto social de las personas, lo que se visualiza como una oportunidad de contacto favorable que promueve la recuperación de las personas en su entorno territorial. También son actores relevantes en la réplica de información a sus comunidades sobre flujos de acceso a la atención en salud mental, sobre dispositivos de la red, contacto con grupos de apoyo, etc.

Para cumplir con su labor, el COSAM CEIF cuenta con un equipo profesional, técnico y administrativo conformado por Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Médicos Generales, Médicos Psiquiatras (para población adulta, infantil y adolescente), Químico Farmacéutica, TENS de Farmacia, Técnicos Sociales, Administrativas y Auxiliares de Servicios.

Las prestaciones generales que se realizan en el COSAM CEIF son las que se describen a continuación, junto a quienes las ejecutan:

Prestación	Profesionales a cargo
Psicoterapia Individual	Psicólogo
Psicoterapia Grupal	Psicólogo
Control Psiquiatra	Psiquiatra
Ingreso Psiquiatra	Psiquiatra
Control Médico	Médico
Ingreso Médico	Médico
Consulta Salud Mental	Asist. Social / T. Ocupacional / Psicólogo
Intervención Psicosocial Grupal	Asist. Social / T. Ocupacional / Psicólogo
Consulta Remota	Asist. Social / T. Ocupacional / Psicólogo / Psiquiatra / Médico
Visita Domiciliaria	Asist. Social / Técnico social

OBJETIVOS 2024

1. Sostener y potenciar el trabajo coordinado con los CESFAM de la comuna para asegurar una adecuada continuidad de los cuidados de las personas usuarias, a través de las consultorías en salud mental y la búsqueda constante de estrategias que permitan administrar la demanda de prestaciones, relevando el rol central que tiene la Atención Primaria de Salud en el cuidado de su población a cargo.
2. Mantener las gestiones con la red de dispositivos de salud mental del territorio, en el contexto del Mapa de Derivación vigente del SSMSO, que faciliten el tránsito y continuidad de cuidados de los usuarios por la red de salud mental.



3. Contar con procesos de atención definidos y vías de comunicación estables entre los equipos de trabajo, mediante la actualización de protocolos que permitan administrar la demanda de forma efectiva, con criterios de calidad y seguridad en la atención, que optimicen la eficiencia del sistema en coordinación con la red corporativa y territorial del SSMSO.
4. Desarrollar estrategias de vinculación con grupos de usuarios organizados, en conjunto con la Red de Salud Mental Comunitaria existente en el territorio, explorando alternativas de participación en Grupos de Autoayuda para personas que egresen de procesos terapéuticos desde el COSAM CEIF y aportando en la visibilización de las acciones ejecutadas por la red.
5. Gestionar un uso efectivo y eficiente de las horas médicas de especialidad disponibles, visualizando oportunidades de reposición oportuna de los cargos cuando amerite e instalando estrategias de trabajo en equipo y en red que optimicen los resultados de los procesos de tratamiento.
6. Prevenir las consecuencias del desgaste profesional por el quehacer en salud mental, promoviendo estrategias de cuidado del equipo de trabajo y siguiendo los lineamientos del SSMSO sobre ambientes laborales saludables.
7. Mejorar las condiciones de los espacios laborales mediante planes de mantenimiento de las instalaciones y la habilitación de espacios adecuados a las necesidades de la atención que se brinda en salud mental.



8. ESTRATEGIA DE ATENCIONES EN TERRENO

EQUIPO ATENCIÓN INTEGRAL EN TERRENO

El equipo de atención integral en terreno fue constituido en 2020, en respuesta a la necesidad producida por la pandemia COVID-19. En el año 2022, debido a la disminución de los casos de la pandemia, el equipo busca nuevas estrategias de atención en terreno, en vista de la promulgación de la ley 21.375 de cuidados paliativos no oncológicos, se inicia un trabajo de capacitación y organización en conjunto con el equipo de cuidado paliativos no oncológicos del Hospital Sotero del Río (CUIDAR-ES), y de esta manera se incorpora a nuestras prestaciones, las atenciones de un equipo multidisciplinario (médico, kinesiólogo, enfermera, técnicos de enfermería, químico farmacéutico, administrativo y psicólogo) para aquellos pacientes que se encuentran en un proceso de fin de vida, por motivos distintos al cáncer.

En la actualidad, se han logrado evaluar más de 253 usuarios. Las prestaciones ofrecidas son: ingreso médico, de enfermería, seguimiento presencial o telefónico por los distintos miembros del equipo, con el fin de brindar un acompañamiento a las familias, considerando siempre un soporte biopsicosocial.

Equipo De Atención Integral En Terreno Hasta Agosto 2023								
Mes De 2023	Atención Pediátrica		Atención Médica En Cuidados Paliativos		Kinesiología	Enfermería	Psicología	Total
	Ingreso	Controles	Ingreso	Controles				
Enero	-	-	48	515	144	264	-	971
Febrero	-	-	28	297	144	399	-	868
Marzo	-	-	50	492	227	226	-	995
Abril	-	-	30	417	194	280	-	921
Mayo	-	-	23	549	209	391	15	1187
Junio	452	715	17	550	239	235	15	2223
Julio	233	1012	30	658	106	344	71	2454
Agosto	194	875	27	1036	317	396	51	2896
Total	879	2602	253	4514	1580	2535	152	12515

FONO SALUD

El fono salud es una herramienta de información disponible para la comunidad puentealtina referente a las prestaciones de salud. En sus inicios, fue un medio de comunicación entre la población y el equipo de atención en terreno para dar prestaciones en domicilio por COVID-19, desde el año 2022 ha sido el nexo para las familias de nuestros usuarios bajo control de cuidado paliativos no oncológicos.

Durante la campaña de invierno del año 2023 (junio a agosto), se amplían las prestaciones como FONOSALUD INFANTIL, debido al contexto epidemiológico con el aumento de enfermedades respiratorias infantiles, y se incorpora la telemedicina para niños menores de 2 años. De acuerdo con la atención médica, se define la evaluación en terreno por parte del equipo multidisciplinario.

Llamadas recibidas:

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
442	254	333	203	239	3704	641	447
Total				6.263			

Atenciones de telemedicina:

Junio	Julio	Agosto
789	220	140
Total		1.148

APOYO DE OXIGENOTERAPIA EN DOMICILIO

Siendo la hospitalización domiciliaria una alternativa a la hospitalización tradicional, y para disminuir el tiempo de estadía en los servicios de atención primaria de urgencia y retorno del usuario a su domicilio, en espera de oxígeno entregada por empresa externa, se instauró la estrategia de préstamo de oxígeno a domicilio.

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
14	16	15	11	23	23	20	38
Total				160			

VACUNACIÓN COMUNAL CONTRA EL COVID-19 E INFLUENZA

Dentro del proceso en el año 2023, las estrategias de vacunación se adaptaron acorde a los distintos territorios y aforos, concentrándose mayoritariamente en un equipo central de vacunación, además de cada Centro de Salud. Los puntos de equipo central vacunación, contaron con horario extendido (hasta las 18:30 horas), con el fin de mejorar el acceso a la población profesional o trabajadora.

Se realizó también gestión y apoyo de vacunación a domicilio a usuarios del programa de dependencia severa de cada CESFAM, solicitando a las encargadas del programa listado de usuarios con esquemas pendientes, y así abarcar la población más vulnerable de nuestra comuna.

VACUNACIÓN COMUNAL CONTRA EL COVID-19 E INFLUENZA 2023			
Vacunas administradas		18 Puntos de vacunación	
Sinovac	30186	Parque Nuestra Señora De Gabriela	Espacio urbano
Pfizer monovalente	189022	Vacúnate en tu barrio	Operativos estrategia preventiva de salud
Pfizer bivalente	15261	Open Puente Alto -Tottus	Establecimientos educaciones
Moderna bivalente	3578	Club House Parque San Francisco	Operativos en ELEAM
Pfizer pediátrico	6418	CRS Cordillera	Balneario municipal

Moderna monovalente	87159	Hospital Sotero del Rio	Pueblito las vizcachas
AstraZeneca	153	CDT	Operativo alianza corporación deporte
Influenza	138702	Operativo lactancia y mes del corazón	Delegación Bajos de Mena
Total	470479	CESFAM	Operativo atención nocturna

Además de esto, se trabajaron en lineamientos comunales para fortalecer el cumplimiento normativo de nuestros funcionarios, para así mejorar la seguridad de la atención. De esta forma:

- Se generaron instructivos estandarizados para el registro en la plataforma MINSAL, con capacitaciones en distintos aspectos de vacunación, apoyando así a los equipos en terreno y disminuyendo el riesgo de errores, incluyendo a los 8 centros de salud de la comuna,
- Se capacitó a los centros de Salud en relación con cadena de frío, uso y armado de cooler ministerial para mantener según protocolos, y otros lineamientos.
- Se realizó participación, difusión y trabajo con departamento de comunicaciones CMPA y MINSAL, a modo de difusión de vacunación a nivel comunal y nacional.
- Se realizó educación preventiva cardiovasculares de promoción de la salud a usuarios en todos los puntos de vacunación, como equipo interdisciplinar.

Para 2024, se espera que la vacunación sea retomada desde los propios centros de salud, quedando el equipo de apoyo territorial como pilar de la participación y acceso a las personas en los distintos operativos que se realizan. Los puntos centrales y el refuerzo de los equipos se podrían retomar en casos de alertas epidemiológicas como la campaña invierno.

OBJETIVOS 2024

1. Mantener de forma estable y continua la estrategia de atención en domicilio para usuarios de alto riesgo sanitario y sociodemográfico.
2. Potenciar la canasta de servicios del equipo de atención a domicilio.
3. Fortalecer la coordinación con los equipos de los centros de salud.
4. Potenciar la interrelación con los centros de salud para el manejo oportuno de los usuarios que necesiten cuidados paliativos no oncológicos.
5. Fortalecer las prestaciones del equipo multidisciplinario a través de los operativos en la comunidad puentealtina, acercando prestaciones promocionales, preventivas y de otras necesidades que nazcan desde los vecinos.

9. 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)
- Secuela por COVID-19

PATOLOGÍAS MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:

- Lumbago (lumbago crónico, lumbociática, escoliosis, hiperlordosis, espondilosis o discopatías y hernia del núcleo pulposo no quirúrgica)
- Síndrome de hombro doloroso (tendinitis, bursitis, desgarro no quirúrgico y artrosis)
- Osteoartrosis 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)
- Secuela por COVID-19

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
- Consejerías individuales y familiares



Los usuarios derivados a rehabilitación integral por alguna de las condiciones priorizadas por GES serán atendidos sin pasar por lista de espera; además se buscará priorizar personas mayores, personas con discapacidad permanente y usuarios con licencia médica.

Adicionalmente, se habilitaron 5 salas de rehabilitación básica en los centros de salud que no contaban con CCR, permitiendo dar resolutiveidad a prestaciones leves, con menores tiempos de espera, y más cerca del hogar de los usuarios. El centro BL, que es el único que aún no cuenta con sala, se encuentra reforzado en acceso desde el CCR SL.

OBJETIVOS 2024

1. Habilitar y/o construir nuevos espacios para la rehabilitación física, de esta manera acercando las prestaciones de rehabilitación a distintos sectores de la comuna.
2. Potenciar la continuidad de tratamiento, disminuyendo la latencia de atención y facilitando el acceso de los usuarios.
3. Fortalecer el trabajo en red con el departamento de discapacidad y sus programas, al igual que con la Corporación de Deporte y su piscina temperada.



10. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)

El Centro de Integración María Isabel es un dispositivo de salud en formato centro de día que inicia su funcionamiento en agosto de 2016 por la necesidad de usuarios y sus familias/cuidadores de la comuna de contar con un espacio de integración y desarrollo específico 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 y que requieren de asistencia y/o supervisión permanente. El rol fundamental de CIMI es recibir a aquellas personas en situación de discapacidad que quedan fuera de cobertura de la red de establecimientos, públicos y privados, debido a su edad.

Por otro lado, se busca acoger a familias que necesitan un lugar de confianza para el cuidado diario de los usuarios, entendiendo que en el desarrollo de las rutinas del centro habrá oportunidad para potenciar y desarrollar habilidades funcionales y cognitivas, generar espacios de participación y vinculación entre pares, prepararlos frente a la oportunidad de acceder a algún empleo protegido, entregar herramientas para la autonomía, etc., especialmente cuando se debe salir a trabajar, o bien por la simple necesidad de tiempos de respiro cuando son cuidadores principales.

En la medida en la que existan vacantes en el centro, los nuevos usuarios ingresan solicitando directamente cupo o bien al ser derivados desde dispositivos de salud o desde otras áreas de la Corporación Municipal de Puente Alto, tal como es el Departamento de Discapacidad.

A la fecha CIMI cuenta con usuarios estables y la participación de familias y cuidadores como elemento fundamental. Su rutina se compone de talleres grupales multidisciplinarios a los que los usuarios asisten 2 veces por semana, siendo diseñados y dirigidos por profesionales del área – Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo - entregando prestaciones de rehabilitación y desarrollo de la autonomía personal, con lo que se promueve la inclusión y participación en diferentes actividades que contribuyen al bienestar personal y a la disminución de la sobrecarga del cuidador. Cada taller cuenta con la asistencia de Técnico de Nivel Superior en Enfermería y Procedimientos de Apoyo a la Rehabilitación (TEPAR) que se encargan de prestar primeros auxilios y procedimientos de enfermería y además de Asistente de Cuidado Personal para velar por el aseo y confort, y colaborar en el proceso de alimentación.

Sus instalaciones cuentan con espacios adaptados para personas que ocupan ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, caminadores), especialmente en accesos y baños, así como también salas terapéuticas específicas en donde se desarrollan los talleres. Con todo, el centro de día requiere modificaciones mayores en su infraestructura (red eléctrica, red de calefón, ampliación del comedor), para dar adecuada cobertura a la diversidad de necesidades de los usuarios.

En complemento, el centro cuenta con servicio de móvil de traslado con adaptaciones para el transporte seguro de personas en situación de discapacidad. La idea es contribuir con el acercamiento desde los domicilios a CIMI y luego con el retorno a los hogares, particularmente cuando el uso de locomoción propia no es factible y según sea la evaluación del equipo terapéutico.

Las familias, padres y/o cuidadores de las personas con discapacidad que asisten a CIMI se han organizado en una instancia de representación cuyo nombre es “AGRUPACIMI”

(organización con personalidad jurídica), orientada a generar instancias de colaboración entre ellos y en apoyar las diferentes acciones del centro.

OBJETIVOS 2024

1. Vincular a los usuarios con el territorio inicialmente a través de los establecimientos de Atención Primaria y otros de la red corporativa que promuevan la participación y continuidad de las acciones del centro.
2. Facilitar el acceso a las atenciones clínicas que correspondan al perfil de salud de cada persona, con lo cual se optimiza y promueve el acceso de las familias a las prestaciones que se otorgan en la red, además de procurar que se mantengan bajo control en los programas que les correspondan.
3. Intencionar 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.

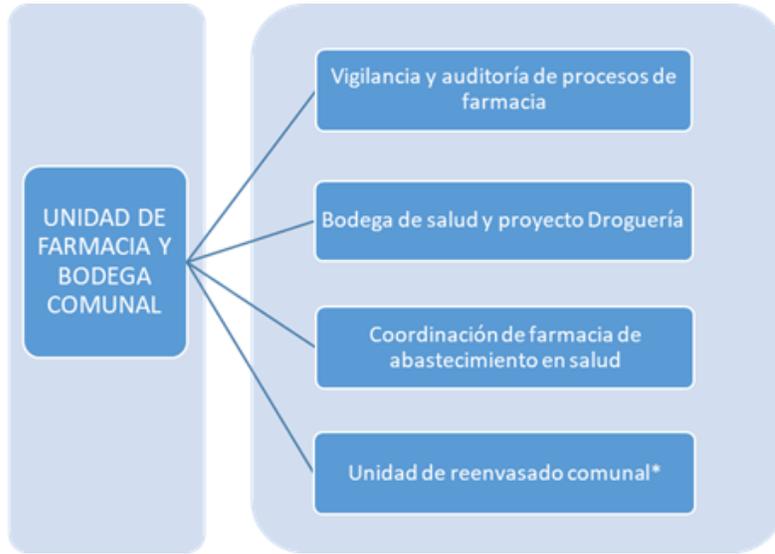
Desarrollo de la planificación CIMI 2024:

Polo de desarrollo	Proyecto a corto plazo (3 meses)	Proyecto a mediano plazo (8 meses)	Proyecto a largo plazo (12 meses)
Usuarios	Recicla CIMI: Implementación de programa de protección medio ambiental por medio del reciclaje, reducción y reutilización de desechos del centro y de la comunidad vecina.	Plan de desarrollo laboral: Programa de gestión para la búsqueda y colocación en puestos de trabajo adaptados. Ley 21.015. Operativos de salud: Continuar con trabajo iniciado el 2023. Reposición de móviles de traslado de usuarios.	Funcionamiento del Área de Acompañamiento Conductual.
Familias y Cuidadores	Revisión de proceso de compromiso/convenio de los cuidadores respecto de su vinculación con CIMI. Ley de atención preferente: Trabajo de socialización y empoderamiento de cuidadores respecto de los deberes y derechos que la ley les entrega.	Escuela para cuidadores, primera etapa: Diseño conjunto con AgrupaCIMI sobre lo que se espera sea un espacio terapéutico controlado de contención para cuidadores a partir de charlas de expertos. Difusión y compromiso de participación.	Escuela para cuidadores, segunda etapa: Ejecución de actividades de interés general con foco en el autocuidado. Se espera contar con la colaboración de Progr. Dependencia Severa, Coord. Subdirección Técnica, Progr. Elige Vivir Sano, etc.
Equipo de salud y de operación del Centro	Reacondicionamiento del comedor del personal.	Evaluar del punto de vista técnico y financiero la incorporación de dupla psicosocial TS-Psicólogo (22 hrs.)	Formación y capacitación en temáticas: enfoque de derechos, enfoque de género, entre otros.

Vinculación con el medio	Plan de trabajo estratégico con DIDECO y Departamento de la discapacidad CMPA.	Plan de trabajo técnico con SENADIS.	Plan de trabajo inclusivo con la Delegación Presidencial.
Infraestructura y gestión	Cambio de red eléctrica de monofásica a trifásica. Reparación de red de calefón.	Habilitación de Área de Acompañamiento Conductual. Incluye implementación de mobiliario e insumos.	Presentación de proyecto de ampliación de comedor de usuarios.

11. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL

La Unidad de Farmacia y Bodega Comunal tiene como principal objetivo realizar todas las gestiones necesarias para atender las necesidades farmacoterapéuticas de los usuarios, derivadas de la atención primaria y secundaria de los centros de salud corporativos, los equipos centrales y transversales de la CMPA.



La unidad se divide operativamente en 4 equipos integrados, con el fin de organizar las actividades, siendo la unidad de reenvasado comunal, la que se encuentra actualmente en implementación.

Durante el año 2023 nuestra unidad ha participado activamente en distintas actividades e instancias orientadas a la entrega de un servicio de farmacia de calidad y

seguro para nuestros usuarios. Entre las principales temáticas trabajadas podemos mencionar:

Vigilancia Y Auditoría De Procesos De Farmacia	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Mejoras y supervisión de los procesos administrativos y operativos de las unidades de farmacia.	Actualización de documentos y procedimientos de farmacia. Gestión de trámites con ISP para traspaso de medicamentos controlados, o eliminación de medicamentos controlados.
Capacitación de funcionarios de farmacia	Curso abierto a TENS, auxiliares y profesionales de los centros de salud en relación con el funcionamiento de farmacia, que fue desarrollado por los mismos profesionales que se desempeñan en la institución, tanto de centros de salud como de administración salud, cuyo fin fue contribuir a la calidad y seguridad en los servicios entregados a los usuarios.

Coordinación De Farmacia De Abastecimiento En Salud	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Programación y gestión de abastecimiento de medicamentos e insumos de enfermería y dental comunal 2023 – 2024	<p>Liderar proceso de Licitación con CENABAST.</p> <p>Liderar procesos de desarrollo de un convenio de suministros de medicamentos e insumos que permita asegurar el abastecimiento permanente ante incumplimientos de despacho.</p> <p>Participación activa y principal en el desarrollo del cambio del modelo de abastecimiento hacia las licitaciones de medicamentos e insumos por la vía de Mercado Público.</p> <p>Evaluación, solicitud, y seguimiento de la necesidad de realizar compras ágiles.</p> <p>Seguimiento de órdenes de compra y despachos</p>

Bodega De Salud	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Logística de almacenamiento y distribución	<p>Recepción de medicamentos e insumos, almacenamiento, gestión de inventario permanente.</p> <p>Análisis del recurso disponible, revisión de consumos de medicamentos e insumos de los centros de salud y equipos centrales, determinación de la necesidad a distribuir.</p> <p>Preparación y distribución mensual de insumos a los distintos centros de salud y equipos centrales.</p>

Unidad De Farmacia Y Bodega Comunal	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Seguimiento y apoyo a la gestión de recursos financieros de programa FOFAR 2022 – 2023	<p>Aumento de jornadas de RRHH asociadas a programa FOFAR en las unidades de farmacia según recurso disponible y necesidad evaluada.</p> <p>Seguimiento y participación en la comisión técnica de proyecto de mejoras de infraestructura de las unidades de farmacia del CES Alejandro del Río y CESFAM San Gerónimo</p>
Implementación de una sala de reenvasado de medicamentos comunal	<p>Gestión y seguimiento de las brechas para la habilitación de la sala comunal de reenvasado de medicamentos. Ya se encuentra habilitada, para 2024 se busca aumentar el RRHH necesario para dar funcionamiento completo de la unidad.</p>

Unidad De Farmacia Y Bodega Comunal Bodega De Salud Vigilancia Y Auditoría De Procesos De Farmacia	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Avances en implementación de Droguería comunal	Participación en comisión para preparación técnica de licitación del diseño de Droguería. Levantamiento de propuesta de maqueta inicial de droguería y revisión periódica de las características requeridas en el proyecto Participación de las visitas a terreno y reuniones periódicas relativas al proyecto.

Unidad De Farmacia Y Bodega Comunal Vigilancia Y Auditoría De Procesos De Farmacia	
Principales Actividades Realizadas	Observaciones
Desarrollo de un sistema unificado de registro de dispensación de medicamentos e insumos en las unidades de farmacias de los centros de salud: I-Farma	Participación en conjunto con la unidad de control de gestión para el diseño e implementación de un software de registro para las unidades de farmacia de los centros de salud corporativos. Participación permanente en la pesquisa de oportunidades de mejora para la actualización permanente de la herramienta.
Acompañamiento a la implementación de nuevos botiquines de farmacia	Participación con el equipo del CEP San Lázaro para la implementación y autorización ante el ISP de un botiquín de farmacia, permitiendo mejorar la resolutivez a la atención clínica de los usuarios para su tratamiento ambulatorio Participación con el equipo central de paliativos no oncológicos y CEP Alejandro del Río para la implementación y autorización ante el ISP de un botiquín de farmacia, permitiendo así aportar a la seguridad en la atención integral a los usuarios del programa.
Programa de Farmacia a domicilio	Gestión administrativa para la mantención del recurso para el programa de Farmacia a domicilio.

Las brechas y desafíos más importantes a nivel de la Unidad de Farmacia y bodega para el 2024 se detallan a continuación:

- Participar, según la línea de trabajo corporativa, en la incorporación de los procesos de farmacia en un registro clínico electrónico.
- Participación en conjunto con el equipo líder del proyecto para la implementación de la Droguería de Puente Alto.

BODEGA DE SALUD Y PROYECTO DE DROGUERÍA COMUNAL

La unidad de bodega de salud constituye el centro de distribución principal de medicamentos y dispositivos médicos para los centros de salud, centros transversales y equipos 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, optimizando la fuerza administrativa y disminuyendo los costos en la cadena completa del proceso.

Según levantamiento de gestión de la utilización de espacios de las bodegas de farmacia, realizado en todos los centros de salud corporativos, durante el segundo semestre del año 2022, el 53% del espacio utilizado para almacenamiento de medicamentos, insumos de enfermería y dental, se encuentra almacenado en lugares o dependencias externas a las bodegas de farmacia, según se detalla a continuación:

Durante el período 2022-2023 se ha determinado el lugar en el cual se construirá la droguería, y se cuenta con aprobación por parte del municipio para el traspaso del terreno y en trámite el contrato comodato.

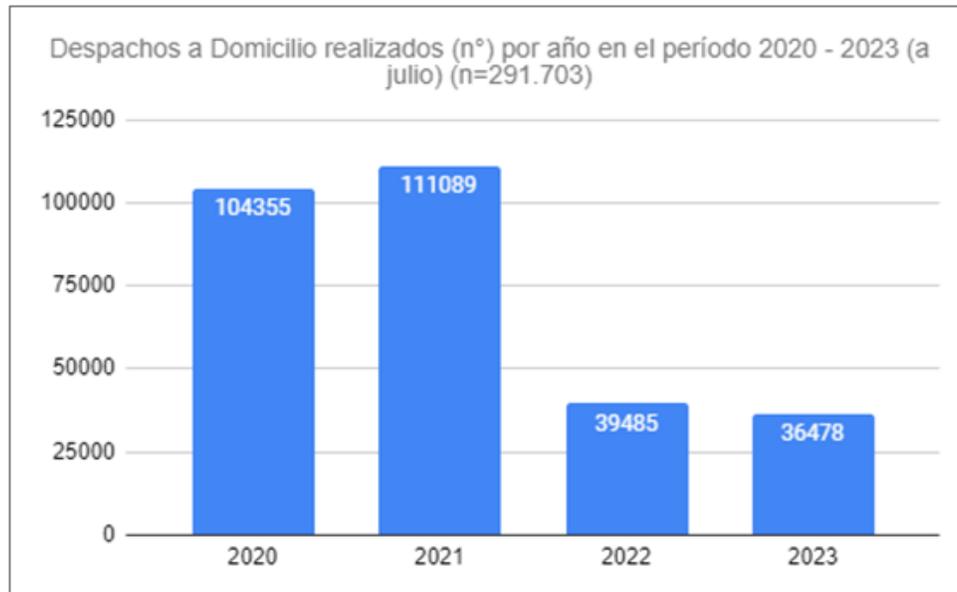
OBJETIVOS 2024

1. Avanzar en el proyecto de Droguería Comunal, aportando desde lo técnico, en conjunto con el equipo líder del proyecto, en el desarrollo de la licitación de diseño de Droguería.

DESPACHO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO

La estrategia de Farmacia a Domicilio desarrollada por los centros de salud de la comuna comenzó en abril del 2020 con motivo de la pandemia por COVID-19, 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 hasta el mes de julio de 2023 se han registrado más de 291.000 entregas, siendo el año 2021 el que cuenta mayor cantidad de despachos, 111.089 en total. En lo que va de 2023, se han realizado 36.478 entregas (a julio) con 4.863 entregas mensuales en promedio. Considerando la estadística de despachos de 2023, en condiciones estables y sin confinamiento, se observa que la capacidad anual del programa alcanza los 60.000 despachos con un costo anual de \$210.000.000 aproximados, que consiste en recursos humanos, movilización e insumos para su funcionamiento.

Actualmente el programa cuenta con financiamiento mixto. Por una parte, el programa Fondo de Farmacia (FOFAR) del Ministerio de Salud aporta un 28%, mientras el financiamiento municipal alcanza un 72%.



OBJETIVOS 2024

1. Trabajar en conjunto con los equipos centrales y centros transversales de la corporación (CEIF y SL) flujos de integración con el programa de farmacia a domicilio del respectivo centro de origen del usuario.
2. Trabajar en conjunto con la coordinación de promoción de salud y participación social, la integración de los ELEM de la comuna que no estén actualmente como parte del programa.
3. Mantener dentro del proyecto de droguería, un apartado para la implementación de una **Central comunal de farmacia a domicilio**, de manera de optimizar la distribución territorial de los tratamientos desde un botiquín central hacia los domicilios de los usuarios beneficiarios, y liberando además espacio y capacidad de gestión de los centros de salud.

VIGILANCIA Y AUDITORÍA DE PROCESOS DE FARMACIA

Este rol tiene un importante aporte a la unidad desde la mirada de la atención de calidad y seguridad para el paciente, generando la estandarización y medición de las líneas de trabajo y procesos de farmacia. Durante 2023, ha sido clave introducir en el tema y coordinar a los distintos departamentos de abastecimiento y los funcionarios de las bodegas de los centros de salud, para dar cumplimiento a la normativa 226 de tecnovigilancia, permitiendo así facilitar el proceso para la trazabilidad de los dispositivos médicos usados en nuestros centros.

Para 2024 se busca orientar el trabajo de la unidad para fomentar las instancias de educación hacia los usuarios sobre la farmacovigilancia y tecnovigilancia, como una estrategia para extender el alcance que se puede tener en ambas materias, a través de

campañas de difusión de información, talleres orientados a la comunidad, etc., haciendo así más participe a la población en su autocuidado.

ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE SALUD

A 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 y la unidad de abastecimiento corporativa, para ejecutar las compras de medicamentos e insumos, velando por la optimización de los recursos, evaluando la calidad de los medicamentos e insumos, así como las necesidades reales a comprar para 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 transversales y centralizados, bodega de Salud) en un flujo centralizado.

El equipo de TENS de gestión y referencia técnica, se han consolidado como un apoyo técnico para los equipos de bodega de los centros de Salud, existiendo 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 este 2023, logramos ejecutar un proceso de inventario selectivo (medicamentos de programas ministeriales - FOFAR) en el primer semestre y planificamos un inventario general para el segundo semestre. Si bien la meta propuesta para este 2023 eran realizar dos inventarios generales (uno en cada semestre), esto no fue posible, debido a la alta demanda laboral que ha significado realizar nuestras compras en la vía de licitación por mercado público.

Desde el 2023, la Corporación Municipal de Puente Alto en virtud de lo establecido por Ley 19.886 y Dictamen N.º E160316/2021, se acogió al mecanismo de compra vía mercado público, en virtud de lo cual el equipo de abastecimiento en salud, particularmente el profesional Químico Farmacéutico, debe asumir como unidad técnica las siguientes licitaciones:

Licitación	Periodo	N.º De Ítems Gestionados A Compra	N.º De Ítems Adjudicados	N.º De Ítems Desiertos
Licitación de Medicamentos	Julio 2023 - Abril 2024	39	36	3
Licitación de Insumos Médicos	Julio 2023 - Abril 2024	173	151	22
Licitación de Insumos Dentales	Julio 2023 - Abril 2024	180	112	68
Licitación de Insumos Dentales para CEP San Lázaro	Julio 2023 hasta Diciembre 2023	166	112	54

Licitación de Insumos para Manejo Avanzado de Heridas (MAH)	Julio 2023 hasta Diciembre 2023	32	27	5
Licitación Convenio de Suministros para Medicamentos Licitados por CENABAST	Agosto 2023 hasta Diciembre 2023	157	132	25

Se debe considerar también que en el caso de los ítems que quedaron desiertos en cada licitación, es función de esta unidad técnica gestionar otras vías de compra según lo autorizado por departamento de control, para ir asegurando el abastecimiento oportuno.

Otra de nuestras vías de adquisición y particularmente de medicamentos, son las licitaciones CENABAST, las cuales 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 146 para 2023 solo entre Bodega de Salud y COSAM CEIF, lo que permitirá seguir optimizando el gasto de recursos y la programación en medicamentos e insumos clínicos a nivel comunal.

Adicionalmente, en 2023 se agregó cada centro de salud corporativo como punto de descarga en CENABAST, es decir, los centros de salud reciben mercadería directa desde la licitación CENABAST. Esta medida fue adoptada principalmente debido al deficiente espacio que tenemos en Bodega de Salud comunal, por lo que se ha debido descentralizar medicamentos e insumos.

Cabe mencionar que las actividades de abastecimiento y adquisición de insumos y medicamentos es un proceso continuo que requiere constante supervisión y realización de procesos de licitación, así como otros procesos contemplados en la ley de Mercado Público, por lo que durante el 2024 se espera consolidar su funcionamiento e incorporar el recurso humano requerido para el mejor desempeño posible.

Los objetivos para el 2024 son seguir con estos inventarios comunales y lograr ejecutar un inventario general 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.

12. FARMACIA SOLIDARIA

La Farmacia Solidaria de Puente Alto fue inaugurada el 12 de mayo del año 2016, tiene como objetivo principal poner a disposición de todos los vecinos de la comuna medicamentos y suplementos alimenticios a bajo costo como una forma de aliviar los altos gastos asociados a esta materia para las familias, sobre todo en pacientes crónicos.

Este beneficio se encuentra disponible para personas que pertenezcan a cualquier sistema de previsión de salud (FONASA, ISAPRES, Fuerzas Armadas) que residan, trabajen o estudien en la comuna.

La Farmacia, además, dispensa medicamentos y suplementos alimenticios disponibles en su arsenal a usuarios beneficiados con una asignación de gratuidad otorgada por la Dirección Social de la Municipalidad, previa evaluación social por parte de las Trabajadoras Sociales.

A la fecha, la cantidad de usuarios inscritos que se benefician con la adquisición de medicamentos de la farmacia solidaria son 65.735 usuarios.

La farmacia se abastece, en primera instancia, adquiriendo medicamentos mediante el proceso de compras de CENABAST, la programación anual 2023 fue de 242 fármacos. El resto del arsenal de farmacia se adquiere mediante el sistema de compras de Mercado Público. A la fecha la farmacia cuenta con un arsenal de 480 productos entre medicamentos y suplementos alimenticios.

PRESTACIONES

Atención Presencial:

La farmacia solidaria atiende de forma presencial de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 y de 15:00 a 16:30 horas, sábados de 09:00 a 14:00 hrs. con una atención diaria promedio de 435 pacientes, teniendo a su disposición un arsenal de 480 productos entre medicamentos y suplementos alimenticios.

Atención Nocturna Presencial:

La Farmacia participa de la Atención Nocturna, los primeros martes de cada mes, abriendo nuevamente para la atención presencial de 18:00 a 21:00 hrs, como una forma de facilitar la adquisición de medicamentos para quienes trabajan fuera de la comuna o que tienen horarios que les imposibilitan asistir en horario de atención normal.

Servicio de Call Center y despacho a domicilio:

Cuenta con un servicio de Call Center para la atención de usuarios(as) de la comuna de Puente Alto, este servicio fue implementado en noviembre del año 2020, en el contexto de la pandemia por Covid-19, con el objetivo de aportar un beneficio Social a los vecinos el cual mediante una venta online se coordina el despacho de medicamentos a domicilio para pacientes mayores de 65 años, usuarios que presenten dificultad para desplazarse o con movilidad reducida y sus cuidadores. Además, este servicio entrega Información general de disponibilidad, stock, valor de medicamentos y agendamiento de hora para la atención presencial. Este es un servicio ya incorporado en la comunidad, de un alto impacto social. Al 30 de septiembre del 2023, se han entregado más de 10.000 Despachos a Domicilio.

Operativos en terreno:

Participa de los Operativos en Terreno, con el objetivo de acercar los servicios de farmacia a la comunidad. Este Operativo ha tenido un gran impacto en lo social ya que facilita la inscripción en terreno de nuevos usuarios, renovación de recetas médicas y entrega una orientación integral del funcionamiento y servicios ofrecidos a la comunidad. Además, puede realizar la solicitud de una venta a domicilio si corresponde.

OBJETIVOS 2024

1. Mantener y fomentar el sistema Call Center para agendamiento de citas y despacho a domicilio de medicamentos. Lo que permite disminuir los tiempos de espera de la atención presencial.
2. Mejorar el proceso de abastecimiento de la Farmacia Solidaria para cumplir el compromiso de precios y expectativa de la comunidad y así asegurar disponibilidad de los medicamentos requerido por los usuarios.
3. Mejorar el acceso a la inscripción de las personas para acceder a la atención en Farmacia Solidaria.
4. Promover el uso racional de medicamentos.
5. Concretar proyectos y vías de financiamiento de sucursal Farmacia Solidaria.

13. 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 con los requerimientos locales, en fechas diferentes a las programadas.

Dentro de los objetivos del año 2024, se busca continuar con la modernización del arsenal terapéutico disponible, haciendo uso racional de los recursos, pero acercando nuevos medicamentos a nuestros usuarios que permitan mejorar su salud y calidad de vida.

14. 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.

15. 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.

CODIMED / Dispositivos Médicos: Durante el presente año, 2023, se reorganizó el comité reestructurando sus integrantes y funciones, se designaron roles y se realizaron reuniones para definir algunos procesos y necesidades de requerimientos particulares de unidades.



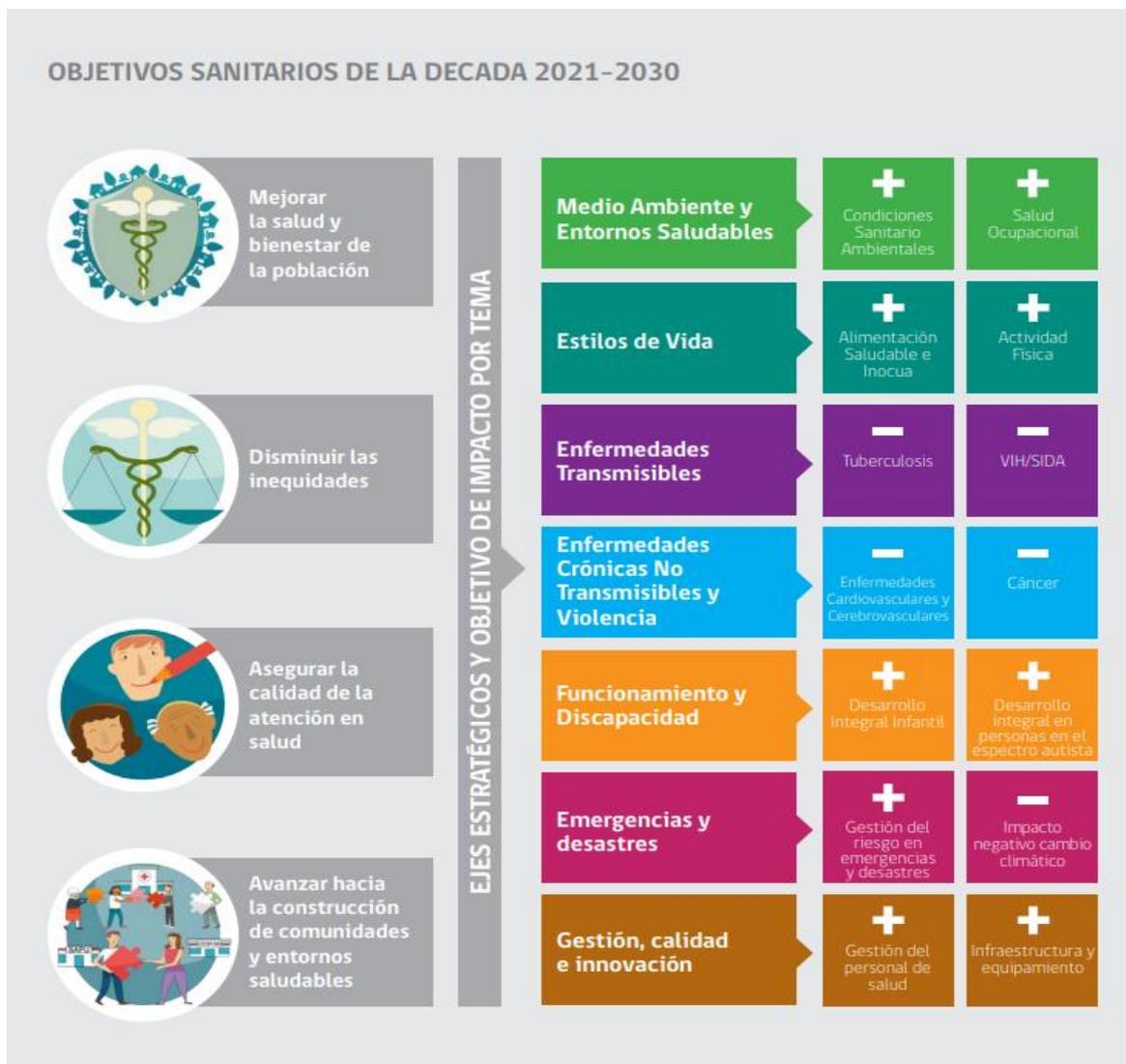
OBJETIVOS 2024

1. Mantener agendas y fijar reuniones periódicas que nos permitan estar actualizados en tanto a insumos de compras ya realizadas y las que son necesarias a futuro.
 2. Integrar a los funcionarios que sean necesarios en cada reunión para tener una visión complementaria a requerimiento de distintas unidades y programas.
- 



OBJETIVOS SANITARIOS Y COORDINACIÓN TÉCNICA

La pandemia por COVID-19 significó un retroceso importante en los objetivos sanitarios prioritarios a nivel nacional. La reasignación de recursos económicos, humanos y de infraestructura de salud para enfrentar la emergencia sanitaria, implicó inevitablemente que el control de patologías críticas como las cardiometabólicas, el cáncer y otros de carácter epidemiológico relevante, fuera debilitado.



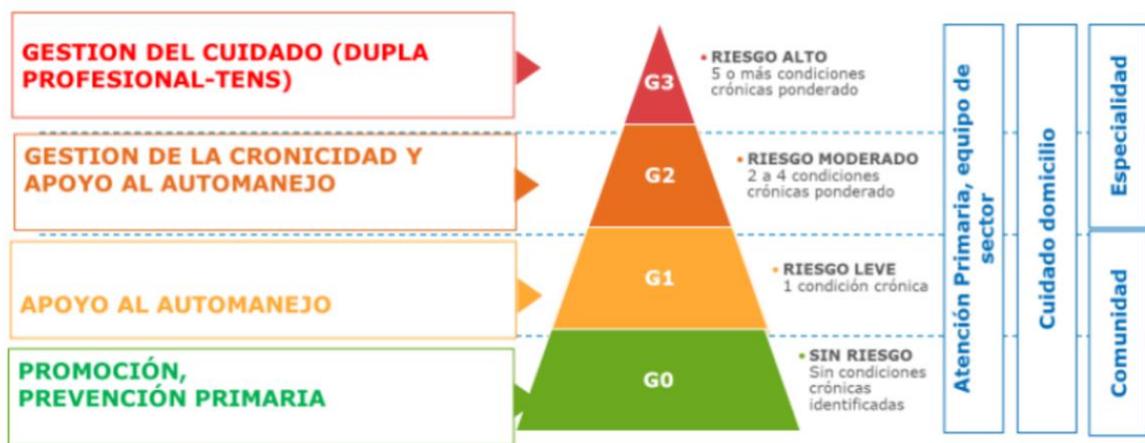
Por ejemplo, según cifras preliminares de MINSAL transmitidas por el SSMSO, la mortalidad cardiovascular se elevó a nivel nacional de 110.5 personas cada 100.000 en 2019, a 128.4 personas cada 100.000 en 2022. Esto implicó un aumento del 14.0% en 3 años, y rompió con la tendencia de disminución que se había conseguido en la década desde el año 2010.

A nivel comunal, Puente Alto continúa presentando la menor tasa de mortalidad cardiovascular del SSMSO, con 89.5 cada 100.000, pero sí se observa un aumento del 1.9%

en comparación con 2019, principalmente por el aumento de causas ligadas a la DM2 y a la Insuficiencia Cardíaca.

Considerando que es la atención primaria la encargada de controlar los factores de riesgo cardiovasculares tales como el sobrepeso y la Obesidad, el sedentarismo, el Tabaquismo, la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus tipo 2, entre otros, como comuna debemos potenciar los factores protectores de llevar una vida saludable, y mejorar el control de salud cardiovascular de nuestra población a cargo. Por tanto, fortalecer los mecanismos de promoción y prevención son fundamentales, además de incrementar la capacidad resolutoria del tratamiento de usuarios con patologías ya establecidas.

Habiendo establecido desde 2022 que el abordaje de las patologías crónicas en nuestros establecimientos se realizaría de forma integral, resulta primordial el continuar con la implementación de la Estrategia Centrada en las Personas (ECP, desde la estrategia ECICEP de MINSAL). Considerando que el manejo de esta población depende del riesgo, se incluye la incorporación de poblaciones como NNA, embarazadas y otros.



Por tanto, se establecen los siguientes objetivos prioritarios para 2024:

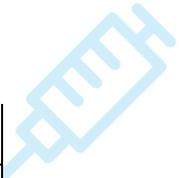
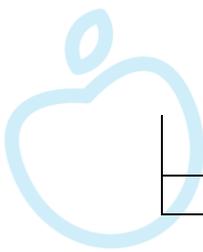
1. Identificar a la población de mayor riesgo e ingresarla a la ECP.
2. Fortalecer el control de profesionales no médicos en las patologías cardiovasculares.
3. Incorporar alternativas farmacológicas más eficaces en los principales factores de riesgo, como son la DM2 y la Insuficiencia Cardíaca.
4. Fortalecer el manejo en red, en coordinación con los niveles secundario y terciario.
5. Potenciar la integralidad en los controles de salud de poblaciones de alto riesgo, como son NNA, embarazadas y otros.

El abordaje de estos objetivos prioritarios no debe descuidar las labores críticas relacionadas con el manejo de los cuidados de la población a lo largo del curso de vida, por lo que los objetivos regulares de nuestros establecimientos se mantendrán.

RESULTADOS SANITARIOS E INDICADORES OFICIALES

Como parte de la evaluación de los objetivos sanitarios de la década, las metas sanitarias, como objetivos cuantificables y medibles, permiten observar el avance en indicadores críticos de la salud de la población, evaluando los desempeños de cada establecimiento de la red. De la forma similar, los Índices de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), permiten evaluar el cumplimiento de indicadores comunales, con el aporte de cada uno de estos establecimientos, y ampliando el abordaje sanitario a indicadores de todos los grupos poblacionales de riesgo. Debido a la relevancia sanitaria y administrativa de estos indicadores, de los cuales depende parte del financiamiento de nuestros establecimientos, se presentan los resultados alcanzados al año 2022 (último cierre oficial), y del primer semestre de 2023, lo que permite comparar el desempeño de los centros de salud locales frente al SSMSO y la realidad país.

IAAPS	Meta Nacional	Meta Comunal	Cumplimiento 2022	Cumplimiento a Junio/2023
Centros de salud con abordaje integral	100%	100%	100%	100%
Atención continua de centros primarios	100%	100%	100%	100%
Disponibilidad de medicamentos críticos	100%	100%	100%	100%
Tasa de morbilidades y controles médicos	1.20	1.09	95%	65%
Resolutividad de centros primarios	90%	89%	98%	97%
Tasa de visitas domiciliarias integrales	0.22	0.13	83%	46%
Exámenes preventivos del adulto	25%	15%	50%	69%
Exámenes preventivos de personas mayores	55%	30%	80%	96%
Evaluación del desarrollo psicomotor < 2 años	95%	73%	64%	53%
Controles integrales de adolescentes	20%	13%	100%	35%
Morbilidades odontológicas en NNA	23%	25%	100%	94%
Atención integral de salud mental	17%	17%	98%	100%
Tasa de controles de salud mental	5.00	5.00	100%	71%
Cumplimiento de GES	100%	100%	100%	99%
Vacunación contra la Influenza	80%	80%	93%	65%
Ingresos precoces de embarazadas	90%	88%	99%	99%
Adolescentes en regulación de la fertilidad	25%	19%	64%	87%
Cobertura de personas con Diabetes tipo 2	55%	79%	no aplica	94%
Cobertura de personas con Hipertensión	58%	73%	no aplica	92%
Proporción de < 3 años libres de caries	60%	47%	100%	54%



Proporción de < 6 años con estado nutricional normal	60%	45%	100%	100%
Promedio de cumplimiento	91%		82%	



CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS A JUNIO DE 2023

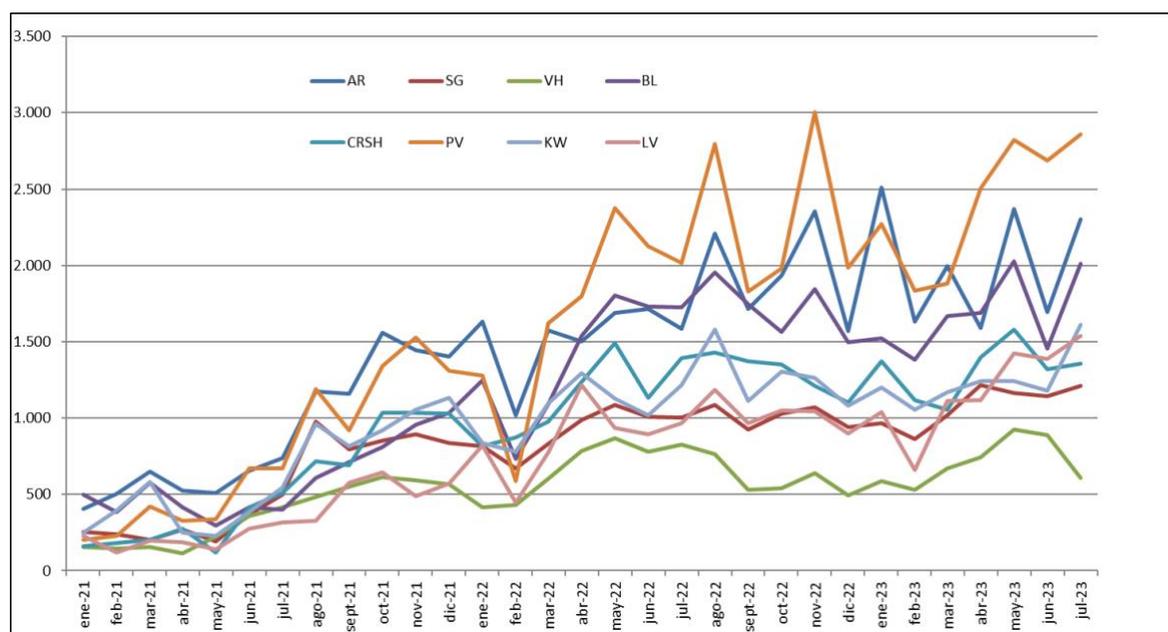
Centro de Salud	Meta I: Recuperación del Desarrollo Psicomotor infantil	Meta II: detección precoz de cáncer cervicouterino	Meta III: Odontológicas infantiles	Meta IV: Control de Diabetes Mellitus 2	Meta V: Control de Hipertensión arterial	Meta VI: Lactancia Materna exclusiva	Meta VII: Plan de participación	Meta VIII: Control respiratorio	Global
Alejandro del Río	87.5%	100%	51.1%	99.5%	96.3%	91.0%	100%	100%	90.6%
Padre Manuel Villaseca	100%	91.1%	62.7%	100%	100%	100%	100%	100%	94.2%
San Gerónimo	100%	100%	50.0%	100%	100%	86.6%	100%	93.9%	91.7%
Bernardo Leighton	47,4%	100%	74.6%	100%	100%	77.7%	100%	100%	87.4%
Cardenal Raúl Silva Henríquez	41,7%	83.5%	66.7%	89.0%	100%	100%	100%	74.5%	82.1%
Karol Wojtyła	100%	100%	47.3%	77.5%	100%	88.1%	100%	63.0%	84.0%
Laurita Vicuña	100%	98.6%	70.1%	93.0%	100%	100%	100%	100%	94.3%
Vista Hermosa	91.9%	100%	50.3%	100%	90.9%	85.2%	100%	100%	89.8%

De lo anterior, se presentan aspectos temáticos para cada área técnica, relacionados con los objetivos generales del nivel de atención primaria, y apuntando al cumplimiento de los indicadores oficiales de desempeño.

SALUD ORAL

En este 2023 ha continuado el alza sostenida en las atenciones odontológicas, que habían presentado una caída importante debido a la pandemia por COVID-19, dado que nuestros funcionarios han realizado todos sus esfuerzos en poder mejorar la salud de la población.

Gráfico 1. Consultas Odontológicas Totales por centro de Salud



El gran desafío que se plantea es poder mantener un porcentaje de la población infantil libre de caries, y que en el futuro pueda continuar libre de esta enfermedad, tomando en cuenta que la población infantil no pudo acceder como en años anteriores al Programa CERO, en el cual se entrega el componente educativo y preventivo individualizado a cada niño y niña junto a su familia, de acuerdo con sus propios factores de riesgo y factores protectores.

Por este motivo durante el 2022 se concretó una de las primeras Capacitaciones Corporativas en torno a estos temas preventivos, con énfasis en Odontología Perinatal y Tratamiento mínimamente invasivo de la enfermedad de caries.

Adicionalmente, nuestra Corporación, en el afán de reactivar al máximo las atenciones odontológicas gestionó mediante una gran inversión el recambio de 46 sillones odontológicos en todos los Centros de salud, para poder brindar atenciones óptimas, tanto desde el punto de vista funcional y también de bioseguridad a través de todo el Ciclo vital con las mejoras en este equipamiento.

Centro De Salud	Recambio De Sillones Dentales
Alejandro del Río	8
San Gerónimo	2
Vista Hermosa	3
Bernardo Leighton	5
Cardenal Raúl Silva Henríquez	4
Padre Manuel Villaseca	7
Karol Wojtyla	3
Laurita Vicuña	5
CEP San Lázaro	9

OBJETIVOS 2024:

1. Implementar un nuevo sistema de gestión y de toma de radiografías odontológicas comunales, incorporando además a los centros que todavía no han podido iniciar la prestación.
2. 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 continuar fortaleciendo la estrategia en los centros que ya han desarrollado esta modalidad de atención comunitaria.
3. Potenciar en los Centros el trabajo preventivo con la población infantil que presenta necesidades especiales en salud, con principal interés en los niños con Trastorno del espectro autista (TEA) derivados desde las Salas de psicomotricidad infantil, con el fin de mantener a esta población bajo control y libre de enfermedad de caries.
4. Potenciar el trabajo con Hospital Digital en salud oral facilitando la coordinación entre APS y Nivel Secundario con sus componentes actuales Telepatología, Teleortodoncia, y otros en desarrollo como el Piloto de Telecirugía de Terceros molares y otras especialidades que se integren, permitiendo procesos de atención más expeditos mediante el uso de nuevas tecnologías disponibles.
5. Fortalecer la coordinación con el nivel secundario (CDT Juan Pefaur y CRS Hospital Provincia Cordillera), mediante reuniones clínicas, consultorías y capacitaciones de acuerdo con las necesidades de capacitación de nuestro Recurso Humano, mejorando los índices de pertinencia de las derivaciones.
6. Implementar la prestación de atención dental domiciliaria en todos los centros de salud, adquiriendo el equipamiento portátil necesario para este fin.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las prestaciones del programa de salud sexual y reproductiva han presentado un aumento sostenido durante los últimos 3 años, logrando acercarnos a los indicadores pre-pandémicos en atenciones como la toma de PAP, mamografías y controles ginecológicos. Además, se han conseguido aumentos importantes en la cobertura de la protección de la fecundidad de los adolescentes, en la implementación de toma de exámenes de test rápido de VIH (TRVIH) y en los talleres educativos del área.

Como Plan estratégico para el año 2024, se han planteado los siguientes objetivos estratégicos, en conjunto con los centros de salud de la comuna y los servicios transversales:

1. Mejorar el acceso a mujeres a Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) en etapa de la menopausia

A pesar de que la atención de la mujer en climaterio se realiza en todos los centros de salud desde hace muchos años, sólo en el CESFAM Padre Manuel Villaseca se complementa esta atención con la indicación y entrega de TRH para las usuarias que lo requieran, por afectación de su calidad de vida debido a la sintomatología de la menopausia. Estos medicamentos son provistos desde el Servicio de Salud Metropolitano Su Oriente, por lo tanto, para poder llevar esta terapia a las usuarias de los demás centros de salud de la comuna, debemos contar con el apoyo por parte de éste, para que así más mujeres vean mejorada su calidad de vida en esta etapa.

2. Potenciar la reactivación de los talleres prenatales enmarcados en el programa “Chile Crece Contigo” y los controles prenatales en general

Producto de la pandemia, atenciones como los controles grupales o talleres de preparación para el parto y la crianza debieron suspenderse. Paulatinamente, se han ido retomando las instancias de controles grupales, con la finalidad de complementar la atención clínica del control prenatal, profundizar contenidos relacionados con el embarazo, y acompañar a las gestantes y sus familias en este proceso. Para 2024, potenciaremos la reactivación de los talleres en todos los centros de la comuna, de manera que las gestantes tengan la misma oportunidad de acceder con los profesionales de su centro de origen, independiente de la modalidad de realización del taller, virtual o presencial.

3. Implementar exámenes de laboratorio, incluyendo b-hcg, perfil hormonal y estreptococo B.

Actualmente, para confirmación o descarte de estado de embarazo se dispone de test de orina, los cuales no garantizan del todo la veracidad del resultado, ya que depende de la concentración de hormona en la orina a razón de la hora de la toma del examen. Sin duda que incorporar la toma de gonadotropina coriónica (b-hcg) en sangre en nuestros centros de salud es crucial para ofrecer un diagnóstico más temprano y preciso del embarazo a nuestras pacientes. Además, al ser cuantitativa, nos permite monitorizar la progresión del embarazo y detectar posibles anomalías, como embarazos ectópicos, a tiempo. Esta inversión no solo eleva la calidad del servicio, sino que también refuerza nuestro compromiso con la salud y bienestar de nuestra comunidad a cargo.

Con respecto al perfil hormonal, en 2023 se incorporó a la canasta de prestaciones del laboratorio comunal, el perfil hormonal femenino de hormona folículo estimulante FSH,

estradiol y hormona luteinizante LH. Al incentivar la realización de los exámenes hormonales de los que disponemos, no solo ampliamos nuestra gama de servicios, sino que también reafirmamos nuestro compromiso con la salud femenina, promoviendo una atención preventiva y personalizada para todas las mujeres de nuestra comunidad.

El estreptococo grupo B (EGB) es una bacteria que puede encontrarse en el sistema digestivo o en el tracto genitourinario de la mujer sin causar síntomas evidentes. Sin embargo, durante el parto, existe el riesgo de que se transmita al recién nacido, pudiendo causar infecciones graves, como sepsis, meningitis o neumonía. La identificación temprana en el control prenatal permite administrar antibióticos a la madre durante el parto, reduciendo significativamente el riesgo de transmisión y asegurando un comienzo de vida saludable para el neonato.

4. Potenciar la cobertura de mujeres con Papanicolau vigente en mujeres de 25 a 64 años

Además de las estrategias que despliega cada centro de salud, como atenciones en horario de extensión, se cuenta con dos clínicas móviles que permiten entregar esta prestación, equipadas con todo lo necesario, llevando los servicios de salud directamente a las vecinas de la comuna, eliminando barreras geográficas y facilitando el acceso.

Con la suma de estas iniciativas, Puente Alto no solo busca incrementar el número de PAP realizados, sino que también aspira a fortalecer la cultura de prevención, empoderando a las mujeres sobre la importancia de su salud y garantizando un acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

5. Potenciar la cobertura de tamizaje de detección precoz de cáncer de mamas en mujeres de 50 a 69 años

En este rango de edad, la detección temprana de enfermedades mamarias es crucial, y la mamografía se convierte en una herramienta fundamental para la prevención y detección temprana. Los centros de Puente Alto también están comprometidos con este objetivo, generando estrategias de concientización sobre la importancia de la mamografía, proporcionando información, disipando mitos y temores asociados con el examen, y facilitando la programación de citas en horarios que se adapten a las necesidades de las mujeres. La unidad de mamografía móvil, completamente equipada para realizar estos exámenes, circulará por la comuna en 2024, llegando directamente a distintos sectores, lo que facilita el acceso al examen sin la necesidad de traslados largos o complicados. Además, se cuenta con el recurso estable de los cupos de mamografía del Centro de Diagnóstico Comunal CDI, emplazado en la comuna y que entrega variedad de prestaciones de imágenes a la población a cargo, entre ellas, mamografías. Con estas acciones combinadas, la comuna busca no solo alcanzar una mayor cobertura de mamografías vigentes, sino también instaurar una fuerte cultura de cuidado preventivo.

6. Favorecer el ingreso de adolescentes al programa de regulación de la fecundidad

En la comuna, la tasa de embarazo adolescente asciende en 2023 al 6.4%, siendo el CEFAM Karol Wojtyla el que concentra el 24% del total de gestantes menores de 20 años de la comuna. Para este año 2024, se plantea como eje de acción generar acciones para apoyar a dicho centro en este punto específico. Asegurar un acceso temprano y educado a métodos anticonceptivos es fundamental para prevenir embarazos no planificados y enfermedades

de transmisión sexual en este grupo etario, que está en una etapa crucial de desarrollo y formación.

SALUD MENTAL

En 2023, se ha podido observar el aumento de la demanda por salud mental y cómo también aumentó la complejidad de los casos. En este contexto, los equipos de salud mental han desplegado diversas estrategias para realizar actividades de prevención, promoción, tanto en los centros como en la comunidad, talleres preventivos y terapéuticos y atenciones individuales, con el fin de entregar una atención oportuna y responder al riesgo. Para 2024, se nos presentan una serie de objetivos, algunos tienen que ver con la continuidad de procesos y otros tienen que ver con nuevas iniciativas para la mejora de nuestras intervenciones.

1. Implementar la Estrategia de Mejora de la Calidad de la Atención de Salud Mental en APS

Iniciativa impulsada desde Minsal, que se está implementando los CES Alejandro del Río y CESFAM Laurita Vicuña. La estrategia implica un Rediseño del proceso de atención de salud mental, que comienza con la pesquisa precoz de problemas de salud mental, elaboración de planes de cuidado consensuado con el/a usuario/a, evaluación de proceso e incorpora como primera línea las intervenciones grupales, tanto preventivas como terapéuticas. En este proceso también es importante revisar y establecer flujogramas y protocolos de atención y se potencia el trabajo interdisciplinario, todo esto con el fin de mejorar la calidad y la oportunidad en las atenciones de salud mental, de acuerdo con las necesidades de cada persona. Laurita Vicuña se encuentra en el año 3 de implementación y Alejandro del Río en el año 1. Para 2024, se espera, con recursos municipales, incorporar al CESFAM Padre Manuel Villaseca.

2. Capacitar promotores comunitarios de Salud Mental

Frente al aumento de problemas de salud mental en la población general, la comunidad tiene un rol relevante en cuanto a fomentar relaciones de apoyo y colaboración para un bienestar común. El programa de acción mhGAP, impulsado por la OMS para abordar brechas de salud mental, contribuye a potenciar los recursos comunitarios, entendiendo que las personas del entorno pueden identificar signos tempranos de problemas de salud mental y apoyar tanto al individuo como a sus familias. El/la Promotor/a comunitario/a, identifica los recursos para promover la salud mental y se transforman en un nexo entre el Centro de Salud y las necesidades de salud mental del entorno, esto permite que los Cesfam puedan focalizar sus intervenciones comunitarias. De esta forma, el presente año, uno de los focos estará en poder entregar conocimientos a la Comunidad, en relación con la protección de la salud mental. Para esto contamos con profesionales entrenados en la estrategia mhGAP y que ya han tenido una exitosa experiencia de trabajo colaborativo.

3. Potenciar las prestaciones de Salud Mental, reflejadas en aumentos de indicadores, mediante la integralidad y las atenciones grupales.

Como es sabido, la salud mental es muy importante en nuestro estado de salud general y puede influir tanto positiva como negativamente nuestra condición médica. De esta forma, incluir la salud mental en todas las áreas, principalmente desde la prevención, contribuirá a mejorar el bienestar y abordar el estado de salud de la persona de forma integral. Para esto,

la estrategia del mhGAP, programa de acción para superar brechas de salud mental, a través de su metodología de capacitación en cascada, proporciona al equipo multidisciplinario de los Centros, las herramientas necesarias para abordar diversas problemáticas de salud mental de manera efectiva, incorporando en sus prestaciones, el abordaje necesario a personas que lo requieren. Junto a esto, se trabajará en coordinación con el equipo técnico y de comunicaciones, para también realizar diversas acciones de difusión comunitaria.

La evidencia también 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. 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. Hasta ahora, una de las grandes falencias para la realización de talleres, ha sido la falta de infraestructura adecuada para llevarlos a cabo, por tanto, se nos presenta como desafío, poder implementar en todos los Cefam, espacios con las condiciones necesarias para prestaciones grupales. Como parte de la estrategia de Rediseño de atenciones de Salud Mental, en 2023 se comenzó la construcción de un domo en el Cefam Laurita Vicuña, que se habilitará como un Espacio Comunitario de Salud Mental en 2024, lo que es un gran beneficio para nuestra comuna.

4. Potenciar la prevención de suicidio, especialmente en adolescentes, y la atención de NNA con trastorno del espectro autista (TEA)

Se ha evidenciado un aumento de consultas de personas que manifiestan ideación y conductas suicidas, y de las derivaciones de la red y plataformas que notifican estos casos. Esto hace necesario que los equipos de salud se encuentren más capacitados para su abordaje y para la detección precoz en la pesquisa de estos casos. De esta forma, como desafío en 2024, se presenta el mantener y aumentar las acciones para la pesquisa precoz, trabajar la prevención y promoción, y otorgar una atención oportuna priorizando el riesgo.

Como área de salud, desde 2023 se comenzó a trabajar con niños/as entre 12 meses a 4 años 11 meses, con diagnóstico de TEA leve a moderado. Estos/as niños/as son derivados a salas de psicomotricidad, donde son atendidos por un equipo multidisciplinario de fonoaudiólogo/a, psicomotricista, terapeuta ocupacional y kinesiólogo/a. Con la promulgación de la Ley TEA, se nos presentan diversos desafíos, entre ellos la capacitación y contratación de profesionales, implementación de más espacios para el tratamiento y fortalecer el trabajo con las familias. En 2024, se continuará con el trabajo implementado y se realizarán las acciones necesarias para una atención integral de estos casos.

SALUD INFANTO JUVENIL

Durante el año 2023, se priorizó la recuperación de la atención para niños, niñas y adolescentes que se vio afectada por la pandemia. Se implementaron diversas estrategias para ampliar la oferta de servicios disponibles tanto en los Centros de Salud como a través de consultas virtuales, adaptándose a la situación epidemiológica.

Entre las estrategias destacadas, se promovió la atención a distancia, permitiendo brindar servicios de control integral, seguimiento de pacientes, talleres remotos, asesoramiento en salud sexual y reproductiva para adolescentes, así como consejerías de lactancia materna y seguimiento de niños con déficit en el desarrollo psicomotor (DSM). También se mantuvieron y ampliaron los espacios de atención para niños, incluyendo la creación de nuevas salas de rehabilitación infantil especializadas en psicomotricidad para aquellos con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, se establecieron salas de lactancia materna en aquellos centros de salud que aún no las tenían.

Objetivos 2024:

Este plan estratégico tiene como objetivo principal mejorar la calidad de atención y promover la salud de los niños, niñas y adolescentes. A través de metas claras y acciones concretas, se busca estandarizar los procesos de atención y registros clínicos, cumplir con indicadores sanitarios, promover actividades educativas de salud, implementar salas de lactancia materna y construir salas de psicomotricidad infantil para niños y niñas con TEA. De esta manera, se espera lograr un impacto positivo en la población infanto juvenil durante el año 2024.

1. Mejorar y estandarizar los procesos de atención y registros clínicos
 - Realizar un análisis exhaustivo de los procesos actuales de atención y registros clínicos, identificando áreas de mejora y diseñando un plan de acción para estandarizar los procesos.
 - Implementar un sistema de capacitación para el personal involucrado en la atención y registros clínicos.
 - Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación para asegurar la eficacia de los nuevos procesos de registro clínico.
2. Cumplimiento de indicadores asociados a Metas Sanitarias e IAAPS
 - Diseñar estrategias en conjunto con los centros de salud para mejorar el cumplimiento de los indicadores.
 - Implementar un sistema de monitoreo y reporte para realizar un seguimiento continuo del progreso.
 - Realizar revisiones periódicas y ajustar las estrategias según sea necesario para alcanzar los objetivos establecidos.
3. Promover actividades de interés e importancia en salud de niños, niñas y adolescentes
 - Identificar las necesidades y prioridades de salud de la población infanto juvenil.
 - Diseñar programas y actividades educativas que aborden estas necesidades.



- Colaborar con organizaciones comunitarias y educativas para llevar a cabo estas actividades.
 - Evaluar el impacto de las actividades y realizar ajustes para maximizar los resultados.
4. Expandir el alcance de las salas de Lactancia Materna en la comuna
- Establecer un plan para la construcción e implantación de estas salas en los centros identificados, buscando vías de financiamiento.
 - Realizar un seguimiento de la implantación y evaluar la efectividad de las salas en promover la lactancia materna.

La expansión de nuevas salas de lactancia en aquellos centros que no cuentan con ellas beneficiará a madres e hijos, al proporcionarles un espacio físico seguro y privado. Además, estas salas ofrecerán apoyo a las madres a través de clínicas de lactancia, lo cual contribuirá al cumplimiento de la meta sanitaria número 6, que consiste en fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño o niña.

5. Construcción e implantación de nuevas salas de psicomotricidad infantil para niños y niñas con TEA

En el ámbito de la rehabilitación infantil, se destaca la importancia de contar con Salas de Psicomotricidad Terapéutica Infantil para niños con sospecha o diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estas salas utilizan el juego psicomotriz como herramienta terapéutica para promover el desarrollo cognitivo, emocional, motriz y psíquico de los niños. En los últimos años, se ha observado un aumento en la prevalencia de TEA, y Chile figura entre los países con mayor incidencia.

- Desarrollar proyectos para la construcción e implantación de estas salas en los centros identificados.
- Buscar fuentes de financiamiento para la realización de estos proyectos.
- Monitorear la implementación y evaluar el impacto de las salas en el desarrollo de los niños y niñas con TEA.



El gráfico muestra el avance en el abordaje de la intervención en las salas de psicomotricidad infantil para niños y niñas con espectro autista en la comuna. Se espera que para el año 2024

se siga reduciendo la lista de espera para ingresar a estas salas y se obtenga financiamiento para la creación de nuevas salas con recursos humanos especializados en la intervención de niños y niñas con TEA.

SALUD DEL ADULTO Y PERSONAS MAYORES

La Coordinación del Adulto y Personas Mayores, abarca el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECP), el Programa de Tuberculosis (TBC), entre otras prestaciones relacionadas al ciclo vital del adulto y personas mayores.

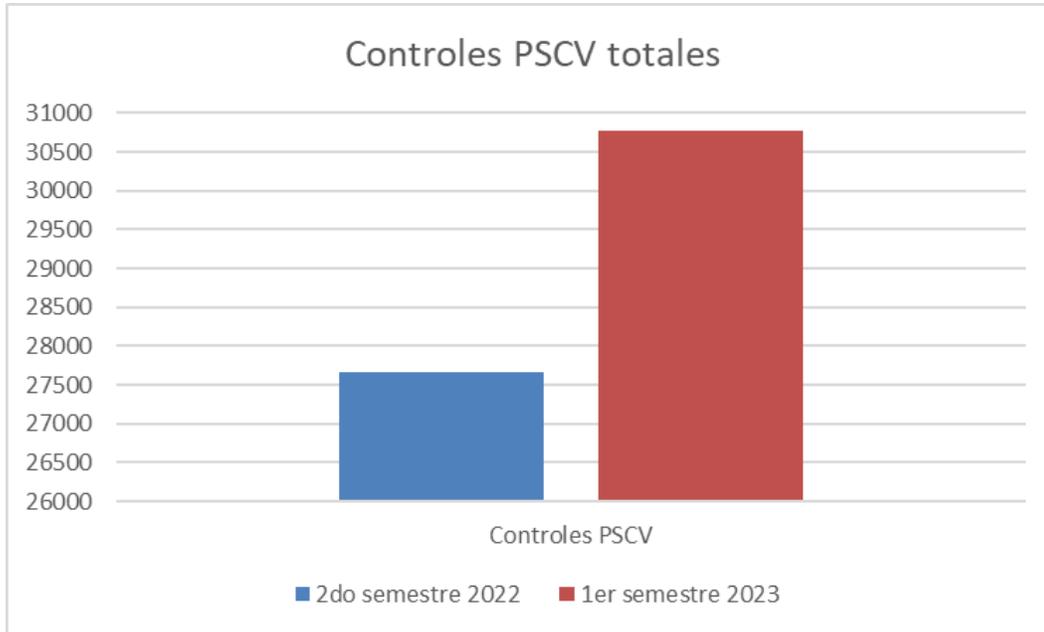
Durante el 2023, se trabajó en consolidar la reapertura de las prestaciones que habían sido postergadas durante la pandemia, especialmente lo relacionado a lo preventivo, como la realización de operativos de salud con realización de exámenes médicos preventivos, aumentar cobertura de controles de salud de usuarios con patologías crónicas, etc., con énfasis en detectar patologías de forma precoz, retomar los tratamientos crónicos suspendidos y lograr la compensación de los usuarios, que además forma parte de las Metas Sanitarias e Indicadores de Actividad Atención Primaria.

Por otro lado, se retomó el trabajo con relación a implementar la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP), impulsado por el Ministerio de Salud y Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, donde Puente Alto ha sido una comuna pionera. Durante el 2023, se logró el inicio de la implementación en el 100% de los Centros de Salud de la Comuna.

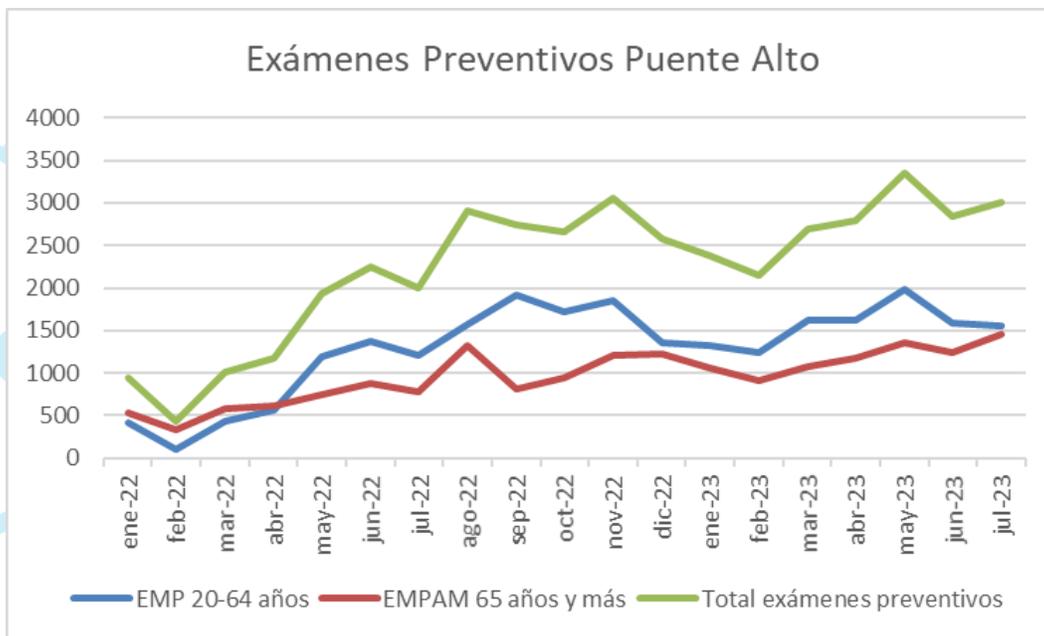
Producción PSCV 2023 – 1° Semestre – Puente Alto Controles Cardiovasculares según Personal de Salud

Unidad de Análisis	Controles Cardiovasculares según Personal de Salud				
	Médico(a)	Enfermero(a)	Nutricionista	Técnico Paramédico	Total
SSMSO	66848	24852	26746	453	118899
Puente Alto	19954	3934	7678	0	31566
<i>Alejandro del Rio</i>	6284	2186	1670	0	10140
<i>San Gerónimo</i>	2718	539	1374	0	4631
<i>Vista Hermosa</i>	214	51	176	0	441
<i>B. Leighton</i>	2601	627	1266	0	4494
<i>Cardenal RSH</i>	2451	0	782	0	3233
<i>P. M. Villaseca</i>	2120	187	1000	0	3307
<i>Karol Wojtyla</i>	1636	236	554	0	2426
<i>Laurita Vicuña</i>	1930	108	856	0	2894

Comprendiendo que las prestaciones Cardiovasculares y de la Estrategia Centrada en las personas se encuentran priorizadas para este 2024, los objetivos se relacionan estrechamente con el fortalecimiento del número y contenido de los controles de salud de estas canastas, además de las tecnologías sanitarias disponibles.



Como se pudo observar el primer semestre, los controles de salud cardiovasculares han retornado a niveles prepandemia, incluso superando las cifras de 2018. A pesar de esto, debido a la alta población bajo control de nuestra comuna, se necesita al menos duplicar la oferta de controles disponibles en los centros de salud, buscando alcanzar los índices recomendados por las Orientaciones Técnicas, especialmente en profesionales no médicos como enfermeras, donde nos encontramos muy por debajo de lo recomendado.



Con respecto a los exámenes preventivos del adulto y de personas mayores, los índices comunales continúan aumentando a niveles cercanos a lo previo de la pandemia. De esta forma, mediante los operativos territoriales, las prestaciones comunitarias y el trabajo dentro de los centros de salud, se espera aumentar el alcance de la prevención de salud a toda la población bajo control.

OBJETIVOS 2024

1. Estandarizar y optimizar los procesos de atención, registros clínicos y estadísticos.
 - Estandarizar cartera de prestaciones relacionadas a la Coordinación del adulto, especificando las actividades, los profesionales involucrados, insumos requeridos y protocolos de ficha clínica a utilizar.
 - Optimizar los protocolos de ficha clínica para dar cumplimiento tanto a los requerimientos clínicos y estadísticos.
 - Trabajar en conjunto a Subdirección de Control de Gestión de la Información para formalizar la extracción automática de los datos estadísticas desde la ficha clínica en las áreas abarcadas por la Coordinación del Adulto.
2. Aumentar el cumplimiento de indicadores asociados a metas sanitarias e IAAPS, enfocados en el aumento de actividades preventivas y compensación de patologías crónicas cardiovasculares y respiratorias.
 - Protocolizar procesos diagnósticos y terapéuticos de las patologías crónicas del adulto más frecuentes con el fin de optimizar los tratamientos en base a la mejor evidencia y los recursos disponibles.
 - Capacitar a los profesionales de salud involucrados en las atenciones cardiovasculares y respiratorias, para lograr atenciones más eficientes y de calidad.
 - Trabajar coordinadamente con otras coordinaciones involucradas, como Unidad de Apoyo Clínico y Servicios Profesionales Farmacéuticos, con el fin de abordar integralmente los problemas detectados en estas áreas.
 - Reforzar los rescates de usuarios inasistentes a controles crónicos de salud cardiovascular y respiratoria a través de la entrega de reportes en coordinación con Subdirección de Control de Gestión de la Información.
 - Potenciar los controles crónicos en horarios de extensión, con el fin de mejorar la adherencia a controles por parte de la población trabajadora.
 - Continuar el aumento de controles del PSCV, en al menos un 20%, a través de una mayor oferta por profesionales no médicos, incentivando el abordaje multidisciplinario y manejo integral de la patología.
 - Continuar los procesos de sensibilización para realización de exámenes preventivos EMP y EMPAM, con estrategias comunitarias y de difusión.
 - Potenciar el trabajo coordinado con los equipos de SIGGES de los Centros, con el fin prioritario de los equipos de dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.
 - Aumentar el equipamiento e insumos clínicos necesario para los óptimos controles de salud, por ejemplo, disponer de monitores de Presión Arterial validados, saturómetros, medidores de glicemia, etc. y contar con exámenes que optimizarían el diagnóstico y tratamiento como Holter de Presión Ambulatoria.

- 
- 
3. Expandir la Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las Personas (ECICEP) de forma transversal en todos los Centros de la Comuna.
 - Continuar los procesos de sensibilización a equipos de salud, directivos y comunidad, con el fin de concientizar en la relevancia y beneficios de lograr esta implementación en todos los centros.
 - Capacitar a todo el equipo de salud desde administrativos, técnicos a profesionales en ECP.
 - Fomentar el involucramiento de los referentes de las unidades cardiovascular, respiratoria, salud mental, rehabilitación, etc., en esta estrategia, para potenciar la integralidad y coherencia entre las distintas áreas.
 - Expandir los gestores de caso fuera de profesionales nutricionistas y enfermeras/os, es decir, involucrando a kinesiólogos, equipo psicosocial, etc.
 - Aumentar la conversión de las atenciones por programa a atenciones integrales con enfoque en ECICEP, aumentando la programación en agendas en al menos un 20%.
 - Potenciar los talleres de automanejo de patologías crónicas, desde un punto de vista integral, involucrando a distintas profesiones, como kinesiólogos/as, psicólogos/as, nutricionistas y enfermeros/as, basadas en la ECICEP.
 - Disponer de equipamiento clínico que contribuya a potenciar el automanejo de los usuarios, es decir, aumentar la disponibilidad de equipos para préstamo como Medidores de Glicemia o Monitor de Presión Arterial.

SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Nuestra comuna, siendo líder nacional en la implementación de la atención clínica efectuada por Químicos Farmacéuticos, continúa apoyando técnicamente su implementación en el SSMSO, mediante la formulación de los indicadores de evaluación para todas las comunas, y aumentando la dotación de estos profesionales, para que los centros de salud puedan dedicar horas exclusivas a las atenciones clínicas de usuarios de alto riesgo.

Los resultados obtenidos durante el año 2022 fueron un puntapié importante para impulsar los Servicios Farmacéuticos Profesionales y trabajar en el cumplimiento de las metas planteadas para el período 2023, las cuales contemplaban el trabajo activo con la comunidad y el equipo de salud, para continuar la difusión del Rol del Farmacéutico en conjunto con fomentar las habilidades de los usuarios para comprender sus terapias y ser partícipes de la compensación de sus patologías por medio de la Educación.

Es así como durante el 2023 se trabajó en potenciar la Atención Farmacéutica en box, estableciendo indicadores de actividad farmacéutica en los Centros de Salud para avanzar en la formalización y estandarización de los servicios en la comuna, obteniendo un aumento del 51% de las prestaciones brindadas por Químicos Farmacéuticos en comparación con Julio del año 2022.

Servicios Farmacéuticos Profesionales					
Año	Conciliación Farmacéutica	Educación Farmacéutica	Revisión de la Medicación	Seguimiento Farmacoterapéutico	Total general
2021	110	34	651	24	819
Julio 2022	178	63	988	32	1261
Julio 2023	605	172	1318	174	2427

Para el año 2024 se contempla continuar con la línea de trabajo, potenciando la figura de la Atención en duplas Médico-Químicos Farmacéutico, y trabajo en conjunto con otros programas y profesionales para propiciar atenciones integrales que brinden comprensión de los tratamientos prescritos. Continuar avanzando en las actividades comunitarias, con fuerte énfasis en adquisición de material y herramientas útiles para educaciones y actividades promocionales, así como elementos y capacitación que nos permitan llegar a personas con distintas capacidades de forma inclusiva.

También como eje estratégico dada la amenaza a la Salud Pública que representa la Resistencia Antimicrobiana, la conformación del Programa de Uso Racional de Antimicrobianos a nivel comunal en los Centros de Salud y la difusión a la comunidad a través de una actividad deportiva y multidisciplinaria es un parte de nuestros desafíos.

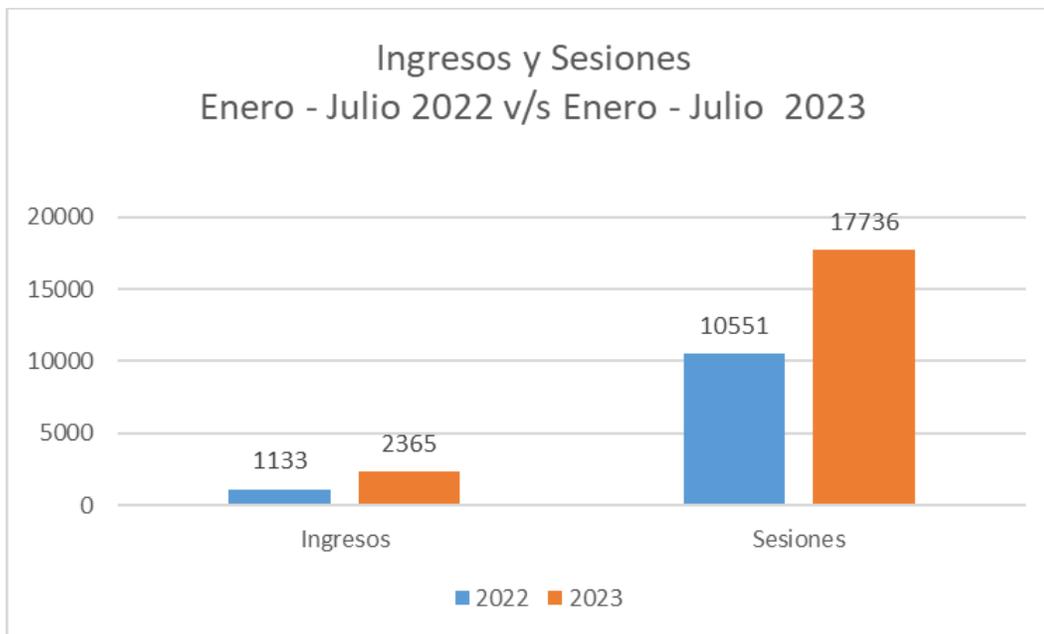
OBJETIVOS 2024:

1. Cumplir los indicadores de Servicios Farmacéuticos Profesionales establecidos para el año 2024.
2. Potenciar la eficacia del PSCV desde el punto de vista terapéutico, mediante la incorporación de nuevos medicamentos y el fortalecimiento de la optimización de los tratamientos farmacológicos de los usuarios de la comuna.
3. Aumentar las horas de Atención Farmacéutica y disponibilidad de box.
4. Potenciar educaciones y actividades promocionales con materiales y herramientas útiles para los usuarios.
5. Fomentar el trabajo con conjunto con el Área de Educación para realizar actividades que involucren a población infanto-juvenil y padres, en temas de interés como Salud Mental, TDAH y TEA.
6. Concientizar acerca de la Resistencia Antimicrobiana a través de los Centros de Salud y Organización de una Corrida Familiar
7. Incrementar la preparación a través de la capacitación activa de los Químicos Farmacéuticos de la comuna en Educación en Salud e inclusión de usuarios con capacidades diferentes
8. Realizar 3era Jornada de Avances en Servicios Farmacéuticos para la Red Sur Oriente.

PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Durante el año 2023, la coordinación de Rehabilitación Física pudo consolidar la red de rehabilitación de la comuna, logrando que las 8 salas de rehabilitación física corporativas, en conjunto con las 4 salas de rehabilitación física municipal hayan trabajado en red, con flujos de derivación definidos y flexibles, adaptándose a las cambiantes demandas comunales. Aparte, se ha realizado un extenuante trabajo en manejo de lista de espera. Se han usado distintas estrategias de rehabilitación grupales y se agregaron más profesionales en extensión horaria, con el objetivo de poder disminuir la latencia de atención.

El grafico a continuación muestra el incremento de personas ingresadas a rehabilitación y número de sesiones realizadas durante los meses de enero a julio del año 2022 v/s 2023. Se puede observar que durante el mismo periodo el año 2022 y 2023 se duplicaron el número de personas ingresadas al programa de rehabilitación física, y consecuentemente el aumento de sesiones realizadas.



Para el año 2024, se seguirá buscando nuevas estrategias para el manejo de lista de espera y está planificado la habilitación o construcción de una nueva sala, buscando mejorar la respuesta de rehabilitación física comunal.

En el ámbito de la prevención de la salud, en el transcurso del año 2023, se ejecutó el Programa Elige Vida Sana con la finalidad de abordar la problemática de la malnutrición por exceso en individuos de edades comprendidas entre los 2 y 64 años, que se encuentran registrados en el sistema de atención primaria de salud. El propósito subyacente en esta estrategia consiste en la mejora de la condición nutricional y física tanto de los usuarios inscritos como de sus círculos familiares y amistades. Las diversas intervenciones fueron llevadas a cabo no solo en los centros de salud, sino también se extendieron a diversas esferas comunitarias, tales como sedes vecinales, instituciones educativas, jardines infantiles y áreas verdes, abarcando incluso una metodología de trabajo a la distancia.

Los talleres de actividad física y educación se implementaron a lo largo de todo el año, con intervenciones que duraban un período de 6 meses para cada usuario, con el objetivo de brindar un acompañamiento que propicie modificaciones en hábitos saludables.

En una línea similar, el Programa Más Adulto Mayor Autovalente, también enmarcado en la prevención de la salud, persigue la meta de preservar o mejorar la funcionalidad de la población de 60 años o más que está inscrita en las instituciones de atención primaria en Puente Alto. Esta estrategia aspira a elevar tanto la capacidad funcional individual como comunitaria de los usuarios, preparándolos para enfrentar con éxito el proceso de envejecimiento. Además, se realizaron capacitaciones a líderes comunitarios para fomentar el desarrollo de una red local que promueva el envejecimiento activo y positivo.

Para el año 2024, se tiene la intención de ampliar la difusión de estas estrategias preventivas, no solo en el ámbito comunitario, sino también dentro de los diversos equipos de atención médica en el centro de salud. El propósito es continuar perfeccionando de manera constante estas estrategias y entrelazarlas más estrechamente con la atención integral brindada a los usuarios.

OBJETIVOS 2024:

1. Incrementar los cupos para usuarios de los centros de salud en los programas de Vida Sana y Más Adultos Mayores Autovalentes.
2. Aumentar la cobertura y resolutivez de la red de rehabilitación física local.
3. Mejorar la coordinación de la red de rehabilitación del SSMSO.

COORDINACIÓN DE REDES Y GES

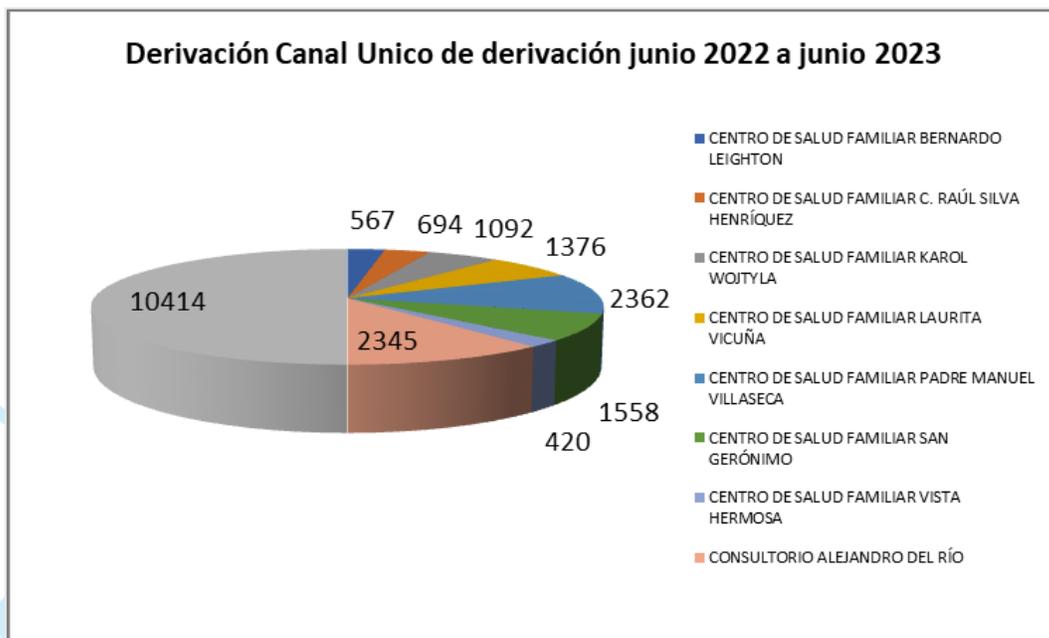
Durante el segundo semestre año 2022 y primer semestre año 2023, y como estrategia de Resolutivez en la Atención primaria y Red Asistencial y dado nuestro compromiso con la mejora constante de los servicios de salud locales, hemos centrado nuestros esfuerzos en aprovechar los avances de la telemedicina para brindar una atención médica más eficiente, accesible y de calidad a nuestra comunidad.

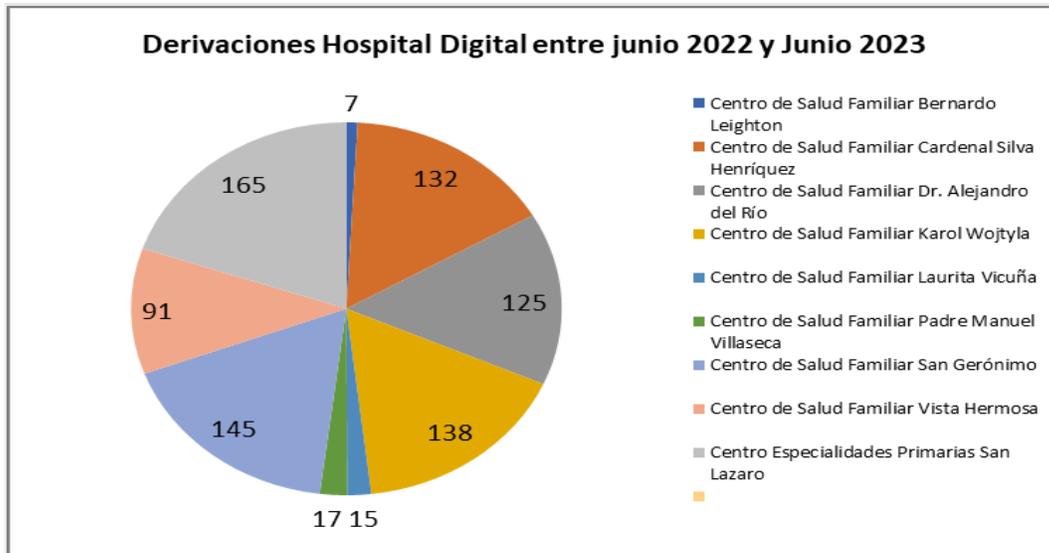
La coordinación de Redes se ha convertido en un pilar fundamental para optimizar la prestación de servicios de salud en nuestra comuna. En colaboración estrecha con el equipo de Salud Digital del SSMSO, hemos implementado estrategias que permiten compartir información médica relevante de manera segura y rápida entre diferentes profesionales de la salud tanto de nivel primario como secundario y terciario, esto no solo mejora la toma de decisiones clínicas, sino que también reduce la duplicación de esfuerzos y asegura una atención integral y continua para nuestros usuarios, además hemos fortalecido el uso de Canal Único de Derivación (CUD), que facilita el proceso de Referencia y Contrarreferencia entre diferentes niveles de atención. Esto garantiza que los usuarios reciban la atención adecuada en el momento oportuno y evita retrasos innecesarios en la atención médica dando resolución a los problemas de salud que pueden ser resueltos en la atención primaria sin requerir de derivaciones a otros niveles de atención.

La telemedicina ha revolucionado la forma en que proporcionamos atención médica como estrategia en la reducción de listas de espera para atención médica especializada. En un

trabajo coordinado con la Red y en colaboración con el equipo de salud digital del Servicio de Salud, hemos incentivado el uso de Hospital Digital y el CUD a los profesionales de Atención Primaria ya que son plataformas tecnológicas que permiten la interacción virtual entre pacientes y profesionales de la salud en un entorno seguro y confidencial, a través de estas plataformas los profesionales de la salud pueden realizar diagnósticos, brindar tratamientos, hacer seguimiento de la evolución de los pacientes y proporcionar indicaciones entre profesionales. Esto ha permitido que los usuarios accedan a atención médica de calidad, reduciendo los tiempos de espera. Como beneficios de la implementación y mantención de esta estrategia podríamos destacar:

1. Reducción de Tiempo y Costos: Los pacientes pueden evitar los tiempos de espera en la atención, esto también reduce la carga en las instalaciones médicas físicas.
2. Seguimiento Continuo: La Salud digital facilita el seguimiento de enfermedades crónicas y la gestión de tratamientos a largo plazo, mejorando la calidad de vida de los pacientes.
3. Consulta Especializada: Los pacientes pueden acceder a especialistas que pueden no estar disponibles localmente, ampliando las opciones de atención médica.
4. A continuación, se presentan gráficos con las derivaciones realizadas por estos canales entre periodo junio 2022 y junio 2023.





CUMPLIMIENTO GES

Hasta mes de junio 2023, hemos logrado un cumplimiento del 99,76% en las Garantías Explícitas de Salud (GES), esta cifra refleja nuestro compromiso continuo con la prestación de servicios médicos de alta calidad a nuestra comuna.

Es relevante destacar que, pese al alto nivel de cumplimiento, se registra una nómina mínima de retrasos del 0,07%, estos se originan en la gestión directa de nivel secundario por la demora de la atención, estamos siguiendo rigurosamente el protocolo de rescates establecido por el GES para abordar estos casos y garantizar una regularización expedita.

La anterior evaluación subraya nuestro enfoque en la mejora constante y en el cumplimiento de los estándares de atención definidos por las Garantías GES, Continuaremos trabajando en conjunto con los diferentes niveles de atención para optimizar aún más nuestra capacidad de respuesta y brindar una atención médica de calidad a todos nuestros beneficiarios.

Objetivos 2024:

1. Mejorar y expandir la resolutivez de atención de los diferentes niveles de salud.
2. Aumentar horas en 100% de los Centros de Salud para que los médicos y profesionales que emiten las Interconsultas puedan realizar el seguimiento y hacer la entrega de información e indicaciones a los usuarios que otorgan desde especialidades por CUD y Hospital Digital.
3. Mantener un cumplimiento del 100% en las GES, para lo cual hemos desarrollado estrategias que optimizan la ejecución de todas las prestaciones asignadas en el nivel de APS.
4. Sustener una colaboración continua y estrecha entre los médicos de APS y los especialistas, con el propósito de actualizar los protocolos de Referencia y Contrarreferencia hacia el nivel secundario.

5. Ejecutar la Ley de Trastorno del Espectro Autista en un 100%, dedicando recursos y atención especializada para esto requerimos seguir insistiendo en la entrega de recursos con el fin de brindar el apoyo necesario a las personas y familias afectadas.
6. Aumentar en un 70% de la disponibilidad de toma de imágenes diagnósticas mediante la adquisición de servicios a proveedores externos. Esto contribuirá a cerrar la brecha que se generó en los años 2022 y 2023 además agilizará el acceso a diagnósticos precisos.
7. Mejorar el monitoreo de las plataformas de gestión de la demanda, mediante el refuerzo del recurso humano respectivo.
8. Incrementar la capacidad de resolución en el ámbito de la APS, mejorando la pertinencia de las interconsultas y la capacitación del equipo local.

UNIDADES DE APOYO CLINICO (UAC)

Durante el año 2023, la coordinación técnica de UAC se logra reforzar en base a los requerimientos de los Centros de salud comunal y la comunidad, con un enfoque técnico, logístico, de apoyo y acompañamiento acorde a cada programa dependiente de este, pudiendo entonces abarcar nuevas áreas.

La UAC abarca programas y unidades como: Unidades de Apoyo Clínico de los centros de salud, Unidad de Esterilización, Programa Dependencia Severa, Programa Paliativo no Oncológico, Dispositivos Médicos, CODIMED, Unidad de Manejo Avanzado de Heridas – Pie Diabético, Cirugía Menor Ambulatoria, Unidad de Podología, Unidad de Toma de Muestras, Epidemiología, Programa Nacional de Inmunizaciones y Equipo Central de Vacunación.

Durante el año 2023, se trabajó principalmente en la regulación de procesos y requerimientos de cada unidad post pandemia, debido a múltiples estancamientos de unidades o gestiones desfasadas por cambio de funciones según contingencia comunal y nacional.

- **Esterilización:** Ante fallas temporales o permanentes de autoclaves en algunas unidades en horario hábil, se mantuvo la coordinación y apoyo entre Centros de Salud y coordinación técnica, ocurriendo lo mismo, fines de semanas y festivos, reforzando el apoyo en atenciones nocturnas dando continuidad a las prestaciones de cada Centro de Salud. Se inició entonces, por primera vez a nivel comunal, un proceso de externalización del servicio de esterilización para todos los Centros de Salud, mediante licitación por mercado público, lo cual se espera esté completado a fines de 2023. Además, se llevan a cabo capacitaciones a funcionarios nuevos de las unidades de esterilización de todos los centros en cuanto manejo de autoclaves. Se logró además realizar compra comunal de instrumental quirúrgico para recambio y aumentar equipamiento para las distintas prestaciones de cada Centro de Salud.
- **Dependencia Severa:** Se consiguieron recursos como herramientas de trabajo para el programa, cajas de transporte con ruedas y desmontables, y otros insumos. Se realizó

una capsula educativa con el fin de dar a conocer el programa y las prestaciones a los vecinos de la comuna, fortaleciendo su cumplimiento.

- Paliativos No Oncológico: A pesar de que el programa comenzó en 2022, fue este año, 2023, que se logra establecer de manera fija su estructuración, prestaciones, y metodología de trabajo. Se realizan diversas reuniones entre encargada del programa a nivel comunal, referente comunal y encargadas por cada CESFAM. También se gestionan y concretan capacitaciones entre CESFAM y el programa, en coordinación con dependencia.
- Manejo Avanzado de Heridas – Pie Diabético: Durante el 2023 se lograron estandarizar procesos dentro de los 8 centros de salud y sus equipos respectivos, logrando realizar actualización de Protocolo de Curaciones Complejas según los nuevos lineamientos y últimos cambios realizados por MINSAL. En conjunto con encargados respectivos, se lograron realizar capacitaciones por medio de empresas externas de suministros de insumos para Manejo Avanzado de Heridas, sobre actualizaciones en los procesos de curaciones, uso de apósitos activos y pasivos y tipos de lesiones. Se establecieron nexos con CRS Cordillera, para la derivación, referencia y contrarreferencia de usuarios que requerían curaciones complejas de alta data, así darles continuidad de los cuidados. Se actualizaron protocolos en plataforma OMI a nivel comunal, para así poder entregar la atención adecuada y contar con datos actualizados para una posterior recolección y evaluación de atenciones.
- Cirugía Menor Ambulatoria: Durante el año 2023 a diferencia de otros años, se logró continuidad en la entrega de prestaciones de cirugía menor en los meses de enero y febrero con cupos distribuidos previo a la asignación anual. A finales de febrero se realizó la asignación anual completa para cada uno de los 9 centros de salud que imparten estas prestaciones, así cada equipo se organizó para sus atenciones anuales. Dentro de los procedimientos realizados se disminuyó las listas de espera, esto ya que aumentamos cantidad de funcionarios capacitados para realizar cirugía menor ambulatoria, debido a que se concretó realizar pasantía en CRS Cordillera para médicos de los Centros de Salud Familiar y Centro de Especialidades primarias a lo largo del año. Se realizó compra comunal de instrumental e insumos para la unidad a través del convenio de Resolutividad por medio de mercado público por licitación con el fin de renovar instrumentar y contar con stock suficiente para cada atención.
- Unidad de Podología: Durante el año 2023 se logró avanzar en gran parte en poder establecer insumos básicos para la Unidad de Podología, brecha que teníamos donde no contábamos con suficientes herramientas e insumos para la atención de calidad de nuestros usuarios.
- Unidad de Toma de Muestras: Durante el año 2023 se logró realizar auditoría de Valores Críticos en conjunto con la Unidad de Calidad a los 8 centros de salud, analizando casos aleatorios para verificar su gestión, a raíz de esto se logró crear lineamiento estándar para todos los centros, además del refuerzo específico de cada Unidad y su equipo frente a hallazgos pesquisados.
- Epidemiología: Se logró retomar actividades de gestión y atención posteriores a la alta demanda por SARS COV2, logrando actualizar procesos de otras patologías de carácter epidemiológico, como Viruela símica, TBC y otras. Se mantuvieron las

atenciones y el testeo por SARS COV2 en casos de sospecha que consultaron en centros de atención y acudieron a FONOSALUD de la comuna. Se mantuvieron reuniones técnicas comunales, con inclusión de trabajos de protocolos y documentos estandarizados. Se logró actualizar la difusión de infografía en box de atención y Centros de Salud.

- Programa Nacional de Inmunizaciones: Se estandarizan procesos de funcionamiento en protocolos y manuales actualizados para cada centro de salud. Se logra asignar insumos críticos para aumentar la habilitación de punto intramurales y extramurales en caso de descompensación de usuarios. Se gestionó y habilitó capacitación de actualización del PNI con cupos a cada Centro de Salud en el SSMSO, en temáticas varias acorde a funcionamiento. Se logró habilitar salas más espaciadas acordes a la actual demanda y flujos de atención en dos Centros, aumentando la capacidad y optimizando la atención.

OBJETIVOS 2024

1. Esterilización:

- Concretar proceso de externalización de esterilización para los Centros de Salud.
- Concretar autorización sanitaria de unidad esterilización CESFAM PMV, y finalizar proceso de habilitación de autoclave y autorización sanitaria de unidad esterilización de CESFAM BL
- Mantener comunicación activa entre Centros de Salud y unidad técnica frente a procesos, regulaciones y contingencias
- Fomentar la capacitación de proceso de esterilización y manejo de autoclaves

2. Programa Dependencia Severa:

- Mantener capacitaciones y/o cursos atingentes a prestaciones realizadas por el programa, tanto para enfermeras como TENS.
- Fortalecer el programa mediante la estandarización de los procesos clínicos en domicilio.

3. Programa Paliativos No Oncológico:

- Mejorar la implementación local del programa y equipos con salidas a terreno en todos los centros de salud.
- Mantener nexo con Hospitales con el objetivo de seguir capacitándose y adquiriendo nuevas herramientas para el cuidado de los pacientes.
- Fortalecer el programa mediante el refuerzo del recurso humano para los centros de salud, en coordinación con el equipo central en terreno.

4. Unidad de Manejo Avanzado de Heridas – Pie Diabético:

- Aumentar las capacitaciones para funcionarios de los centros de salud comunales.
- Mantener renovación de instrumental e insumos para Manejo Avanzado de Heridas por medio de licitaciones exitosas en el periodo establecido para su requerimiento.
- Mantener nexo con CRS Cordillera para realizar las referencias y contrarreferencias de nuestros usuarios así mantener continuidad de los cuidados
- Realizar revisión, y actualización de protocolos en plataforma OMI de acuerdo con requerimientos de recolección de datos en caso de ser necesario.

5. Cirugía Menor Ambulatoria:

- Dar continuidad a las prestaciones de cirugía menor durante los 12 meses del año en los 8 centros de salud y el centro de especialidades.
- Mantener el nexa con CRS Cordillera para realizar pasantías de funcionarios de nuestros centros de salud.
- Protocolizar procesos para una atención estándar y transversal en los centros de salud y centro de especialidades.

6. Unidad de Podología:

- Evaluar factibilidad de centralización y estandarización de la Unidad de Podología.
- Mantener comunicación efectiva con encargadas de la Unidad, encargadas de Apoyo Clínico y Podólogos(as).
- Establecer brechas y necesidades dentro del trabajo en los centros de salud.

7. Unidad de Toma de Muestras:

- Fortalecer coordinación con el laboratorio comunal para requerimientos necesarios.
- Supervisar y revisar lineamientos de valores críticos y su uso en los centros de salud.
- Realizar nuevas auditorias enfocadas en el uso y aplicación de lineamientos establecidos en el año 2023.

8. Epidemiología:

- Potenciar conocimientos en las patologías a cargo, realizando capacitaciones y manteniendo las reuniones técnicas de coordinación con los centros de salud.
- Fortalecer la comunicación activa y coordinada entre centros de salud, niveles secundarios o terciarios y la unidad técnica.
- Estandarizar procesos de patologías en conjunto con SSMSO y MINSAL, a fin de dar orientaciones específicas frente a casa proceso de atención epidemiológica.

9. Programa Nacional de Inmunizaciones:

- Potenciar la coordinación y atención comunitaria del PNI con dirigentes sociales según requerimientos de cada territorio.
- Potenciar lineamientos de calidad, con desempeño en responsabilidades propias a cada estamento.
- Incentivar y promover la vacunación de usuarios, por medio de campañas y estrategias de educación acerca de la prevención de COVID-19 e Influenza.
- Capacitar continuamente en conceptos relacionados con los procesos de vacunación.
- Gestionar y revisar box de atención, donde poder almacenar insumos, y promover bienestar de los funcionarios en pro a sus labores diarias.

PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

1. PROMOCIÓN DE SALUD

Para los equipos de salud que apoyan la gestión y ejecución de estrategias y actividades en Promoción Salud el presente año 2023 ha sumado mayores desafíos. No obstante, se han desarrollado avances en la ejecución y gestión de las siguientes estrategias y actividades en el año 2023:

- Favorecer el desarrollo de Plan intersectorial Promoción Salud 2022-2024
- Gestión para favorecer trabajos de construcción infraestructura espacios lactancia materna en Cesfam Laurita Vicuña-Alejandro del Río-Cardenal RSH
- 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; es así como 4.572 personas el presente año se han atendido en operativos preventivos de salud comunitarios.
- Apoyo a la mantención y avances de huertos culturales con enfoque intercultural en dependencias de centros de salud.
- Potenciar coordinación intersectorial para favorecer participación de equipos de salud y funcionarios de educación en estrategia comisión mixta.
- Potenciar coordinación y apoyo con Unidad de comunicaciones CMPA para difundir desde diferentes medios comunicacionales (redes sociales, medios escritos) temáticas preventivas/ promocionales de salud sugeridas por Cesfam, comunidad, líderes sociales entre otros.
- Desarrollo de Cápsulas o videos en temáticas como:
 - Puntos de vacunación
 - Tips TBC
 - Campaña Influenza
 - Cuentas Publicas
 - Salud mental
 - Fono Salud Infantil
 - Campaña de invierno entre otros.
- Gestión con radios comunitarias para difusión de temáticas atinentes en la salud primaria.
- Potenciar estrategias de intervención desde lo intersectorial con el Área de educación y pre- escolar municipal por ejemplo realización Talleres Actividad preescolar en



jardines infantiles corporativos realizado por Profesor Educación Física y Talleres de Alimentación saludable para 5tos a 8 avos básicos de establecimientos educacionales corporativos.

OBJETIVOS 2024

1. Gestionar construcción de espacio para lactancia materna en centros de salud corporativos (inicialmente Cesfam San Gerónimo).
2. Continuar potenciando operativos comunales, centros de salud desde el ámbito promocional/ preventivo en prestaciones atingentes a la población.
3. Propender a la transversalidad de promoción de salud en el cuidado de la población (talleres educativos Alimentación saludable en comunidades, Talleres prevención suicida, actividad física en establecimientos educacionales, actividades masivas promocionales de salud, entre otros).
4. Continuar la ejecución Plan Intersectorial Promoción Salud 2022-2024.

2. PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

La red comunitaria está conformada por las juntas de vecinos, clubes de adultos mayores, consejos de usuarios de salud (CDU), organizaciones de pueblos originarios, establecimientos Educacionales escolares y preescolares, además de otros líderes sociales, pertenecientes a la red. El 18 de agosto de 2023 se desarrolló la Segunda Jornada de Participación Comunitaria para el Plan de Salud 2024 en el Parque Gabriela, buscando conocer las necesidades y propuestas directamente desde los representantes de los usuarios en los centros de salud.

En esta jornada, participaron más de 50 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 4 grupos de trabajo participativos, planteando problemáticas de su interés, ordenadas en dos preguntas principales al pleno.



Se realizaron las siguientes preguntas:

Pregunta N°1 ¿Qué aspectos positivos puede mencionar desde el ámbito participativo/comunitario en salud?

- Atención de salud ha mejorado.
- Se logra mejorar la toma de decisiones en salud.
- Se contribuye a mejorar el diagnóstico de la situación de salud y social.
- Se empodera a la comunidad y contribuye a mayor conocimiento en salud.
- Se genera empatía mutua entre usuarios y funcionarios.
- El avance es diferente en cada centro, y depende también de las Direcciones de cada centro de salud.
- No todos las Direcciones de centro toman decisiones escuchando al CDU y no utilizan siempre a la comunidad.
- Hay diferentes funcionarios de salud trabajando con los usuarios en Participación social.
- Se hace difusión de programas e iniciativas en Cuentas Públicas.
- Bastante realización de actividades en salud intercultural, Wiñol Tripantu, etc.
- Hay acercamiento de la atención de salud al Adulto Mayor.
- Se ha realizado contratación de más médicos.

Pregunta N°2 ¿Qué desafíos sugiere para el 2024 en participación comunitaria en salud?

- Avanzar hacia una participación social en salud más vinculante.
- Realizar cambios a la ley de Participación.
- Avanzar en una Participación no sólo con enfoque consultivo.
- Brindar mayor seguridad para controlar, eliminar venta de fármacos en el comercio ambulante
- Que se favorezca el cumplimiento de lo propuesto el año 2023.
- Reuniones de participación y planificación con mayor antelación y de forma presencial.
- Generar la presencia de los CESFAM en la comunidad de forma permanente.
- Potenciar el trabajo conjunto de CDU comunales en diferentes estrategias a desarrollar tales como: postulación de proyectos, abogacía con diferentes autoridades locales y regionales, encuentros de reflexión, capacitación, entre otros.
- Potenciar formación de líderes comunitarios capacitados en salud mental.
- Avanzar en creación capsulas de salud (videos) desde cada centro de salud con participación de funcionarios, usuarios, representantes comunitarios en temáticas de salud relevantes y sentidas por la población.
- Favorecer estrategias que contribuyan a favorecer acceso de villas, poblaciones que no pueden acceder a atención de salud; se sugiere creación de CECOSF o utilizar algunas sedes sociales con atenciones de salud entre otros.
- Atención especializada para adultos mayores.
- Potenciar el buen trato.
- Desarrollar talleres alimentación saludable en la comunidad.
- Potenciar proyectos en la comunidad.
- Generar participación de actores comunitarios en general.

SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA

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.

Según información actualizada de nuestros registros clínicos electrónicos, las personas con identificación como pertenecientes a pueblos originarios son:

CESFAM	N.º Usuarios
Alejandro Del Rio	3.146
Karol Wojtyla	1.497
Cardenal Raúl Silva Henríquez	1.389
San Gerónimo	824
Padre Manuel Villaseca	433
Vista Hermosa	254
Bernardo Leighton	250
Laurita Vicuña	73
Total	7.866

Del total señalado el 95 % corresponde a usuarios que menciona pertinencia a pueblo originario Mapuche.

Desde el año 2022, la mesa de salud intercultural retoma sus reuniones comunales con representantes de todos los centros de salud y avanza en sus planificaciones locales y comunales.

Es por ello que, durante el año 2023 se ha planificado y ejecutado las siguientes actividades:

- Realización reuniones remotas y/o presenciales de representantes mesa de salud intercultural de Puente Alto.
- Conmemoración de Wiñol Tripantu en todos los 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, tales como:
 - Proyecto atención de agente cultural Lawentuchefe a usuarios de centros de salud Alejandro del Río, Cardenal Raúl Silva Henríquez, Karol Wojtyla y San Gerónimo como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos usuarios.

- Formalizar y ejecución de actividades interculturales por cada establecimiento de salud y comunal a través del Convenio PESPI (programa especial de salud y pueblos indígenas).
- Postulación y se adjudica recursos ministeriales (Convenio PESPI) para salud intercultural a través del servicio de salud metropolitano sur oriente (SSMSO).
- Ejecución de actividades de salud intercultural relacionada a mantener, fortalecer huertos con enfoques indígenas en centros de salud corporativos.
- Jornadas de capacitación desde cada centro de salud a representantes de mesa salud intercultural, funcionarios de salud, líderes sociales, usuarios mapuches, relacionado a la cosmovisión mapuche, hierbas medicinales entre otros.
- Desarrollo de talleres capacitación a funcionarios de salud con respecto al registro de variable indígena en ficha atención OMI.
- Avances desde los centros de salud corporativos en registros variable indígena en Ficha OMI, Desde enero 2023 a julio del presente año existe un aumento de 2.8 % de registros a nivel comunal.

OBJETIVOS 2024

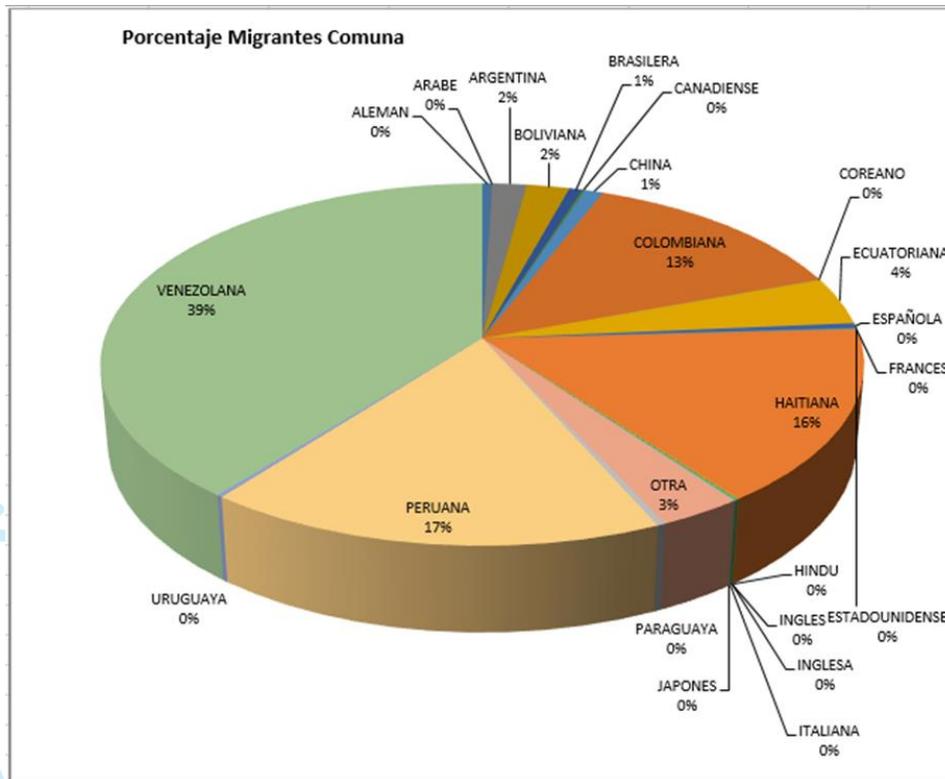
1. Proteger horas específicas programadas del trabajo del facilitador intercultural en los centros de salud, quienes deben vincularse en lo posible con alguna asociación indígena del territorio y ser parte de la Mesa de Salud Intercultural con enfoque indígena.
2. Continuar potenciando la figura del agente intercultural del Área de Salud CMPA que participa en la mesa de salud intercultural y apoyo en ejecución de actividades con enfoque indígena en centros de salud corporativos.
3. 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, Agente Intercultural del Área Salud y facilitadores interculturales de cada centro de salud corporativo.
4. Continuar planificación y aumento en un 70 % del número de usuarios para atenciones de agente cultural Lawentuchefe en relación con el año 2023, como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos usuarios.
5. Avanzar en el registro de actividades en el Registro mensual de actividades (REM A 04 y REM A19b) que es el medio que evidencia las actividades realizadas.
6. Capacitar a los equipos de salud mental de los Centros de Salud corporativos para propender al avance de algunas prestaciones de salud mental con atención complementaria.

7. Realizar Wiñol Tripantu en todos los centros de salud corporativos.
8. Potenciar desde lo comunicacional las cápsulas educativas con actividades desde lo intercultural que realizan los centros de salud y comunidades en salud intercultural.

PERSONAS MIGRANTES

La población de migrantes en Chile ha ido en aumento los últimos años, diversificando su origen y complejidad social. En relación con lo anterior, 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 compromisos internacionales adquiridos por Chile.

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 dar a conocer un reporte estadístico de la población migrante en el sistema de salud corporativo primario.



Migrantes vigentes a junio de 2023 del Área de Salud, CMPA

Número de personas Migrantes Por Centro de Salud a Junio 2023

Centro	Total general
Alejandro del Rio	3763
Bernardo Leighton	2560
Cardenal RSH	2062
Karol Wojtyla	2263
Laurita Vicuña	1132
Padre Villaseca	3914
San Gerónimo	1657
San Lázaro	9
Vista Hermosa	3466
Extra-Red	107
Total general	20.933

Con respecto a la población Migrante inscrita desde una visión comunal predomina lo siguiente:

- Venezuela: 39 %
- Perú: 17 %
- Haití: 16%
- Colombia: 13%

Con relación a la población Migrante inscrita que prevalece en cada centro de salud corporativo es la siguiente:

Centro de salud	Población Migrante Principal Por Origen
Alejandro del Rio	Venezuela – Perú – Colombia – Haití
Bernardo Leighton	Venezuela – Perú – Colombia – Haití
Cardenal Raúl Silva Henríquez	Venezuela – Perú – Haití – Colombia
Karol Wojtyla	Venezuela – Perú – Haití
Laurita Vicuña	Venezuela – Perú – Colombia
Padre Villaseca	Venezuela – Perú – Colombia
San Gerónimo	Venezuela – Perú – Haití – Colombia
San Lázaro	Venezuela – Perú
Vista Hermosa	Haití – Colombia – Venezuela – Perú
Extra-Red	Venezuela – Perú – Haití
Total general	20.933

LOGROS 2023:

- Gestión y apoyo en la difusión en primera línea de atención administrativa para favorecer estrategias y acceso de salud a personas migrantes.
- Planificación y ejecución en centros de salud corporativos CRSH-VH-SG de actividades / estrategias por convenio ministerial Personas Migrantes.

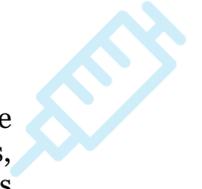
- Formalización, consolidación de mesa comunal territorial intersectorial de Migrantes, con participación de referentes de la gran mayoría de centros de salud e intersector.
- Postulación en fondos concursables Servicio de salud desde centros de salud.
- Avances del protocolo de acceso y atención de salud a las personas migrantes en los centros de salud corporativos.
- Planificación y apoyo en la ejecución seminario intersectorial corporativo junto a Fundación Leche para Haití dirigido a funcionarios de salud.

OBJETIVOS 2024:

1. Potenciar iniciativas de información entre otros para disminuir la brecha idiomática, cultural y el acceso oportuno a los Centros de Salud corporativos.
2. Potenciar el rol de facilitadores migrantes existentes en los Centros de Salud, en talleres informativos de salud, orientación de prestaciones que realiza la atención primaria, entre otros.
3. Incentivar el registro de la variable nacionalidad en ficha clínica electrónica (OMI).
4. Finalizar y difundir a todas las instancias corporativas, el protocolo de atención usuaria de personas migrantes en centros de salud corporativos.
5. Realizar educaciones en salud presenciales o remotas enfocadas en temáticas señaladas desde los propios usuarios migrantes adscritos a los Centros de Salud corporativos.
6. Aumentar de manera progresiva la incorporación de facilitadores migrantes en Centros de Salud corporativos que evidencien aumento de personas migrantes.
7. 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.
8. 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.
9. Postular a recursos ministeriales a través del Servicio de salud para mantener y en lo posible aumentar recursos del convenio Personas Migrantes con posibilidad de incluir a otros centros de salud como beneficiarios de este convenio.
10. Fortalecer la mesa comunal territorial intersectorial de Migrantes con participación de referentes migrantes de cada centro de salud corporativo, Municipalidad, Corporación, entre otros.



11. 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 su situación migratoria. Esto dirigido a usuarios y funcionarios de los Centros de Salud corporativos.



ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL EN SALUD

Como principal aporte al enfoque participativo de este plan de salud, durante 2023 se incorporó este capítulo sobre equidad de género y diversidad sexual en salud, a sugerencia de los consejos de usuarios, la comunidad y de la comisión de salud del Concejo Municipal.

Al respecto, durante 2023 se constituyó la mesa de enfoque de género comunal, con integrantes de la comunidad, de los centros de salud, de dirección de salud y representantes de los funcionarios mediante la Asociación y el Sindicato.

De esta forma, para 2024 se planifica el inicio del trabajo concreto en estas temáticas en los establecimientos de salud, según lo trabajado durante el año de forma participativa.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

Fortalecer el 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

1. Sensibilizar y capacitar al personal de salud en Perspectiva de Género y Diversidad Sexual.
2. Estructurar programas internos, tendientes a promover un ambiente libre de violencia, estigmatización, discriminación por género y respetuoso de la confidencialidad.
3. 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.
4. Incorporar aspectos de atención a las disidencias sexuales, como el uso de su nombre social.
5. Potenciar la difusión y el alcance de las actividades preventivas enfocados en la salud sexual y reproductiva.
6. 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.
- 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

- Equipos de Salud
- Docentes en Igualdad de Género y en disidencias sexuales
- Sistemas informáticos y tecnológicos locales
- Programas de MINSAL relacionados con la temática

PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA

1. CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Nuestra red de establecimientos, representando el nivel primario de atención, se conecta continuamente con el intersector, involucrando a la comunidad y sus organizaciones, además de las instancias municipales, sociales y no directamente relacionadas con el ámbito sanitario, lo cual permite entregar aportes multidimensionales al abordaje.

En relación con los ámbitos sanitarios externos, según el último lineamiento oficial del SSMSO a través del mapa de derivaciones, nos corresponde derivar usuarios de mayor complejidad a los establecimientos CDT y CRS en el nivel secundario, y al Hospital Sótero del Río en el nivel terciario.

Debido a que nuestra red se encuentra con niveles importantes de saturación, es que se ha hecho relevante establecer como objetivo prioritario el mejorar la resolutivez comunal, al mismo tiempo que potenciar la coordinación con estos establecimientos, que permita la atención fluida de usuarios de nuestros centros de salud.

OBJETIVOS 2024:

1. Mejorar la resolutivez de los centros asistenciales primarios, mediante el incremento de las competencias del equipo de salud local con apoyo del nivel secundario, e incorporando mejores tecnologías sanitarias locales.
2. Potenciar las medidas de acercamiento territorial, como son las atenciones domiciliarias relacionadas a las visitas integrales, el despacho domiciliario de medicamentos, y la coordinación con la hospitalización domiciliaria de la red.
3. Establecer mecanismos continuos de monitoreo y coordinación con los niveles secundario y terciario, permitiendo la priorización adecuada de la población de riesgo mediante la ECP.

2. MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA

Considerando que el abordaje del nivel primario debe ser integral, y que los objetivos prioritarios no deben descuidar las labores transversales de nuestros establecimientos, a continuación, se presenta la matriz de cuidados para la población inscrita, con los objetivos y actividades que se realizan de manera permanente por parte de nuestros equipos de salud.

SALUD DE LA INFANCIA

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Disminuir la obesidad infantil:</p> <p>Lactancia materna a los 6 meses de vida.</p>	<p>Aumentar la lactancia materna exclusiva (LME) en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.</p> <p>Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.</p>	<p>Control de salud desde el recién nacido al 6to mes: con evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna.</p> <p>Consejería en lactancia materna desde el primer control de salud del niño.</p> <p>Talleres de LME en el periodo prenatal con el fin de fomentar su inicio precoz desde el nacimiento de manera presencial o remota.</p> <p>Derivar a clínicas de lactancia dentro del CES o CESFAM de acuerdo con la realidad local.</p> <p>Ferias de salud y educación en las salas de espera de los centros de salud.</p> <p>Actualización y capacitación del personal de salud y usuarios.</p> <p>Consejerías remotas en usuarios con dudas sobre lactancia materna o mitos sobre la lactancia materna.</p> <p>Realización de clínicas de lactancia utilizando los espacios protegidos de los centros de salud que cuentan con salas de lactancia (CESFAN KW, BL, PMV y VH).</p>	<p>Matrón (a), Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista y TENS.</p>

			Realizar cápsulas educativas virtuales sobre lactancia materna.	
<p>Disminuir la obesidad infantil:</p> <p>Consulta nutricional del 5° mes de vida.</p>	<p>Promover hábitos de alimentación saludable y actividad física diaria, de manera precoz.</p> <p>Promover factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.</p> <p>Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.</p>	<p>Consulta nutricional al 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva.</p> <p>Educación dentro del control nutricional del 5° mes sobre la introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p> <p>Seguimiento y rescates de la población bajo control de niños/as de 5 meses.</p> <p>Derivación o realización de clínica de lactancia.</p> <p>Consejerías remotas para educar y anticipar a la familia en relación con la reacción normal de los niños/as frente a la ingesta de los primeros alimentos.</p>	Nutricionista.
<p>Disminuir la obesidad infantil:</p> <p>Consulta nutricional de los 3 años 6 meses de vida.</p>	<p>Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física.</p> <p>Promover de manera temprana, factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.</p> <p>Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.</p>	<p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida.</p> <p>Consejería presencial o de manera remota sobre alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p> <p>Aplicación de pauta buco dentaria infantil dentro del control de salud integral.</p>	Nutricionista.

			<p>Derivación a la unidad de dental con pauta buco dentaria alterada.</p> <p>Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso para la pesquisa precoz de riesgo por malnutrición.</p> <p>Seguimiento de la población bajo control de niños/as de 3 años con el fin de realizar rescates de insistentes.</p>	
--	--	--	---	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mantener o disminuir la malnutrición por exceso en población infantil Menores de 6 años	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables tempranamente, como factor protector de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	<p>Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.</p> <p>Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.</p>	<p>Consulta nutricional en población infantil menor de 6 años con diagnóstico de malnutrición por exceso.</p> <p>Seguimiento de la población bajo control menor de 6 años con el fin de realizar el rescate y coordinar la próxima hora de control.</p> <p>Aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud integral del niño/a.</p> <p>Consejería de hábitos saludables en cada control de salud integral del niño/a.</p> <p>Realizar talleres remotos o presenciales preventivos sobre hábitos y alimentación saludable.</p>	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

<p>Mantener o disminuir la malnutrición por déficit en población infantil Menores de 6 años.</p>	<p>Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables tempranamente, como factor protector de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.</p>	<p>Disminuir el porcentaje de población infantil < 6 años con malnutrición por déficit en aquellos que reciben consulta nutricional (CN).</p>	<p>Consulta nutricional en población infantil menor de 6 años con diagnóstico de malnutrición por déficit según NT de malnutrición.</p> <p>Seguimiento de la población bajo control menor de 6 años con el fin de realizar el rescate y coordinar la próxima hora de control.</p> <p>Aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud integral del niño/a.</p> <p>Consejería de hábitos saludables en cada control de salud integral del niño/a.</p> <p>Realizar talleres remotos o presenciales preventivos sobre hábitos y alimentación saludable.</p>	<p>Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.</p>
<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil: Promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje en el primer año de vida.</p>	<p>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.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanza su desarrollo integral acorde a su potencialidad.</p> <p>Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.</p>	<p>Taller de promoción del desarrollo motor, edad: 3 meses, de manera presencial o remota.</p> <p>Taller de promoción del desarrollo lenguaje, edad: 6 meses, de manera presencial o remota.</p> <p>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.</p>	<p>Educadora de párvulos, técnico en párvulos.</p>

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
---------------------	-------------------------	-------------	---------------	----------------------

<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>Habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.</p>	<p>Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral del niño/a en edad temprana.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.</p> <p>Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.</p>	<p>Talleres educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.</p>	<p>Facilitadores acreditados por Centro de Salud.</p>
<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>población 0 a 9 años 11 meses y 29 días Migrantes y pueblos originarios.</p>	<p>Promover la prevención y la educación en población migrantes con respecto al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas.</p>	<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños migrantes mejorando la adherencia y cobertura del control de salud.</p> <p>Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.</p> <p>Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertenencias cultural y pueblos indígenas</p>	<p>Control de salud a niños y niñas migrantes según edad.</p> <p>Control de Salud a niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas</p>	<p>Matrón (a), Nutricionista Médico(a) y Enfermero(a), educadoras de párvulos.</p>

<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>Al mes de vida con evaluación neurosensorial.</p>	<p>Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.</p>	<p>Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural</p> <p>Detectar precoz y oportuna alteraciones neurológicas que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo del niño/a.</p>	<p>Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.</p> <p>Consejería presencial o remota sobre los cuidados en el recién nacido.</p> <p>Consejería sobre los beneficios de lactancia materna y derribar mitos sobre la lactancia.</p> <p>Entregar orden de solicitud de radiografía de pelvis de los 3 meses.</p> <p>Entregar receta de vitaminas.</p> <p>Derivar a clínicas de lactancia dentro del CES o CESFAM de acuerdo con la realidad local.</p> <p>Derivar a médico especialista en casos de detección o sospecha de patologías.</p> <p>Derivar a vacunatorio si niños/as no cuentan con calendario de vacunas del programa nacional de inmunizaciones (PNI) al día.</p>	<p>Médico(a).</p>
<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>Toma de radiografía de pelvis a niños y niñas a los 3 meses.</p>	<p>Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz.</p>	<p>Lograr una cobertura del 100% en la detección precoz de enfermedades prevalentes, en específico la displasia de cadera en menores de un año.</p> <p>Lograr el 100% de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas.</p>	<p>Entregar orden con solicitud de realización de radiografía de pelvis en el control de salud integral de 1 o 2 meses.</p> <p>Realizar rescate y seguimiento a niños/as de 2 meses bajo control para la toma de la radiografía de caderas a los 3 meses.</p>	<p>Solicitud de radiografía de Pelvis: Médico(a) o Enfermera(o).</p> <p>Entrega de receta de medicamentos y vitaminas Medico(a).</p>

		Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	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.	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, 15, 21 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. Aplicación de pauta breve DSM cuando niño/a asiste a una consulta o control adicional. Derivación a enfermera para aplicación EEDP con pauta breve alterada. Derivación a la de estimulación desde el control de salud integral 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).

<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>A los 8 meses con aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor.</p>	<p>Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo psicomotor en menores de 6 años en el contexto del control de salud integral del niño/a.</p>	<p>Control de salud integral de los 8 meses a todos los niños/as de la población bajo control.</p> <p>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).</p>	<p>Control de salud a los 8 meses con aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor (primera evaluación).</p> <p>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.</p> <p>Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.</p>	<p>Enfermera(o).</p>
<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>A los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (primera evaluación).</p>	<p>Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo psicomotor en menores de 6 años en el contexto del control de salud integral del niño/a.</p>	<p>Detectar precoz y oportunamente patologías o alteraciones del desarrollo dentro del control de salud integral de los 18 meses a todos los niños/as de la población bajo control.</p> <p>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).</p>	<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (primera evaluación).</p> <p>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.</p> <p>Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.</p> <p>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.</p>	<p>Enfermera(o).</p>

<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>A los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (TEPSI) (primera evaluación).</p> <p>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.</p> <p>Derivación a medicina general o familiar, a todo niño/a con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.</p> <p>Derivación a vacunatorio a todo niño/a que no se encuentre con su calendario de vacunación al día.</p> <p>Consejería presencial o de manera remota sobre alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p>	<p>Enfermera(o).</p>
<p>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil:</p> <p>En niños, niñas con rezago o déficit detectado en desarrollo psicomotor.</p>	<p>Disminuir el porcentaje de niños/as con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor.</p>	<p>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 mejor niñez.</p> <p>Alcanzar el 100% de niños/as entre 0 a 5 años</p>	<p>Evaluación y reevaluación del desarrollo infantil, realizado por enfermeras del CES o CESFAM.</p> <p>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.</p>	<p>Enfermera(o) y Educadora de párvulos.</p>

		perteneciente a programas residenciales de mejor niñez, con alteración del desarrollo psicomotor que ingresan a tratamiento a modalidad de estimulación, para recuperar el desarrollo normal.	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. 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 pesquisada 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 y Terapia Ocupacional.

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.	Educadora de párvulos Y/o Fonoaudiólogas.

			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.	
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. Derivara a médico general del CES o CESFAM si el riesgo o retraso persiste.	Educadora de párvulos.
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.	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	Enfermera(o) y Médico(a).

		Lograr una cobertura del 90% en la evaluación de la agudeza visual.	de 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.	
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)
---------------------	-------------------------	-------------	---------------	----------------------

<p>Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas controlada.</p>	<p>Fortalecer las intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia.</p>		<p>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.</p> <p>Derivación al taller desde el control de salud integral.</p> <p>Rescate de población bajo control inasistentes para nueva hora de taller.</p> <p>Realizar campañas comunicacionales dentro del CES/CESFAM y salas de espera en prevención de enfermedades respiratorias.</p>	<p>Kinesiólogo(a).</p>
<p>Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas controlada.</p>	<p>Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años.</p>	<p>Lograr una cobertura de un 100% en visita domiciliaria integral a menores de 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía.</p>	<p>Visitas domiciliarias integral a niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave.</p> <p>Realizar score de riesgo de morir por neumonía en cada control de salud desde la diada hasta los 12 meses edad.</p> <p>Consejerías presenciales o de manera remotas sobre los factores de riesgo e importancia de la visita domiciliaria integral, en niños/as con riesgo grave.</p> <p>Capacitación del personal de salud sobre el impacto de la aplicación y correcta interpretación de la pauta.</p> <p>Derivación oportuna y coordinada para realización de visita domiciliaria integral (en una semana desde la pesquisa).</p>	<p>Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Matrón(a), Médico(a) y Asistente social.</p>

			Realizar seguimiento y rescate de niños/as con score IRA grave, en coordinación con equipo de Chile Crece Contigo del Centro de Salud.	
Mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas controlada.	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional infantil.	Aumentar la calidad de la atención en infecciones respiratorias agudas.	Realizar auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía.	Kinesiólogo(a) o Médico(a).
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.	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Seguimiento y rescate de la población bajo control del programa IRA.</p> <p>Actualización de la población bajo control de los tarjeteros del CES o CESFAM.</p>	Kinesiólogo(a), Médico(a) y TENS.

Disminuir o mantener la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	<p>Aumentar la proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente).</p> <p>Garantizar el tratamiento en niños de 0 a 9 años bajo control en programa IRA asmáticos.</p>	<p>Control en programa IRA según clasificación de severidad.</p> <p>Derivaciones y solicitud de pruebas según criterio del médico del programa.</p> <p>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.</p> <p>Seguimiento y rescate de la población bajo control de asmáticos del programa IRA.</p> <p>Actualización de la población bajo control de asmáticos de los tarjeteros del CES o CESFAM.</p>	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.	<p>Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con infección respiratoria aguda baja.</p> <p>Favorecer la atención kinésica oportuna para cumplimiento de las GES.</p>	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.	<p>Aumentar la evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña de 2 a 9 años.</p> <p>Conocer la población migrante perteneciente a</p>	<p>Controles de salud infantil integral de los 2 a 9 años.</p> <p>Orientar a padres y cuidadores respecto al desarrollo, salud y crianza de niños y niñas.</p>	Enfermera(o), Médico(a) y Nutricionista.

		este grupo etario que se encuentra bajo control.	<p>Evaluar y fomentar hábitos de salud bucal, alimenticios y actividad física.</p> <p>Prevenir enfermedades y accidentes a través de la detección temprana de factores de riesgo o problemas de salud.</p> <p>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.</p> <p>Realizar las derivaciones correspondientes según lo pesquisado en el control de salud integral del niño/a.</p>	
--	--	--	---	--

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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID -19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de vacuna de hepatitis A, a los niños y niñas de 18 meses de edad.</p> <p>Rescate de pacientes desde registro nacional de inmunizaciones (RNI) o de inscritos no vacunados.</p>	Enfermero(a) y TENS.

			Notificación oportuna de errores programáticos (EPRO) y su plan de mejora según corresponda.	
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. 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 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.	Enfermero(a) y TENS.

			<p>Rescate de inscritos no vacunados.</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación junto con vacunas programáticas.</p> <p>Realizar vacunación extramural en salas cunas y jardines infantiles, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.</p> <p>Administración de vacuna anti-influenza a los niños y niñas portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y 10 años.</p> <p>Derivación de los niños crónicos desde los boxes de atención, según</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

			<p>contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar rescate de los niños y niñas crónicos desde sala IRA, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de esquema primario completo de vacuna hexavalente en niños y niñas menores de 1 año.</p> <p>Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de la primera dosis de vacuna SPR al año de vida.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

			<p>Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de vacuna varicela a los 18 meses de edad.</p> <p>Rescate de pacientes desde RNI o de inscritos no vacunados.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTPa en primero básico.</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

			<p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas.</p> <p>Rescatar a los ausentes de clases el día de la vacunación.</p> <p>Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Conservar los beneficios obtenidos en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a enfermedad por virus papiloma humano (VPH) implementando estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna contra el VPH en niños y niñas que cursen cuarto año básico.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña</p> <p>Administración de primera dosis de vacuna contra el VPH a niños y niñas que cursan cuarto año básico.</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios, según contexto epidemiológico.</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

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

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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Gestionar agenda con relación a horas destinadas para visita domiciliaria integral, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>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.</p> <p>Realizar plan de cuidados integral y su seguimiento.</p>	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	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de	Enfermero(a) y TENS.

	educativas a los cuidadores de manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por presión (LPP) de los pacientes con dependencia severa.	familia, una atención integral en su domicilio, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS. Gestionar agenda con 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	Enfermero(a) y TENS.

			<p>correspondiente bloqueo de agenda.</p> <p>Identificar las necesidades de los cuidadores.</p> <p>Planificación de los talleres.</p> <p>Evaluar ejecución presencial o virtual, según contexto epidemiológico.</p> <p>Evaluar el aforo máximo de la sala en caso de presencial.</p> <p>Ejecución, seguimiento y evaluación.</p>	
Disminuir la discapacidad.	Proteger la salud mental del usuario, cuidador y/o de la familia a cargo de niños y niñas con dependencia severa.	<p>Otorgar al niño o niña con dependencia severa, herramientas de autocuidado que permitan fortalecer su salud mental.</p> <p>Otorgar al cuidador y/o familia responsable del niño o niña con dependencia severa, herramientas de autocuidado de su salud mental y autocuidado.</p>	<p>Ingreso de usuarios o familiares de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental que contemplen atención psicosocial individual y/o grupal.</p> <p>Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores. Coordinación de equipo de SM de sector, con equipo de dependencia severa, para derivaciones, retroalimentación, seguimiento de casos.</p> <p>Atenciones remotas con usuario y/o cuidadores.</p>	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,	<p>Evaluación integral por equipo de salud mental de APS.</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención</p>	Médico(a), Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales

		madres o tutores en su proceso de tratamiento, además de incorporar a otros profesionales de salud, contribuyendo a la integralidad de la 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.	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 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 de especialidad, para mejorar diagnósticos y tratamiento de casos, a través de la coordinación	Consultorías de psiquiatría infanto-juvenil con CDT, CRS y COSAM CEIF presentando casos de complejo abordaje. Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y Coordinadora

		<p>clínica y administrativa con nivel secundario.</p> <p>Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención.</p> <p>Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales.</p>	<p>de APS en espacios de consultoría y otros.</p> <p>Coordinación de casos complejos, para un mejor tránsito en la red.</p>	<p>de salud mental del Área de Salud.</p>
<p>Disminuir la morbilidad del grupo familiar.</p>	<p>Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.</p>	<p>Realizar estudios de familia, por equipo multidisciplinario de sector, asociadas al territorio de cada Centro de Salud.</p>	<p>Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia.</p>	<p>Equipo de salud en general.</p>
<p>Aumentar factores protectores para la salud mental.</p>	<p>Entregar herramientas para la prevención y promoción de la salud mental, en trabajo coordinado con el intersector orientados a Educación, para padres y/o profesores y/o alumnos, a través de la educación grupal.</p>	<p>Realizar un trabajo colaborativo con el intersector, específicamente Educación.</p> <p>Contribuir a entregar herramientas que aporten al proceso de crianza, relevando factores protectores.</p> <p>Contribuir a la entrega de herramientas que aporten a la visualización y práctica del buen trato entre géneros, habilidades sociales y autocuidado.</p>	<p>Talleres en Jardines Infantiles y colegios, dirigidos a alumnos, padres o tutores y/o profesores.</p>	<p>Psicólogo(a) y Asistente social, otros profesionales de salud</p>

<p>Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.</p>	<p>Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en el ámbito comunitario.</p>	<p>Difundir y abordar temáticas de salud mental, de interés comunitario, enfocada en grupo etario infancia como hiperactividad, prevención del maltrato infantil, entre otros.</p>	<p>Talleres en junta de vecinos y otros espacios comunitarios.</p> <p>Talleres en Centros de Salud, abiertos a la comunidad.</p> <p>Participación de equipos de salud mental en ferias de salud y otros eventos comunitarios.</p>	<p>Equipo de salud mental.</p>
---	---	--	---	--------------------------------

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.</p>	<p>Sensibilización de los equipos de salud, para otorgar una primera respuesta y orientación ante la pesquisa de maltrato y/o de abuso sexual infantil.</p>	<p>Brindar primera respuesta ante la pesquisa de indicadores de maltrato infantil y/o abuso sexual.</p> <p>Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección.</p>	<p>Evaluación inicial por equipo de salud mental.</p> <p>Realizar acciones para la suspensión de situaciones de vulneración de derechos, tales como denuncia, solicitud de medidas de protección.</p> <p>Seguimiento del caso, coordinar acciones de derivación si corresponde, visitas domiciliarias, reuniones con la red.</p> <p>Evaluar pertinencia de ingreso a programa de acompañamiento psicosocial.</p> <p>Capacitación en el tema a equipos de salud.</p>	<p>Equipo de salud en general con énfasis en equipo de salud mental, Médico(a), Psicólogo(a) y Asistente social.</p>

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
---------------------	-------------------------	-------------	---------------	----------------------

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación y prevención de enfermedades bucales más prevalentes, enfermedad de caries, periodontales y anomalías dentomaxilares.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar en población de 0 a 9 años	Ingreso y controles a programa CERO, categorización de riesgo determina periodicidad de controles, promoción, educación y guías anticipatorias.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Realizar tratamiento odontológico en menores de 10 años.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Brindar atención odontológica a niños menores de 10 años con énfasis en educación y prevención. Realizar tratamiento de lesiones de caries limitando el daño y devolviendo la función, tratamiento de enfermedades periodontales y derivación oportuna a atención secundaria a niños que presenten anomalías dentomaxilares según pertinencia.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	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 limitando el daño y devolviendo la función, tratamiento de enfermedades periodontales y derivación oportuna a atención secundaria a niños que presenten anomalías	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).

			dentomaxilares según pertinencia	
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Prevenir y controlar y realizar tratamiento de las enfermedades bucales más prevalentes en niños de 6 años.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	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 requieran, limitando el daño y devolviendo la función.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a niños que presentan dependencia severa.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	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. Fortalecer el Cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.	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 en el grupo etario de 10 a 19 años. Fortalecer la formación y mantenimiento de los consejos consultivos principalmente en los	Control integral de adolescentes entre 10 a 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.	Matrón(a), Enfermera(o), Médico(a), Nutricionista y Profesional psicosocial.

	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en la población adolescente.	centros de salud con espacios amigables.	<p>Consejería individual de manera presencial o remota de alcohol y drogas con énfasis en los adolescentes con riesgo.</p> <p>Consejería de manera presencial o remota sobre alimentación saludable y actividad física.</p> <p>Derivación a médico u otros profesionales del CES o CESFAM según pesquisa.</p> <p>Derivación a nivel secundario y terciario según pesquisa o necesidad alterada.</p>	
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.	<p>Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias en salas IRA y ERA.</p> <p>Realizar consejerías breves en control de salud integral de adolescentes con aplicación de ficha CLAP.</p>	Enfermera(o), Matrn(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.	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.	Enfermera(o) y Matrn(a).

		<p>Detectar gestantes con síntomas de depresión, según pauta de Edimburgo.</p>	<p>Aplicar pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.</p>	
<p>Obesidad adolescentes.</p>	<p>en</p> <p>Disminuir la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años.</p>	<p>Pesquisa de malnutrición por exceso en adolescentes.</p> <p>Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso en control de salud para adolescentes.</p>	<p>Control de salud nutricional para adolescentes.</p> <p>Consejerías individuales de manera presencial o remota en estilos de vida saludable.</p> <p>Derivación desde otros controles de salud a consulta nutricional.</p>	<p>Enfermera(o), Matrón(a), Nutricionista y Médico(a).</p>
<p>Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.</p>	<p>Incrementar y optimizar el tratamiento de adolescentes de 10 a 19 años asmáticos bajo control.</p>	<p>Realizar pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población adolescente con patología respiratoria crónica (asma bronquial).</p> <p>Ingreso y control al programa IRA, según clasificación y severidad.</p> <p>Realización de toma de signos vitales y oximetría de pulso del paciente antes de la consulta médica en sala IRA o box.</p> <p>Consejería individual de manera presencial o remota sobre enfermedades respiratorias, tabaquismo, reconocimiento de signos y síntomas, medidas del</p>	<p>Médico(a), Enfermera(o), Kinesiólogo(a) y TENS.</p>

			cuidado, técnica inhalatoria y utilización de la red asistencial.	
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. Consejería individual de manera presencial o remota sobre la enfermedad y medidas de prevención.	Médico(a), Enfermera(o), Kinesiólogo(a) y TENS.
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 adolescentes	en	Disminuir la mortalidad prematura por o asociada a Diabetes mellitus.	<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en Adolescentes.</p> <p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en adolescentes.</p>	<p>Ingreso y control a programa cardiovascular.</p> <p>Solicitud de exámenes de laboratorio.</p> <p>Solicitud de fondo de ojos.</p> <p>Consejería individual de manera presencial o remota sobre reconocimiento de signos y síntomas de descompensación y alimentación saludable.</p> <p>Control nutricional.</p> <p>Derivación a especialista, para compensación diabética.</p>	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	<p>Consejería en prevención de ITS/VIH con entrega de preservativos.</p> <p>Educación en uso del preservativo en actividades de promoción y prevención en salud de la comuna.</p>	Matrón(a).

		<p>Educación referente al uso del condón en adolescentes.</p> <p>Revisar y optimizar el protocolo existente en OMI para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva.</p>	Registro de consejerías realizadas en ficha clínica electrónica (OMI).	
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	Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta de morbilidad (ELISA o test	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años que lo soliciten espontáneamente o que consulten por morbilidad.	Matrón(a).

	través de consultas de morbilidad.	rápido) en personas de 14 a 24 años.		
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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>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).</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas.</p>	Enfermero(a) y TENS.

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

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Prolongar los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Incrementar la cobertura de vacunación.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>Administrar vacuna DTPa a adolescentes que cursen octavo año básico.</p> <p>Realizar vacunación extramural en colegios, en relación con el contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar consejería a padres que rechacen vacunas.</p> <p>Rescatar a usuarios ausentes de clases el día de la vacunación.</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>

			<p>Propiciar oportunidad de vacunación en el Centro de Salud más cercano a su domicilio o colegio.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	--	--	--	--

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 los adolescentes que sean portadores de enfermedades crónicas.	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.</p> <p>Administración de vacuna anti-influenza a los adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años.</p> <p>Derivación de los adolescentes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar rescate de los adolescentes crónicos desde sala IRA o del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente.</p>	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)
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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña</p> <p>Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.</p> <p>Administración de vacuna anti-influenza a las adolescentes independiente de la EG.</p> <p>Derivación desde el control prenatal a vacunación anti-influenza, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	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	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.

	aumentar la cobertura de vacuna DTPa en mujeres embarazadas desde las 28 semanas de EG.		<p>Administración de vacuna DTPa a las adolescentes con embarazo desde las 28 semanas de EG.</p> <p>Derivación desde el control prenatal a vacunación, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	---	--	---	--

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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Gestionar agenda con relación a horas destinadas para VDI.</p> <p>Atender en forma integral, considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa de acuerdo con sus necesidades biopsicosociales y las de su familia.</p> <p>Realizar plan de cuidados integral y seguimiento de este.</p>	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	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, al cuidador y a su familia, una atención integral en su domicilio, mejorando	Asegurar entrega de prestación de forma segura en el uso EPP y prevención de IAAS.	Enfermera(o) y TENS.

	manera tal de prevenir en lo máximo posible las lesiones por presión de los pacientes con dependencia severa.	la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Gestionar agendas con 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 con sus necesidades biopsicosociales y las de su familia. Ejecución, seguimiento y evaluación.	
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	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	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.	Equipos de salud.

	el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa.	recuperación y autonomía.	<p>Definir profesionales y horas destinadas para el correspondiente bloqueo de agenda.</p> <p>Identificar las necesidades de los cuidadores.</p> <p>Planificación de los talleres, evaluando si se realizan presenciales o remotos.</p> <p>Evaluar el aforo máximo de la sala en caso de ser presencial.</p> <p>Ejecución, seguimiento y evaluación.</p>	
Disminuir la discapacidad.	la Proteger la salud mental del cuidador y/o de la familia a cargo de usuarios con dependencia severa.	<p>Otorgar al adolescente o joven con dependencia severa, herramientas de autocuidado que permitan fortalecer su salud mental.</p> <p>Otorgar al cuidador y/o familia responsable del/a adolescente con dependencia severa, herramientas de autocuidado de su salud mental.</p>	<p>Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores.</p> <p>Ingreso de usuarios o familiares de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental que contemplen atención psicosocial individual y/o grupal.</p> <p>Coordinación de equipo de SM de sector, con equipo de dependencia severa, para derivaciones, retroalimentación, seguimiento de casos.</p> <p>Atenciones remotas con usuario y/o cuidadores.</p>	Equipo de salud mental.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en	Otorgar atención integral de salud mental	Brindar atenciones de salud mental a	Evaluación integral por equipo de salud mental de APS.	Médico(a), Psicólogo(a),

personas con enfermedad mental.	a adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años.	adolescentes y jóvenes que presenten trastornos mentales, involucrando a padres madres o tutores en su proceso de tratamiento	<p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular.</p> <p>Atención remota con usuarios y/o padres o tutores.</p> <p>Altas o derivación a especialidad según severidad del cuadro y evolución de éste.</p>	Asistente social y Otros profesionales del Centro de Salud.
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Entregar atención integral y oportuna a niños y niñas, a través de programas de apoyo como Programa Sename/mejor niñez (a red ambulatoria y residencial) y Programa de Acompañamiento Psicosocial a NNAJ a familias de alto riesgo psicosocial.	<p>Priorizar atenciones de salud de los niños y niñas pertenecientes a programas ambulatorios y residenciales de SENAME.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Seguimiento de casos, reuniones clínicas, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, coordinación comunitaria</p> <p>Equipos de programas de apoyo deben estar integrados a equipos de sector para un abordaje integral de casos.</p>	<p>Referentes de Convenios de Centros de Salud</p> <p>Equipos de Sector.</p>

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
---------------------	-------------------------	-------------	---------------	----------------------

<p>Relevar la importancia de factores protectores en personas para mejorar su salud mental.</p>	<p>Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en el ámbito comunitario.</p>	<p>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.</p>	<p>Talleres en junta de vecinos y otros espacios comunitarios.</p> <p>Talleres en Centros de Salud, abiertos a la comunidad.</p> <p>Participación de equipos de salud mental en ferias de salud y otros eventos comunitarios.</p>	<p>Equipo de salud mental.</p>
<p>Aumentar factores protectores para la salud mental.</p>	<p>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.</p>	<p>Realizar un trabajo colaborativo con el intersector, específicamente Educación.</p> <p>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.</p>	<p>Talleres temáticos preventivos en Establecimientos Educativos.</p> <p>Tamizaje de alcohol y drogas.</p>	<p>Psicólogo(a), Asistente social y Otros profesionales de los Centros.</p>

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

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

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.</p>	<p>Otorgar atención integral a jóvenes y adolescentes en prevención y tratamiento de consumo de alcohol y drogas.</p>	<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas de consumo problemático de alcohol y drogas.</p> <p>Entregar herramientas para la prevención en consumo, con jóvenes y adolescentes, de forma individual, grupal y aplicación de instrumentos de detección.</p>	<p>Evaluación integral por equipo de salud mental de APS.</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular.</p> <p>Talleres de prevención en consumo de drogas y alcohol en Establecimientos Educativos.</p>	<p>Psicólogo(a), Médico(a) y Asistente social.</p>

		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.	Aplicar instrumentos de detección de consumo de alcohol y drogas (CRAFFT, AUDIT, ASSIST). Derivación a nivel secundario según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.	
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. 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.	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. 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.	Psicólogo(a), Médico(a) y Asistente social, Equipo de salud mental

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
---------------------	-------------------------	-------------	---------------	----------------------

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

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 con relación a la violencia de género.	Contribuir a la entrega de herramientas que aporten a la visualización y prevención de la violencia de género, como por ejemplo violencia en el pololeo.	Talleres en Centros de Salud, Establecimientos Educativos y otros espacios comunitarios.	Equipo psicosocial.
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 por infecciones respiratorias agudas en la población. <u>del grupo familiar</u>	Realizar evaluación integral de riesgo familiar, orientado a generar acciones de trabajo para potenciar el desarrollo de las familias.	Aumentar el porcentaje de auditorías a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía.	Evaluación del riesgo familiar, utilizando protocolo OMI de familia. Realizar auditorías en domicilio de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Equipo de salud en general.

	Aumentar la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades respiratorias agudas.			
--	---	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación y prevención de enfermedades bucales más prevalentes, enfermedad de caries, periodontales y anomalías dentomaxilares.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar.	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Protección y recuperación de la salud bucodental del adolescente.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico a adolescentes 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 adolescente perteneciente al programa de salud cardiovascular.	Atención odontológica de adolescentes derivados desde el programa de salud cardiovascular.	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población.	Prevenir la morbimortalidad de enfermedades asociadas al uso del tabaco en adolescentes.	Retardar el inicio 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.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	Atención odontológica a adolescentes con dependencia severa en domicilio realizada por equipo territorial, educación, prevención específica y tratamiento de condiciones que generen disconfort 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.	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).

	La atención odontológica de la embarazada corresponde a una GES (salud oral integral de la embarazada).			
--	---	--	--	--

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 atenciones otorgadas a través de la Estrategia Centrada en la Persona 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 EMP en personas entre 20-64 años 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.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista, Matrón(a) y TENS.

			Capacitar a funcionarios en la realización del EMP.	
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y aumentar las personas que realizan actividad física	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.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de vesícula.	Indicar ecografías abdominales en aquellos usuarios y usuarias que presenten un cuadro clínico sugerente de colelitiasis Determinar estrategias que permitan el rescate oportuno de estos usuarios con derivación pertinente.	Aumentar la detección temprana de colelitiasis 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 colelitiasis entre estas edades, para confirmación GES y resolución oportuna.	Médico(a), Administrativo(a), tecnólogo (a) médico, radiólogo(a)

Reducir la tasa de mortalidad por cáncer gástrico.	Indicar endoscopías digestivas altas en aquellos usuarios y usuarias que presentas 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, 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).
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 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	Aumentar la detección temprana de cáncer de pulmón según cuadro	Solicitud de interconsulta priorizada a Servicio de Enfermedades	Médico(a) y Administrativo(a).

	radiografía de tórax en la que se sugiera la presencia de una lesión cancerígena para valoración de especialista.	clínico, antecedentes patológicos familiares y hábitos desde los 15 años.	Respiratorias para valoración con especialista.	

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares como accidente cerebrovascular (ACV) o infarto agudo al miocardio (IAM).	Establecer un sistema de notificación entre el hospital, la coordinación de salud del adulto y personas mayores comunal y el establecimiento de APS donde está inscrito el usuario(a) 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.	Protocolizar agendamiento de usuarios derivados a Centro de Salud por Egreso hospitalario. Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM, idealmente bajo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona.	Profesional Gestor de Casos, 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 y clasificar según etapa de 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. Priorizar el uso de fármacos nefroprotectores en el programa de salud cardiovascular en usuarios con ERC. Derivar de forma oportuna y pertinente a nivel secundario	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

			para valoración con especialista en prevención de ERC.	
Disminuir la morbimortalidad asociada a diabetes mellitus.	Realizar examen y aplicación del protocolo de pie diabético al menos anual y categorización de riesgo de ulceración de pie de los usuarios con diagnóstico 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 con las Orientaciones Técnicas (OOTT) del MINSAL vigente.	Médico(a) y Enfermero(a).
Disminuir la morbimortalidad asociada a diabetes mellitus.	Realizar derivación para Fondo de Ojo, al menos cada 2 años según riesgo	Disminuir la incidencia de complicaciones visuales por retinopatía diabética	Solicitud de interconsulta a UAPO para realización de Fondo de Ojo, al menos cada 2 años según riesgo. Solicitud de interconsulta desde UAPO a nivel hospitalario en caso de requerir manejo intervencional	Médico(a), enfermero(a), nutricionista, tecnólogo médico(a), oftalmólogo(a)
Disminuir la morbimortalidad por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la pesquisa de diabetes mellitus tipo 2 mediante la realización de EMP.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20 a 64 años que se les realiza un diagnóstico reciente de esta patología	Programar horas de ingreso cardiovascular para absorber posibles derivaciones tras diagnóstico a través de realización de EMP y reingresos en caso de abandonos.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrn(a) y TENS.
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. Aumentar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.

Disminuir la morbimortalidad por Hipertensión Arterial (HTA)	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 y reingresos en caso de abandonos.	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Médico(a), Nutricionista, Matrn(a) y TENS.
Disminuir la morbimortalidad por Hipertensión Arterial (HTA)	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. Aumentar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista.
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.	Enfermero(a) y TENS.

			<p>Capacitación a las enfermeras de apoyo clínico en relación con el uso de AATT.</p> <p>Capacitación personalizada a usuarios en relación con el uso de AATT.</p> <p>Seguimiento y evaluación.</p>	

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 mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos entre 20-64 años por neumonía en el hogar.	Kinesiólogo(a).
Disminuir la morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar el acceso y oportunidad de diagnóstico de usuarios con patología respiratoria	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 morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar la proporción de usuarios compensados con patología respiratoria crónica.	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica bajo control de 20 a 64 años.	<p>Evaluar nivel de control de patología respiratoria crónica.</p> <p>Optimizar el tratamiento crónico de asmáticos de 20 a 64 años bajo control en programa ERA.</p> <p>Mejorar el registro clínico del estado de compensación del usuario.</p>	Kinesiólogo(a) y Médico(a).

			Establecer flujos de atención oportuna de exacerbaciones agudas en la población bajo control.	
Disminuir la morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar cobertura del programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Kinesiólogo(a). TENS, Administrativo(a)

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades por medio de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)	Relevar el enfoque integral y biopsicosocial desde el modelo de salud familiar.	<p>Capacitar a funcionarios de los Establecimientos en la Estrategia Centrada en la Persona (ECICEP) e implementar ECICEP en los Centros.</p> <p>Realizar ingresos de usuarios a ECICEP con plan de cuidado integral consensuado, por médico, otro profesional o en dupla según riesgo de cada usuario.</p> <p>Realizar controles integrales según la estratificación de riesgo de cada usuario(a).</p> <p>Realizar gestión de caso a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona</p> <p>Realizar Seguimiento a distancia a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a</p>	Medico(a), Enfermero(a), Nutricionista, Químico-Farmacéuticos (as), Psicólogos (as), Kinesiólogos (as), Trabajadores Sociales y TENS.

			cuidado integral centrado en la persona	
--	--	--	---	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
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 Matrán(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 con orientación técnica Chile Crece Contigo).	Matrán(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	Monitorizar la asistencia a control con	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Nutricionista .

	gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	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.		
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	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido, dentro de los 10 días de vida.	Matrón(a).

		del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río para promover control precoz postparto en APS.		
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.	Consejería en salud sexual y reproductiva. Registro OMI de consejerías en salud sexual y reproductiva.	Matrón(a).

		Revisar y optimizar el protocolo existente en OMI para registro de consejerías en salud sexual y reproductiva.		
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 con 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	Aumentar la oferta y derivación a examen VIH desde consulta	Realizar examen de VIH (ELISA o test rápido de VIH) en personas de 25-64 años.	Matrón(a).

	por demanda espontánea y por morbilidad.	morbilidad (ELISA o test rápido) en personas de 25 a 64 años.		
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.	Enfermera(o) y TENS.

			<p>Administración de vacuna anti-influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.</p> <p>Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	--	--	--	--

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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de vacuna hepatitis A, a población entre 20 y 40 años con VIH positivo.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	Enfermera(a) y TENS.
Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	Realizar prevención en el desarrollo de complicaciones asociadas a influenza implementando	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.	Enfermera(o) y TENS.

	<p>estrategias que permitan aumentar la cobertura de vacuna anti-influenza en mujeres embarazadas independientes de las semanas de edad gestacional.</p>		<p>Evaluar y gestionar la autorización financiera del recurso humano asignado a la campaña.</p> <p>Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.</p> <p>Administración de vacuna anti-influenza a las mujeres adultas embarazadas independiente de las semanas de edad gestacional.</p> <p>Derivación desde control prenatal a vacunación anti-influenza, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
--	--	--	--	--

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
<p>Mantener los logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.</p>	<p>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.</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</p>	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Administración de vacuna DTPa a las mujeres adultas embarazadas desde las 28 semanas de edad gestacional.</p> <p>Derivación desde control prenatal a vacunación DTPa, según contexto epidemiológico existente.</p>	<p>Enfermera(o) y TENS.</p>

			Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.	
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 con 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. Realizar plan de cuidados integral y su seguimiento.	Enfermera(o) y Equipo de salud.

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	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 con horas destinadas para visita domiciliaria integral. Atender en forma integral considerando el estado de salud de	Enfermera(o) y Equipo de salud.

		recuperación y autonomía.	la persona en situación de dependencia severa, según sus las necesidades biopsicosociales y las de su familia. Ejecución, seguimiento y evaluación.	
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.

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

			Realizar acciones de seguimiento y acompañamiento del caso.	
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.	<p>Evaluación integral por equipo de salud mental de APS.</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular.</p> <p>Altas o derivación según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.</p>	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.	<p>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.</p> <p>Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención.</p>	<p>Consultorías de psiquiatría adultos con CRS, CDT y COSAM CEIF, presentando casos de complejo abordaje.</p> <p>Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental APS en espacios de consultoría y otros.</p> <p>Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.</p>	Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y Coordinador a de salud mental de Área de Salud.

		Garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales.		
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Otorgar atención integral a adultos en prevención de consumo de alcohol y drogas.	<p>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</p> <p>Brindar atención integral y oportuna a adultos de 25 a 64 años, con problemas de consumo en riesgo y problemático de alcohol y drogas.</p>	<p>Talleres de prevención de consumo de drogas y alcohol en juntas de vecinos y otros espacios comunitarios.</p> <p>Aplicar instrumentos de detección de consumo de alcohol y drogas (AUDIT y ASSIST), realizando intervenciones breves y derivaciones asistidas según corresponda.</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental biopsicosocial que contemplen atención individual, familiar, grupal, de acuerdo con tratamiento.</p> <p>Derivación a nivel secundario según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.</p>	Equipo biopsicosocial y TENS (aplicación de tamizaje).

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.	Evaluar el riesgo familiar, identificando factores de riesgo y protectores	Realizar estudio de familia, 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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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).	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del	Tratamiento odontológico de adultos mayores de 20 años.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios	Consulta de Morbilidad odontológica en adultos, incluye anamnesis, examen de salud oral,	Odontólogo(a), TONS y

curso de vida con enfoque de equidad en salud.		de salud bucal a lo largo del curso de vida	hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas	Administrativo (a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación y 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.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en personas con diabetes en control del PSCV de 20 a 64 años.	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 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.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	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 y prevención y tratamiento odontológico integral a adultos de 60 años.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	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	Odontólogo(a), TONS y Administrativo (a).

			y atención odontológica por equipo de especialistas multidisciplinario.	
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.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a mujeres mayores de 50 años que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa más sonrisas para Chile en CEP San Lázaro, las usuarias son derivadas desde oficinas sociales (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.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a hombres mayores de 50 años que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa odontológico integral hombres en CEP San Lázaro, los usuarios son derivados desde oficinas sociales y 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 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 en relación con la	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.

	prevalencia esperada de HTA a nivel nacional.			
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 con 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 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).
Disminuir la morbimortalidad prematura asociada a malnutrición en personas mayores	Contribuir al estado de salud nutricional óptimo en personas mayores	Fomentar la alimentación saludable en personas mayores	Consulta Nutricional en población de Personas Mayores con Dg de Malnutrición por exceso.	Nutricionista , TENS
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	Incorporar la difusión de los productos del programa de alimentación	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Entrega de productos del PACAM a personas mayores de 70 años, monitorear su entrega y pesquisar adultos mayores que no lo retiran,	Enfermero(a) y Nutricionista .

	<p>complementario del adulto mayor (PACAM) en las ferias de salud u otras actividades comunitarias.</p> <p>Conocer los impedimentos en el retiro de los productos PACAM y poder diseñar estrategias para su entrega.</p>		<p>con el fin de consultar y conocer los motivos por los cuales no lo hacen.</p> <p>Entrega de PACAM en domicilio</p> <p>Exponer en ferias de salud opciones de recetas con los productos PACAM.</p>	
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	<p>Desarrollar estrategias enfocadas en el rescate de pacientes, seguimiento, y en la capacitación sensibilización de los funcionarios en la realización del examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).</p>	<p>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).</p>	<p>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).</p> <p>Hacer seguimiento de la derivación realizada verificando que se aborden los problemas pesquisados.</p> <p>Capacitar a funcionarios en la realización del EMPAM.</p>	<p>Kinesiólogo(a), Matrón(a), Médico(a) y Enfermera(o).</p>
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.	<p>Reforzar la realización de un plan de cuidados consensuado para el paciente evaluado y su posterior control.</p>	<p>Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de salud (EMPAM).</p>	<p>Capacitar a los funcionarios en la correcta aplicación del EMPAM y en la importancia del seguimiento posterior.</p> <p>Derivación de usuarios al programa más adultos mayores autovalentes, CCR, Salud Mental u otras</p>	<p>Kinesiólogo(a), Enfermero(a)) y Médico(a).</p>

			<p>prestaciones según problemas detectados.</p> <p>Realizar control de seguimiento del Plan de Atención Integral resultante del EMPAM, a personas de 65 años y más que hayan resultado con clasificación de autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia en el EMPAM, dentro de los primeros 6 meses de realizado el EMPAM.</p>	
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.	<p>Difundir los objetivos y criterios de inclusión en los Centros de Salud por parte de los equipos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Equipos de salud y Equipos del programa más adultos mayores autovalentes.
Reducir la Polifarmacia de las personas adultas mayores.	Fomentar la participación de Químicos Farmacéuticos en los Equipos de Salud para realización de Servicios Farmacéuticos	Brindar el recurso humano, espacio físico y herramientas para brindar Atenciones Farmacéuticas en los Centros de Salud.	Cumplir indicadores relativos a las Atenciones Farmacéuticas propuestos por la Coordinación. Participar activamente con la comunidad y sus necesidades.	Químicos Farmacéuticos

	Profesionales a las Personas Mayores en post de optimizar las terapias prescritas.		Trabajar en conjunto con el Equipo de Salud.	
--	--	--	--	--

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, la coordinación de salud del adulto y adulto mayor comunal y el establecimiento de APS donde está inscrito el usuario(a) 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.	Protocolizar agendamiento de usuarios derivados a Centro de Salud por Egreso hospitalario. Gestión de horas en el corto plazo para los pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM, idealmente bajo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona.	Profesional Gestor de Caso, Jefatura de sector y Administrativo(a).
Reducir la prevalencia y progresión de enfermedad renal crónica (ERC).	Realizar tamizaje según indicación de guías clínicas a población en riesgo de ERC y clasificar según etapa de 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. Priorizar el uso de fármacos nefroprotectores en el programa de salud cardiovascular en usuarios con ERC.	Médico(a), Enfermero(a) y Nutricionista .

Aumentar la calidad de vida de usuarios con cáncer, dolor crónico o dependencia	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 morbimortalidad asociada a diabetes mellitus.	Realizar examen y aplicación del protocolo de pie diabético al menos anual y categorización de riesgo de ulceración de pie de los usuarios con diagnóstico 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 mayor a 65 años con diabetes y elaboración plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo con las Orientaciones Técnicas del MINSAL vigente.	Médico(a) y Enfermero(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 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.
Disminuir la morbimortalidad asociada a diabetes mellitus.	Realizar derivación para Fondo de Ojo, al menos cada 2 años según riesgo	Disminuir la incidencia de complicaciones visuales por retinopatía diabética	Solicitud de interconsulta a UAPO para realización de Fondo de Ojo, al menos cada 2 años según riesgo. Solicitud de interconsulta desde UAPO a nivel hospitalario en caso de requerir manejo intervencional.	Médico(a), enfermero(a), nutricionista, tecnólogo médico(a), oftalmólogo(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 cardiovascular en relación con la prevalencia esperada de HTA a nivel nacional.	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 .
Disminuir la morbimortalidad 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, Matron(a) y TENS.
Disminuir la morbimortalidad por (asociada a) diabetes mellitus.	Aumentar la proporción de usuarios con diagnóstico de DM2 compensados en control en el programa de salud cardiovascular considerando el valor de hemoglobina glicosilada para aquellos que tienen más de 80 años.	Aumentar la cobertura de tratamiento no farmacológico y farmacológico de diabetes en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 65 años y más. Mejorar el acceso a las horas de control del programa de salud cardiovascular.,	Kinesiólogo(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matron(a) y TENS.

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

por infecciones respiratorias agudas.	neumonía en personas a partir de los 65 años de edad en el hogar.	mortalidad por neumonía en domicilio.		
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Mejorar la 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). TENS, Administrativo(a)
Disminuir la morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar el acceso y oportunidad de diagnóstico de usuarios con patología respiratoria	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más con diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en APS.	Kinesiólogo(a), TENS, Administrativo(a) y Médico(a).
Disminuir la morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar la proporción de usuarios compensados con patología respiratoria crónica.	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica bajo control mayores a 65 años.	Optimizar el tratamiento crónico de asma y EPOC en usuarios de 65 años y más bajo control en el 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.	Médico (a), Kinesiólogo(a). TENS,

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.	Enfermero(a) y TENS.

			<p>Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención.</p> <p>Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
<p>Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades por medio de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)</p>	<p>Relevar el enfoque integral y biopsicosocial desde el modelo de salud familiar.</p>	<p>Capacitar a funcionarios de los Establecimientos en la Estrategia Centrada en la Persona (ECICEP) e implementar ECICEP en los Centros.</p> <p>Realizar ingresos de usuarios de 65 años y más a ECICEP con plan de cuidado integral consensuado, por médico, otro profesional o en dupla según riesgo de cada usuario.</p> <p>Realizar controles integrales según la estratificación de riesgo de cada usuario(a).</p> <p>Realizar Gestión de caso a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona</p> <p>Realizar Seguimiento a distancia a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a</p>	<p>Medico(a), Enfermero(a), , Nutricionista, Químico- Farmacéuticos (as), Psicólogos (as), Kinesiólogos (as), Trabajadores Sociales y TENS.</p>

			cuidado integral centrado en la persona	
Aumentar calidad de vida de las personas mayores	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas, utilizando recursos de la Red	Incorporar en esquemas de cuidado integral de personas mayores de los centros de APS, la atención por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital	Médico(a), Químico-Farmacéuticos (as), Psicólogos (as)
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	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.	Enfermera(o) y TENS.

	enfermedades crónicas de 65 y más.		<p>Iniciar oportunamente la difusión de inicio de campaña.</p> <p>Administración de vacuna anti-influenza a los adultos mayores con enfermedades crónicas.</p> <p>Derivación de pacientes crónicos desde los boxes de atención, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Realizar rescate de pacientes desde sala ERA y del programa cardiovascular, según contexto epidemiológico existente.</p> <p>Notificación oportuna de EPRO y su plan de mejora según corresponda.</p>	
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 potenciando su recuperación y autonomía.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Gestionar agenda en relación con horas destinadas para visita domiciliaria integral.</p> <p>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.</p>	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.	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Gestionar agenda en relación con horas destinadas para visita domiciliaria integral.</p> <p>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.</p> <p>Ejecución, seguimiento y evaluación.</p>	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	<p>Asegurar entrega de prestación de forma segura en el contexto de COVID-19 en el uso EPP y prevención de IAAS.</p> <p>Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación del plan de cuidados al cuidador.</p>	Enfermera(o).

		vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.		
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 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.	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.	Equipo de salud.

			<p>Identificar las necesidades de los cuidadores. Planificación de los talleres.</p> <p>Evaluar modalidad presencial o remota, según contexto epidemiológico existente, y evaluar el aforo máximo de la sala en caso de modalidad presencial.</p> <p>Ejecución, seguimiento y evaluación.</p>	
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.	<p>Evaluación integral por equipo de salud mental de APS.</p> <p>Ingreso a prestaciones de salud mental que contemplen atención individual, grupal, familiar, psicológica, social y médica, según la necesidad de cada usuario en particular.</p> <p>Atenciones remotas a usuario/a si lo requiere.</p> <p>Altas o derivación según amerite la severidad del cuadro y evolución de éste.</p>	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.	<p>Profesionales de salud mental integrados en taller de cuidadores.</p> <p>Ingreso de usuarios con dependencia severa a prestaciones de salud mental, a través de visitas domiciliarias.</p>	Equipo de salud mental.

		Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con dependencia severa, sus cuidadores y/o familiares.	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.	
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 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.	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 y grupal, de acuerdo con plan de intervención.	Equipo de Salud Mental y TENS.
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida.	Visibilizar las situaciones de violencia intrafamiliar y de género, buscando	Contribuir a suspender situaciones de violencia de género e intrafamiliar	Evaluación psicosocial integral por equipo de salud mental.	Equipo psicosocial. Equipos de Sector

	<p>estrategias para el apoyo de la familia, orientado a extinguir dicha situación.</p> <p>Realizar pesquisa precoz y primera respuesta de indicadores de violencia</p> <p>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.</p>	<p>en personas mayores de 65 años.</p> <p>Generar redes orientadas a suspender la situación de vulneración de derechos y coordinar acciones de protección y reparación.</p>	<p>Otorgar primera respuesta a casos detectados de complejidad moderada a severa.</p> <p>Judicialización de casos de riesgo y constitutivos de delito.</p> <p>Realizar acciones de seguimiento y acompañamiento del caso.</p> <p>Capacitación a equipo de salud</p>	
<p>Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.</p>	<p>Potenciar la capacidad resolutiva 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.</p>	<p>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.</p> <p>Mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención</p> <p>Garantizar la continuidad de cuidados</p>	<p>Consultorías de psiquiatría adultos con CRS, CDT y COSAM CEIF, presentando casos de complejo abordaje.</p> <p>Capacitación y transferencia técnica a equipos de salud mental de APS en espacios de consultoría y otros.</p> <p>Coordinación de casos complejos entre APS y nivel secundario para un mejor tránsito en la red.</p>	<p>Equipos de salud mental de APS, Equipos de salud mental de nivel secundario y Coordinador a de salud mental de Área de Salud.</p>

		de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales.		
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.	Evaluar el riesgo familiar, identificando factores de riesgo y protectores	Realizar estudio de familia, utilizando protocolo OMI de Familia.	Equipo de salud en general.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Brindar tratamiento oportuno en APS a las urgencias odontológicas que se presenten en personas 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 las personas 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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Tratamiento odontológico de personas mayores.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad odontológica en personas mayores, incluye anamnesis, examen de salud oral, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas	Odontólogo(a), TONS y Administrativo(a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico a personas 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 de las personas mayores pertenecientes al programa de salud cardiovascular.	Atención odontológica de personas mayores derivadas 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 personas mayores.	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en personas mayores.	Realizar consejerías breves antitabaco a todas las personas mayores que ingresan a tratamiento odontológico.	Odontólogo(a).
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico en domicilio a personas mayores que presentan dependencia severa.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	Atención odontológica a personas 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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a mujeres mayores que requieran rehabilitación protésica.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a mujeres 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 el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Promoción, educación, prevención y tratamiento odontológico integral a hombres mayores que requieran rehabilitación protésica.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención odontológica integral y entrega de kit de higiene oral a hombres mayores que requieran rehabilitación protésica. Ingreso a programa Odontológico integral hombres 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	Proveer localmente en cada CES/CESFAM un espacio para la rehabilitación de	Los usuarios que requieran de esta rehabilitación pueden obtener esta prestación y	Sesiones locales de rehabilitación post COVID-19.	Terapeuta Ocupacional y/o

convalecencia COVID-19.	post	personas con convalecencia COVID-19.	con post	todas las otras prestaciones que conforman la rehabilitación integral, en un solo lugar, sin tener que desplazarse a distintas ubicaciones.		Kinesiólogo(a).
Inclusión de rehabilitación de personas con discapacidad.	de a con	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.	Coordinador es 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.	de a con	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)
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco.	Potenciar la asociación y participación comunitaria en salud. Difusión de actividades desde las estrategias	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias.	Funcionarios de salud corporativos.

	comunitarias (consejos de usuarios y comisiones mixtas).			
--	--	--	--	--

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 2022-2024	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 con 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.

Problema priorizado	Lineamiento estratégico	Objetivo(s)	Actividad(es)	Recurso(s) humano(s)
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar operativos de pesquisa extramural que apunten a la población de mayor riesgo de contagio, como población privada de libertad (PPL)	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 casos presuntivos de tuberculosis (CPT) en la población privada de libertad (PPL).	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Realizar operativos de pesquisa extramural que apunten a la población de mayor riesgo de contagio.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación para generar actividades de pesquisa extramural de casos presuntivos de TBC en personas mayores, migrantes, situación de calle, personas con dependencia de	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.

			alcohol y/o drogas, pueblos indígenas.	
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.	Aumentar el índice de pesquisa enfocados en los casos presuntivos de tuberculosis (CPT).	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	<p>Capacitación continua a los equipos de salud en criterios diagnósticos y estudio de TBC</p> <p>Aumentar la sospecha diagnóstica de TBC en los establecimientos de salud en aquellos cumplan con definición de CPT y solicitar examen correspondiente.</p> <p>Realizar la toma de Baciloscopía (BK) en SAPU/SAR entregando oportunidad aquel grupo poblacional que consulta principalmente estos servicios.</p>	Médico(a), Enfermero(a), Nutricionista, Matrn(a), TENS, Administrativo(a), Asistente social y Psicólogo(a).
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.	<p>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.</p> <p>Fortalecer los equipos técnicos de tuberculosis en APS, incluyendo la actualización continua.</p>	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Aumentar cobertura de quimioprofilaxis en contactos menores de 15 años	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Realizar estudio de contactos de casos índices con bacteriología positiva (Baciloscopía, PCR o cultivo) y derivación oportuna de contactos menores de 15 años a referente de Tuberculosis Hospitalario	Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.

<p>Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.</p>	<p>Entrega de fármacos en etapa primaria en APS, mejorando el acceso y evitando la interrupción del tratamiento.</p>	<p>Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.</p>	<p>Realizar el censo mensual de la necesidad de fármacos mensuales.</p> <p>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.</p> <p>Creación de un flujo de retiro de fármacos de tuberculosis.</p>	<p>Enfermero(a), Médico(a), TENS, Integrantes del equipo de TBC y Químico farmacéutico.</p>
<p>Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.</p>	<p>Realizar controles periódicos y de calidad a los usuarios diagnosticados con tuberculosis.</p>	<p>Lograr un 90 % de altas en las cohortes de tratamiento.</p>	<p>Aplicar el score de riesgo y medidas para prevenir el abandono en los controles.</p> <p>Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica).</p> <p>Control mensual de enfermería en los casos de tratamiento (norma técnica).</p> <p>Visita domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento.</p> <p>Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento</p>	<p>Enfermero(a), Médico(a), TENS e Integrantes del equipo de TBC.</p>

<p>Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.</p>	<p>Realizar rescate oportuno a pacientes.</p>	<p>Lograr una pérdida de seguimiento (abandono) menor al 5%.</p>	<p>Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera</p>	<p>Enfermero(a) y TENS.</p>
---	---	--	--	-----------------------------

CONTROL DE GESTIÓN: AGENDAMIENTO, INTELIGENCIA EN SALUD Y TELEASISTENCIA

SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD.

La relevancia del capital de información en una organización se intensifica cada vez más. Esta información es esencial para comprender los procesos internos que nos conducen al cumplimiento de los objetivos organizacionales y para optimizar el servicio que brindamos a nuestros usuarios. Por esta razón, es vital gestionar y fundamentar nuestras decisiones en datos precisos y diseñados específicamente para los distintos niveles de la organización. Esta es la manera más efectiva de traducir nuestra estrategia corporativa en acciones operativas.

Es crucial tener en cuenta la normativa vigente de licitación pública al contratar servicios. Esta nos presenta nuevos escenarios en los que no siempre podremos garantizar la continuidad de un software, incluso si se considera crítico para nuestra operación y la prestación de servicios de salud en la comuna. Esta realidad nos empuja a considerar modelos de información más flexibles y adaptativos, con ciclos de vida más cortos en términos de continuidad y garantías que las bases de datos que de esos softwares emanen estén bajo la gobernanza y custodia de nuestra comuna.

Este año, dedicaremos nuestros esfuerzos a los sistemas de información actuales de la comuna. Nuestro propósito es producir datos a partir de tres grandes áreas, todas orientadas a mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios de la red corporativa de APS en la comuna de Puente Alto.

Para que la implementación del proyecto sea un éxito, es esencial enfocarnos en los siguientes ejes principales:

- **Equipo calificado:** Un equipo multidisciplinario encargado de gestionar el capital informativo es fundamental. Se recomienda una integración de profesionales clínicos e ingenieros de datos.
- **Fundamento estratégico:** Es esencial para utilizar la información de manera responsable y ética.
- **Calidad del registro:** En algunos casos, la calidad y la falta de normalización de los registros afectan nuestra capacidad para representar a los usuarios en su contexto real.
- **Infraestructura tecnológica:** Esto incluye servidores de bases de datos, licencias de software y equipamiento para análisis de datos, entre otros aspectos.
- **Alianzas estratégicas con representantes del sector de ciencia de datos y aprendizaje automático,** que permitan acortar la curva de aprendizaje del equipo y contribuyan a instalar las capacidades de forma local.

PROYECTO DE TELESALUD EN VISTA HERMOSA

En el mundo actual, los cambios socioeconómicos y demográficos demandan a los sistemas sanitarios la incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de atención en salud, que permitan responder a la demanda de atención relacionado con el envejecimiento de la población, el aumento de la movilidad de los ciudadanos o la mayor concentración poblacional, entre otros.

La Telesalud, como estrategia de salud, ha sido incluida en los lineamientos de la OMS, en su 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que insta a los Estados Miembros a que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo, para concebir e implantar servicios de ciber salud en los distintos ámbitos del sector de la salud; en este contexto, nuestro país asume el reto de mejorar los indicadores y condiciones de salud de la población en el próximo decenio 2011 – 2020.

La estrategia de Telesalud desarrollada como un proceso clínico, se convierte en una estrategia que permite disminuir brechas de atención y cuidados para las personas. Esta estrategia apunta a mejorar el acceso y oportunidad a prestaciones de salud, debe ser desarrollada bajo la lógica del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según lo dicta el Programa Nacional de Telesalud dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El estado de la Telesalud en Chile tiene una data desde 2005 con variadas estrategias enfocadas fundamentalmente a Telemedicina, con un mayor desarrollo en la implementación de Procesos Clínicos y/o de Tecnologías como por ejemplo Tele – Electrocardiograma y Salud Responde en uso desde el año 2005 hasta Telemedicina en la Red de Gran Quemado iniciada en el año 2017.

En el interés de mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias de la Red de Centros de Salud Corporativa y contar con herramientas que faciliten la gestión de la demanda de atención en salud, el CESFAM Vista Hermosa dependiente del Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), realizan en conjunto las acciones para implementar la estrategia de Telesalud como Centro de Salud piloto.

La implementación de la estrategia de Telesalud en el Cesfam Vista Hermosa, permitirá a los equipos locales desarrollar nuevas habilidades, mejorar la capacidad de trabajo colectiva y adoptar tecnologías de la información como herramientas que permitan realizar gestión asincrónica de la demanda de la población beneficiaria en la Atención Primaria de Salud de Puente Alto, priorizando las necesidades de salud de los usuarios bajo criterios clínicos, durante el año 2024 se impulsará la implementación de los demás centros de la red de salud de Puente Alto.

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Durante el año 2023 la Unidad de Calidad siguió reafirmando su modelo de gestión y fortaleciendo y aportando acciones en cada uno de los pilares fundamentales que lo sustentan. Seguimos fomentando la consolidación de nuestro modelo, a través de un trabajo colaborativo con otras unidades 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.



Concretizamos el fortalecimiento de nuestro pilar de gestión de procesos con la incorporación de la asesoría comunal de una profesional enfermera en el desarrollo del Plan de Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y en el levantamiento de procesos de gestión clínica con énfasis en los procedimientos de enfermería.

También se incorporó una segunda profesional enfermera a fortalecer el pilar de la gestión del riesgo, incorporando a la vigilancia pasiva de la notificación de eventos adversos y centinelas, la vigilancia activa a través de las auditorías de calidad, lo que genera una visión más preventiva sobre los procesos y que nos permite antepoarnos al daño.

OBJETIVOS DE GESTIÓN PARA EL AÑO 2024

Los desafíos planteados para el año 2024 estarán dirigidos a integrar la gestión de riesgo y la gestión de procesos hacia una mirada más unificada que nos permita avanzar hacia planes de mejora más efectivos, que mejoren nuestros procesos asistenciales y permitan asegurar una atención de salud segura y de calidad tanto para nuestros usuarios/as como para nuestros equipos de salud.

Seguiremos avanzando en los procesos de acreditación de los establecimientos de salud de la Red Corporativa y de la normalización de las autorizaciones sanitarias pendientes, dando cumplimiento a los plazos establecidos por la autoridad sanitaria y al cumplimiento de la regulación vigente.

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 antepoarnos a los daños.

Gestión de Riesgos: seguiremos gestionando la vigilancia pasiva de eventos adversos, con la consolidación de informes cuatrimestrales, que serán presentados a equipo directivo y encargados de eventos adversos locales, con el fin de evidenciar la problemática a nivel general y local, revisar brechas de gestión e integrar de manera activa la gestión local, capacitación de equipos e información hacia los usuarios.

Se amplía a la gestión de riesgo el ámbito de vigilancia activa, a través de la aplicación de auditorías de calidad en temas y procesos considerados como relevantes de ser vigilados de manera sistemática, que permita un adecuado diagnóstico del estado de funcionamiento de procesos clínicos y administrativos, siendo estos definidos en conjunto con equipo técnico de coordinadores. Se espera finalmente que sea un aporte para la mejora continua en el trabajo de clínicos y gestores.

Gestión Regulatoria: seguiremos dando 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 continuara 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.

Seguiremos fomentando la estandarización de procesos, documentar, formalizar y difundir las directrices técnicas desde la Dirección de Salud facilitando la implementación de estos en los distintos establecimientos o servicios, mejorando continuamente la organización de la documentación digital en la plataforma corporativa.

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

1. Gestión por Procesos

Objetivo	Estrategias/Actividades:
<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>contenidos en el plan estratégico de la Red de Urgencia Comunal.</p> <ol style="list-style-type: none"> Definir y protocolizar la metodología de realización de Planes de Mejora Efectivos.
<p>2. Acompañar y preparar el Proceso de Acreditación de los CESFAM Bernardo Leighton y Vista Hermosa y asentar la continuidad de la gestión de calidad y seguridad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Evaluar a través de la plataforma de documentos compartido los documentos institucionales a presentar al proceso. Realizar constataciones en terreno de las características aplicables al proceso. Organizar y supervisar evaluación externa a realizar en los CESFAM antes de la visita de la Entidad Acreditadora. Acompañar el proceso de acreditación de los CESFAM.
<p>3. Acompañar y preparar el 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 con su estándar)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. Evaluar a través de la plataforma de documentos compartido los documentos institucionales desarrollados por los centros de salud para el proceso de acreditación. Realizar constataciones en terreno de las características desarrolladas por los centros de salud para el proceso de acreditación. Realizar reuniones bimensuales con encargados de calidad.
<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Realizar reuniones de coordinación con los profesionales encargados de unidades o temáticas para el desarrollo del programa anual de auditorías de calidad. Levantar procesos y generar lineamientos comunales en base a las oportunidades de mejora observadas en las auditorías de calidad para el mejoramiento de los procesos asistenciales.
<p>5. Desarrollar el Plan Comunal de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Realizar estudio de prevalencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos para fortalecer y articular acciones de vigilancia en los centros de salud corporativos. Monitorear indicador “Lavado clínico de manos” con periodicidad mensual. Realizar reuniones comunales con periodicidad trimestral con Encargadas de IAAS locales.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sensibilizar sobre el uso racional de antimicrobianos participando activamente en el Comité del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA). 5. Colaborar en el aseguramiento y abastecimiento de dispositivos médicos a través de la participación activa en los procesos de compra y el Comité de Dispositivos Médicos (CODIMED). 6. Asesorar al personal de salud en IAAS y precauciones estándares, incentivando a la realización de capacitaciones comunales. 7. Colaborar con el Equipo de Proyectos en la implementación del uso correcto de las áreas de trabajo y los flujos de atención relacionados a prevención de infecciones.
<p>6. Asesorar y apoyar el levantamiento de los procesos relacionados con la gestión clínica de los procedimientos de enfermería.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentar procedimientos de enfermería y socializarlos comunalmente. 2. Implementar indicador “Instalación de catéter urinario” a nivel comunal. 3. Asesorar en la gestión del proceso de acreditación de prestadores de salud al que es sometido el CESFAM Vista Hermosa. 4. Orientar a los encargados de los procesos clínicos en la elaboración de documentos e indicadores de los procedimientos que se ejecutan en la práctica clínica.

2. Gestión del Riesgo.

Objetivo:	Estrategias/Actividades:
<p>1. Contar con recurso humano capacitado y formalizado en su cargo para el trabajo en seguridad del paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizar roles y funciones de encargado de eventos adversos en los centros de salud. 2. Elaborar 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. <ul style="list-style-type: none"> - Publicación. - Difusión y socialización.
<p>2. Definir el proceso de notificación y gestión de sucesos que afecten la calidad y seguridad de la atención en salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 3 informes anuales detallados de eventos adversos y centinelas.
4. Supervisar la Gestión de Eventos Adversos y Centinelas en los centros de salud	1. Supervisión de la gestión de los casos con medición de indicadores de procesos de gestión con posterior supervisión semestral continua. 2. Supervisión de los planes de mejora ejecutados.
5. Elaborar y ejecutar el Programa de Auditorías de Calidad Comunal	1. Confección de programa anual de auditorías, año 2024, priorizando procesos relevantes de aspecto clínico y administrativos transversales de la institución 2. Ampliar los participantes del proceso de auditorías, a profesionales y técnicos expertos de unidades técnicas, transversales y Cesfam. 3. Realizar versión año 2024 de las auditorías realizadas durante año 2023, con el fin de ver la mejora de procesos implementados post informe de Auditorías 2023.
6. 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.
7. Elaborar y ejecutar plan de trabajo con los servicios transversales (Itinerante y Atención Domiciliaria) con enfoque en la gestión del riesgo	1. Confección de plan de trabajo anual con los encargados locales 2. Favorecer la participación de unidades transversales en tema de calidad y gestión de riesgo, con la participación de sus encargados en las reuniones de encargados, incentivando la notificación y gestión de eventos adversos de sus equipos

3. Gestión Regulatoria.

Objetivo:	Estrategias/Actividades:
1. Gestionar autorización sanitaria de salas pendientes de los establecimientos de salud corporativos.	1. Actualizar y valorizar brechas de infraestructura de salas de procedimiento para dar cumplimiento a la normativa. 2. Actualizar y valorizar brechas de salas REAS para dar cumplimiento a la normativa. 3. Gestionar autorizaciones sanitarias en conjunto con los establecimientos según priorización y brechas subsanadas.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Apoyar a los establecimientos de salud en el proceso de certificación de operador de autoclaves y calderas.
<ol style="list-style-type: none"> 2. Gestionar tramites en plataforma SEREMI en línea según requerimiento de los establecimientos de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar, recepcionar y cargar documentos requeridos para: <ul style="list-style-type: none"> - Autorización de instalación y funcionamiento de salas de procedimientos y salas REAS. - Autorización de folios de receta cheque. - Solicitud de número de registro a calderas y autoclaves. - Notificación de disponibilidad de quipos DEA. - Autorización de establecimientos de salud capacitadores para el uso de quipos DEA. - Otros trámites realizados en SEREMI en línea.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Gestión Documental para autorización sanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Elaborar documentos requeridos para la autorización sanitaria en conjunto a los establecimientos de salud. 3. Realizar seguimiento a documentos asociados a dominio de terrenos de establecimientos sin regularización (CRSH, ADR, CCR Vista Hermosa, CCR ADR, Bernardo Leighton, San Gerónimo). 4. Recopilar certificados TE-1 de los establecimientos de salud.
<ol style="list-style-type: none"> 5. Priorizar proyectos para subsanar brechas de infraestructura asociados a normativa técnica básica y gestión de Proyectos de mantenimiento de infraestructura (PMI). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilar y priorizar proyectos elaborados desde los establecimientos de salud para subsanar brechas de autorización sanitaria. 2. Orientar a los centros para la elaboración de proyectos asociados al cumplimiento de norma técnica básica. 3. Clasificar proyectos según criterios para financiar con PMI. 4. Realizar seguimiento PMI.
<ol style="list-style-type: none"> 6. Mejorar el Sistema de Gestión de Documentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar código a documentos de elaboración transversal e incorporar al “listado maestro” de la gestión documental. 2. Difundir documentos de elaboración transversal los encargados de calidad de los establecimientos de salud. 3. Mantener actualizada la Plataforma de Gestión de Documentos corporativa. 4. Orientar en la implementación de la norma de gestión documental.

PLAN DE CAPACITACIÓN

La capacitación es un proceso educacional de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistemática, mediante el cual nuestros funcionarios adquieren y desarrollan conocimientos y habilidades específicas para sus puestos de trabajo. Es por ello que el Plan anual de capacitación 2024 recoge diferentes ámbitos de interés, con el propósito de responder a las necesidades de formación de los funcionarios de nuestra área de salud y así puedan desarrollar actividades clínicas seguras y que, quienes lo reciben, nuestros usuarios, obtengan condiciones de atención de salud con calidad y seguridad.

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.

El plan de capacitación pretende generar instancias aprendizajes específicos al área de trabajo de cada funcionario para el mejoramiento en la calidad de los servicios entregados junto con entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.

Para el 2024, se ha considerado la incorporación de capacitaciones asociadas al buen trato usuario y sus familias, con el objetivo de fortalecer las competencias sobre salud familiar, de modo que puedan contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención y su humanización, en el marco del desarrollo del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

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 2024 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 2024 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 2024, 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 2024 del Área de Salud será responsabilidad de la Coordinación de Capacitación y Relación Asistencial Docente.

Si bien la Malla de Capacitación 2024 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 con 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 estos.

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 y la coordinación técnica 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 2024 para este concepto es de **\$21.550.000**. Este presupuesto considera las capacitaciones presentadas en la malla para los Centros de Salud.

PROPUESTA DE MALLA DE CAPACITACIÓN 2024

EJES ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	DIRIGIDO A
1.- Medio ambiente y entornos saludables	Salud Familiar	A, B, C, E, F
	Manejo De Residuos Especiales Establecimientos De Salud	A, B, C
2.- Estilos de vida	Jornada De Actualización En Salud Respiratoria Del Adulto	A, B
	Actualización En Programas Preventivos Emp Y Empam	B, C
	Climaterio Y Sus Implicancias	A, B
	Manejo Básico Del Paciente En Fin De Vida	A, B, C
	Adolescente	A, B
	Mujeres Y Participación Laboral	A, B, C, E, F
3.- Enfermedades transmisibles	Salud Mental En APS	A, B, C
	Actualización En Tuberculosis	A, B, C
	Programa Vacunación	A, B, C
4. Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia	Consejería En VIH	B
	Actualización Programa Cardiovascular Para APS	A, B
	Radiografía Odontológica Para Técnicos En Odontología	C
	Jornada De Equipos Psicosociales De Salud Mental	B
	Estrategia De Salud Centrada En Las Personas	A, B, C, E
	Ortodoncia En APS	A
	Reanimación Cardiopulmonar (RCP Básico)	B, C, D, E, F
	Apoyo Vital Avanzado Pediátrico (Pals)	A
	Apoyo Vital Avanzado Cardiovascular (ACLS)	A, B
Soporte Vital De Trauma Prehospitalario (PHTLS)	B, C, F	
5. Funcionamiento y discapacidad	Lenguaje De Señas	A, B, C, D, E, F
6.- Emergencias y desastres	Taller Uso Y Manejo De Extintor	A, B, C, D, E, F

7.- Gestión, calidad e innovación	Herramientas Para El Buen Trato En La Relación Con Pacientes Y Familiares	A, B, C, D, E, F
	Patologías Ges Y SIGGES	A, B, C, E
	Formación Para Evaluadores Del Sistema Nacional De Acreditación De Prestadores Institucionales De Salud	B
	Elaboración Indicadores En Salud	A, B, C
	Habilidades Y Gestión Directiva Para Cesfam	A, B
	Gestión Emocional En Atención De Usuarios	A, B, C, D, E, F
	Trabajo En Equipo	A, B, C, D, E, F
	Excel	A, B, C, D, E, F
	Calidad Y Acreditación	A, B, C, D, E, F
	Eventos Adversos	A, B, C, D, E, F
	Gestión Del Riesgo Y Seguridad De La Atención En Salud	A, B, C, D, E, F
	Infecciones Asociadas A La Atención De Salud	A, B, C, D, E, F
	Curso Para Operadores De Calderas Y Autoclaves	B, C, F
	Manejo De Heridas	A, B
8.- Equidad	Genero Y Diversidad En Los Ambientes Laborales	A, B, C, E, F
	Derecho, Salud Y Migración	A, B, C, E, F

RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE (RAD)

La RAD es un vínculo estratégico, de largo plazo, que une al sector público de salud con instituciones de educación superior acreditadas. El objetivo de esta alianza es formar y disponer de profesionales y técnicos competentes para satisfacer las necesidades de salud de la población, generando un beneficio sobre la calidad de atención que reciben los usuarios en nuestros Centros de Salud Corporativos, protegiendo sus derechos, seguridad y priorizando lo asistencial por sobre lo docente. Actualmente la gestión de la RAD se rige por la Norma N°254 del 09 de julio del 2012 que Aprueba la Norma General Técnica y Administrativa y que regula la Relación Asistencial Docente. La RAD en los Establecimientos de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, se operativiza a través de Convenios Asistenciales Docentes con Centros Formadores Profesionales y Técnicos, derivado de lo cual, sus alumnos pueden utilizar los campos clínicos, cumpliendo normativas locales y ministeriales.

FUNCIONAMIENTO Y CAPACIDAD DE LA RAD.

La RAD es la encargada de lograr la articulación y colaboración entre los distintos establecimientos de salud y los centros formadores, sean estas Universidades, Institutos Profesionales y/o Centros de Formación Técnica. Durante el año 2022 se fueron retomando las actividades asistenciales docentes, en donde cada uno de los Centros de Salud Corporativos de la Comuna reanudaron las prácticas clínicas tanto internados como

curriculares. Es así como el 2022 acudieron a nuestros Centros el siguiente número de alumnos:

Centro de Salud	Número de alumnos recibidos
Alejandro del Río	30
Padre Manuel Villaseca	26
San Gerónimo	15
Cardenal Raúl Silva Henríquez	57
Karol Wojtyla	16
Bernardo Leighton	32
Vista Hermosa	18
Laurita Vicuña	37
Centro de Especialidades San Lázaro	24
Centro de Integración María Isabel	20
Total	275

CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES VIGENTES.

La Comuna se relaciona con Centros Formadores de Profesionales y Técnicos, actualmente cuenta con los siguientes Convenios vigentes regulados de acuerdo con los estándares de acreditación de calidad en salud de la Superintendencia de Salud:

Universidad del Desarrollo
Universidad Andrés Bello
Pontificia Universidad Católica de Chile
Universidad Central de Chile
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Fundación Instituto Profesional DUOC UC
Centro de Formación Técnica Santo Tomas
Instituto Profesional de Chile
Liceo Comercial de Puente Alto

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

La Unidad de Investigación ha desarrollado actividades por más de una década en el Área de Salud de la CMPA y ha logrado instalar progresivamente la necesidad de obtener evidencia local para el mejoramiento de las prácticas clínicas. En este momento hablar de proyectos de investigación con los equipos de salud de los CESFAM resulta familiar y necesario para mantenerse actualizado y aportar al conocimiento en salud.

El trabajo colaborativo entre el equipo técnico, de gestión y calidad asistencial podrá asegurar en el tiempo los beneficios de esta actividad para la organización. Es en este contexto que la evidencia que se obtenga podrá ser un elemento que contribuya a la mejora continua de los procesos asistenciales y una contribución a la salud de la población.

Teniendo instalado un trabajo colaborativo formal con diversas entidades académicas como: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad del Desarrollo entre otras; ha sido posible participar en diversos proyectos de investigación que abordan temáticas de interés mutuo.

De acuerdo con los objetivos propuestos en el plan anterior se ha logrado para el año en curso mejorar la coordinación con equipo técnico y directores de centros de salud. Mantener hrs. profesionales de TI, establecer las vías de divulgación y colaborar en publicaciones. También se logró concretar el convenio con la UDD.

Actualmente tenemos una importante producción científica basada en los estudios realizados en población beneficiaria de la CMPA, estos se han desarrollado cumpliendo con todos los requerimientos éticos y normativos y abarcan diversos ámbitos de interés tales como, salud materno infantil, salud sexual y reproductiva, nutrición, prevención de cáncer, salud mental, seguimiento farmacéutico, salud oral, salud cardiovascular, salud infantil.

Dado lo anterior para el año 2024 se organizarán jornadas de divulgación y reflexión sobre la evidencia obtenida, permitiendo que se retroalimente a los equipos de salud con este conocimiento, logrando identificar mejoras a la práctica clínica y o de gestión. Para estos efectos se trabajará en forma estrecha con el coordinador de capacitación, las entidades académicas respectivas y los coordinadores técnicos.

Estamos en condiciones de impulsar con mayor fuerza iniciativas locales de investigación y retroalimentar periódicamente a los equipos gestores y asistenciales de la evidencia obtenida.

Los objetivos para el próximo período programático se pueden resumir de la siguiente forma:

- Organizar seminarios para exponer los resultados de las investigaciones realizadas según ámbito de interés.
- Propiciar con metodología participativa la reflexión sobre posibles mejoras en la práctica clínica
- Desarrollar en forma colaborativa investigaciones locales

SALUD OCUPACIONAL

El inicio del año 2023 refleja un incremento de los accidentes del trabajo en un 52% en comparación al 2° semestre 2022 y una reducción en el 53% en las enfermedades profesionales comparando el mismo periodo antes mencionado.

Siniestro	1° Semestre 2022	2° Semestre 2022	1° Semestre 2023
	N° de casos		
Accidente del trabajo	52	44	67
Accidente de trayecto	19	19	20
Enfermedad Profesional	196	93	44
No ley	33	34	56
Total general	300	190	187

ANÁLISIS ENFERMEDADES PROFESIONALES AÑO 2022- 1° SEMESTRE 2023

En 1° semestre del 2022 a nivel nacional se experimentó un alza en los casos de Covid-19. La amplia cobertura de la vacunación, la baja adherencia en relación con la mantención de las medidas sanitarias preventivas y la entrada al territorio nacional de la variante “ómicron” género que las cifras se elevaran.

En los funcionarios de los centros de salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, se llegó a la cifra de 187 enfermedad profesionales calificadas por el organismo administrador de la ley (ACHS) como COVID-19 de origen laboral.

En el 2° semestre en cambio se reduce un 53% el N.º de casos calificados con este mismo factor, presentando solo 95 casos de covid-19, siendo de estos solo 88 casos de origen laboral. Por otra parte, en el año 2022 se presentan en total 12 casos asociados al factor Psicosocial y 4 al factor químico.

El 1° semestre 2023 nos entrega un panorama optimista con relación al Covid-19, presentando solo 38 casos con origen laboral, reduciéndose en un 57% en comparación al semestre anterior, seguido por 5 casos con factor psicosocial, continuando con el patrón de comportamiento de los semestres anteriores.

Factor	1° Semestre 2022	2° Semestre 2022	1° Semestre 2023
	N° de casos		
Biológico (Exposición Sars-Cov-2)	187	88	38
Psicosocial (Neurosis Laboral)	6	4	5
Ergonómico (Posturas- peso)	0	0	0
Químicos (Dermatitis)	3	1	1

ANÁLISIS CASUÍSTICO ACCIDENTES DEL TRABAJO AÑO 2022- 1º SEMESTRE 2023:

En el caso de los accidentes del trabajo los N.º de casos en los semestres evaluados mantienen un en su mayoría un comportamiento similar. Podemos destacar dentro de las casuísticas más preponderantes:

Casuística	1º Semestre 2022	2º Semestre 2022	1º Semestre 2023
	N.º de casos		
Agresión	10	1	6
Atrapamiento	1	2	4
Atropellamiento o Choque	3	0	4
Caída a distinto nivel	0	2	2
Caída al mismo nivel	5	7	8
Cortante	3	2	1
Cortopunzante	15	13	20
Golpeado por/con/contra	5	6	5
Mordeduras	1	0	2
Proyección de partículas	0	0	0
Proyección de líquidos	0	1	0
Quemaduras	1	1	2
Reacción alérgica	0	0	0
Sobreesfuerzo por movimiento brusco	0	0	0
Sobreesfuerzo por peso excesivo	1	0	2
Torcedura	2	6	11
Tropiezo por desnivel	2	0	0
Reacción a vacuna	1	3	0
Otro no específicos	2	0	0

Objetivos 2024:

1. Robustecer la gestión preventiva con relación a los factores psicosocial en el trabajo, con tal de fortalecer la salud mental y el bienestar general de los funcionarios por medio de acciones concretas, permanentes y en línea a las establecidas en los informes técnicos de prescripción de medidas según el riesgo obtenido en la aplicación del protocolo de riesgos psicosociales (CEAL-SM/ SUSESOS).
2. Potenciar el trabajo de los Comités en materias de acreditación en los centros que entran a proceso de acreditación (CPHyS y Comités de gestión de la emergencia y desastres).
3. Cumplimiento normativo (paulatino) de protocolos de vigilancia de salud Minsal en la red de centros con priorización según ingresos.

PLANIFICACIÓN SALUD OCUPACIONAL 2024

Objetivos	Estrategia	Temática	Actividades	Meta	Responsable
Gestionar los riesgos asociados al que hacer 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 de la Dirección Salud	Comités Paritarios de higiene y seguridad (CPHyS)	Fortalecimiento del rol de los CPHyS en el proceso de acreditación.	Cesfam Bernardo Leighton Cesfam Vista Hermosa	Unidad de Calidad y Seguridad Asesor en prevención de riesgos
			Elección y constitución de CPHyS	CPHyS próximos a cumplir periodo de vigencia	Dirección del centro CPHyS de los centros Asesora en prevención de riesgos
		Programas de vigilancia	Implementación del Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido PREXOR	Centros de salud con Unidades de esterilización operativas	Experto en prevención empresa ACHS Asesor en prevención de riesgos CPHyS Locales si corresponde
			Implementación del Protocolo de Manejo Manual de cargas (MMC) y trastorno musculoesquelético relacionados al trabajo (TMERT)	Central de ambulancia	Experto en prevención empresa ACHS Asesor en prevención de riesgos CPHyS Locales si corresponde
			Gestionar la articulación de los Comités de aplicación (CDA) en la implementación del Protocolo de	100% de la Red de centros	Asesora en Prevención de riesgos Psicóloga Riesgos Psicosociales

			vigilancia de riesgos psicosociales (CEALSM/ SUSESO) Difusión y coordinación con centros en la implementación del Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales (CEALSM/ SUSESO)		Desarrollo Organizacional
		Salud Mental	Coordinación inicial con centros para elaboración, implementación y sociabilización de medidas administrativas prescritas por organismo administrado de la Ley N.º 16.744	Cumplimiento del 90% de medidas entregadas	Asesora en Prevención de riesgos Profesional de apoyo a la gestión preventiva Desarrollo Organizacional Dirección de los centros de salud
			Operativos preventivos de salud y cuidado laboral	100% de la red de centros	Equipos ACHS Experto en prevención empresa ACHS Asesor en prevención de riesgos CPHyS Locales si corresponde
			Campaña "Cuida tu salud mental en el trabajo"	100% de la red de centros	Experto en prevención empresa ACHS Asesor en prevención de riesgos CPHyS Locales si corresponde
		Emergencia y desastres	Regularización de los Comités de gestión de emergencia y desastre	100% de la Red de centros	Asesora en prevención de riesgos Dirección centros

			Implementación de Gestión de emergencias (ACHS GESTIÓN)	Cesfam Bernardo Leighton Cesfam Vista Hermosa	Asesora en prevención de riesgos Experto en prevención empresa ACHS
			Fortalecimiento del rol del comité de gestión de la emergencia en el proceso de acreditación	Cesfam Bernardo Leighton Cesfam Vista Hermosa	Unidad de Calidad y Seguridad Asesor en prevención de riesgos

DOTACIÓN

El cumplimiento de los objetivos sanitarios planteados por este plan de salud requiere, como componente principal, del constante esfuerzo de los equipos de salud de los establecimientos comunales. De esta forma, la dotación de salud, como cuantificación del recurso humano, determina la capacidad de atención.

La dotación del año 2024 considera componentes de infraestructura disponible, necesidades sanitarias de la población, rendimientos de las prestaciones y otros componentes de gestión. Se divide, entonces, en dotación indirecta (que realiza labores de gestión y coordinación), y dotación directa (o asistencial), quienes efectúan concretamente las acciones de salud.

DOTACION COMUNAL						
DOTACION GESTION y ADMINISTRATIVA						
Categoría funcionaria		Estamento	N.º funcionarios	N.º horas semanales	Jornadas semanales	N.º 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
			Médicos	1	44	1

Directivos
Dirección
CESFAM

Odontólogos	0	0	0	0,0000
Químicos Farmacéuticos	1	44	1	0,0001
Enfermera	4	176	4	0,0005
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	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
Otro. Especificar	0	0	0	0,0000
Gestión administrativa				
Médicos	21,75	957	21,75	0,0026
Odontólogos	7	308	7	0,0008
Químicos Farmacéuticos	6	264	6	0,0007
Enfermera	7	308	7	0,0008
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 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	N.º funcionarios	N.º horas semanales	Jornadas semanales	N.º horas habitantes /inscrito
Categoría A	Médicos	180,25	6743	153,25	0,0186
	Odontólogos	102	2585	58,75	0,0071
	Químicos Farmacéuticos	17	748	17	0,0021
Categoría B	Enfermera	139	5643	128,25	0,0156
	Nutricionista	56,75	1826	41,5	0,0050
	Matrona	72,5	2673	60,75	0,0074
	Asistente Social	55,5	1991	45,25	0,0055
	Psicólogo	74	2332	53	0,0064
	Kinesiólogo	81	2728	62	0,0075
	Terapeuta Ocupacional	7	308	7	0,0008
	Tecnólogo medico	26	1034	23,5	0,0029
	Educadora Párvulo	15	484	11	0,0013

	Profesor Educación Física	5	198	4,5	0,0005
	Fonoaudióloga	5	187	4,25	0,0005
	Otro. Especificar	3	132	3	0,0004
Categoría C	TENS	425	18018	409,5	0,0497
	TANS	111,5	4697	106,75	0,0130
	TONS	54	1749	39,75	0,0048
	Tec. Rehabilitación	0	0	0	0,0000
	Tec. Servicio Social	1	44	1	0,0001
	Otro. Especificar	30	979	22,25	0,0027
Categoría D	Paramédico	31	1243	28,25	0,0034
Categoría E	Administrativos	163	6699	152,25	0,0185
Categoría F	Conductores	48	2112	48	0,0058
	Auxiliares de servicio	41	1749	39,75	0,0048
	guardias	0	0	0	0,0000
Sub Total		1743,5	66902	1520,5	0,1852
DOTACION TOTAL		1843	71280	1620	0,1973

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 comunales 25%, subdirectores de centros de salud 20%, 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.

La Asignación de Responsabilidad Directiva

La Asignación de Responsabilidad Directiva contemplada en el Art. 27 Ley 19.378 señala que: El Director de un consultorio de salud municipal de atención primaria, podrá percibir una asignación de responsabilidad directiva de un 10% a un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría funcionaria y al nivel de la carrera funcionaria. Asimismo, el personal que ejerza funciones de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 56, tendrá derecho a percibir esta asignación de responsabilidad directiva, en un porcentaje de un 5% y hasta 15% aplicado sobre igual base.

Para nuestros centros de salud se establece la siguiente asignación:

Los Directores de los centros de salud, percibirán como asignación de responsabilidad un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, subdirectores de dirección de salud 25%, subdirectores de centros de salud 20%, coordinadores comunales 20%, jefes de sector 15%, otras jefaturas 10%.

Asignaciones Especiales Transitorias:

Las asignaciones especiales de carácter transitorio están reguladas en el Artículo 45° de la Ley N°19.378 y en otras normas legales.

Asignación de Funciones Críticas. Es la Asignación para aquellos funcionarios que realizan funciones relevantes o estratégicas para la gestión, por la responsabilidad que implica su desempeño y por la incidencia en los productos o servicios que se deben proporcionar, dada la necesidad del servicio de aumentar la cobertura para acercarse a los indicadores nacionales de atención primaria, de mejorar la oportunidad, continuidad y calidad de las prestaciones a través de un servicio que fortalezca y profundice el sistema de atención primaria de salud integrado e integral y las mayores exigencias en la gestión de la coordinación y conducción de los servicios; todo en el marco de los lineamientos ministeriales fijados en los distintos niveles del sistema de salud.

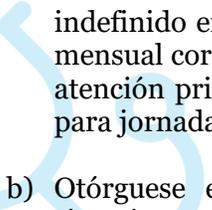
- a) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, al profesional que ejerza los cargos de Director(a) de Salud, Subdirectores de dirección de salud, y serán calculados al momento de asumir o en diciembre de cada año para inicio el año siguiente, con un porcentaje sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, que será del 60% en nivel 15, disminuyendo un 5% por nivel hasta nivel 6, y desde nivel 5 una disminución por nivel de 2,5% hasta nivel 1, sobre este porcentaje se aplicará factor de 1 para categoría A y factor de 2 para categoría B y un último factor 1.5 para director de salud, 1.1 para subdirectores de dirección de salud. En el caso de categoría A que posean la o las especialidades contempladas en la asignación de



especialidad por competencias profesionales, esta asignación será reemplazada por el equivalente al establecido en el decreto que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en atención primaria de salud.

- b) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas a aquellos profesionales que ejercen el cargo de Directores(as) de Centros de Salud, y serán calculados al momento de asumir o en diciembre de cada año para inicio el año siguiente, con un porcentaje sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, que será del 60% en nivel 15, disminuyendo un 5% por nivel hasta nivel 6, y desde nivel 5 una disminución por nivel de 2,5% hasta nivel 1, sobre este porcentaje se aplicará factor de 1 para categoría A y factor de 2 para categoría B y un último factor que dependerá del tamaño del centro y la existencia de servicio de urgencia, para centros con una población validada sobre 70.000 personas y que posea servicio de urgencia el factor es de 1.2, para centros con población con más 40.000 y hasta 70.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 1.1, para centros con población con más 30.000 y hasta 40.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 1, para centros con población con más 30.000 y hasta 40.000 y que no posea servicio de urgencia el factor es de 0.9, para centros con población con menos de 30.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 0.8, para centros con población con menos de 30.000 y que no posea servicio de urgencia el factor es de 0.7. En el caso de no poseer población validada se utilizará el cálculo menor. En el caso de categoría A que posean la o las especialidades contempladas en la asignación de especialidad por competencias profesionales, esta asignación será reemplazada por el equivalente al establecido en el decreto que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en atención primaria de salud.
- c) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, por un monto de \$570.000 brutos a quienes ejerzan el cargo de Encargado(a) de compras comunal. Para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.
- d) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, por un monto de \$500.000 brutos a quienes ejerzan el cargo de Jefe(a) de central de ambulancias. Para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.
- 

Asignación Especial de Resolución de Urgencias y Situaciones Críticas: Dada la necesidad del personal de los distintos centros de actuar con eficiencia y eficacia ante situaciones que requieran atención de urgencia.

- 
- 
- a) Otórguese esta asignación especial municipal mensual por resolución de urgencias y situaciones críticas a los funcionarios que se desempeñan con contrato plazo fijo o indefinido en el o los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) un monto mensual correspondiente al 10% sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.
- b) Otórguese esta asignación especial municipal por resolución de urgencias y situaciones críticas por un monto de \$60.000 brutos a quienes se desempeñan en ambulancia de las categorías C y F en los meses de julio y diciembre.



- c) Otórguese esta asignación especial municipal mensual por resolución de urgencias y situaciones críticas, por un monto de \$2.500 brutos por cada hora trabajada en los días de feriado irrenunciable para los funcionarios que trabajen en la red de urgencia comunal y ambulancia, esto es 1 de enero, 1 de mayo, 18 y 19 de septiembre y 25 de diciembre.

Asignación Especial de Resolutividad: Tiene por propósito hacer frente a los desafíos de mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, con un mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

- a) Otórguese esta asignación especial municipal mensual a los funcionarios con contrato plazo fijo o indefinido de la Categoría A de profesión médica con especialidad establecida en el artículo 8º, incisos 1º, 2º, 3º y 4º, de la ley N°20.816 y que no se contemplen en el decreto anual que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en atención primaria de salud, un monto mensual de \$850.000 para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores. Estas asignaciones se iniciarán a partir de enero del año siguiente de su contratación.



PRESUPUESTO

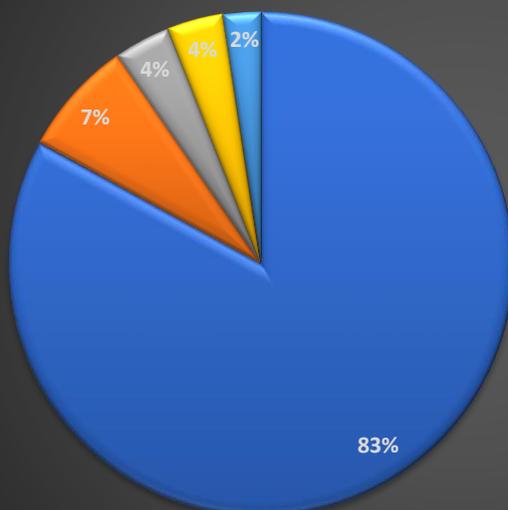
La subvención de Salud en la Atención Primaria es la principal fuente de financiamiento y está compuesta por las siguientes variables en la Corporación:

- 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)
- NI de Inscritos validados por FONASA en la comuna: 362.462.-

El presupuesto propuesto para el año 2024 es el siguiente:

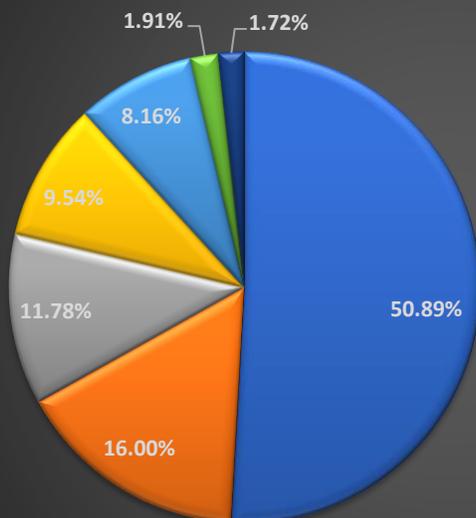
INGRESOS	
SUBVENCIÓN DE SALUD	\$ 48,445,294,629
LEYES (Reforzamiento municipal)	\$ 4,335,090,547
OTROS INGRESOS OPERACIONALES	\$ 2,101,224,476
INGRESOS FARMACIA SOLIDARIA	\$ 2,128,219,995
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$ 1,397,117,434
TOTAL INGRESOS	\$ 58,406,947,081
GASTOS EN PERSONAL	
GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA	\$ 29,723,657,528
GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA	\$ 9,343,138,433
GASTOS EN PERSONAL	\$ 5,574,077,349
TOTAL GASTOS EN PERSONAL	\$ 44,640,873,309
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS	\$ 6,880,640,057
GASTOS GENERALES	\$ 4,765,079,028
CONSUMOS BÁSICOS	\$ 1,005,660,955
MANTENCIÓN Y REPARACIÓN	\$ 1,114,693,731
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$ 13,766,073,772
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
TOTAL GASTO	\$ 58,406,947,081
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$ -

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS



- ▣ SUBVENCIÓN DE SALUD
- ▣ LEYES APS (Reforzamiento municipal)
- ▣ INGRESOS FARMACIA SOLIDARIA
- ▣ OTROS INGRESOS OPERACIONALES
- ▣ TRANSFERENCIA MUNICIPAL

DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS



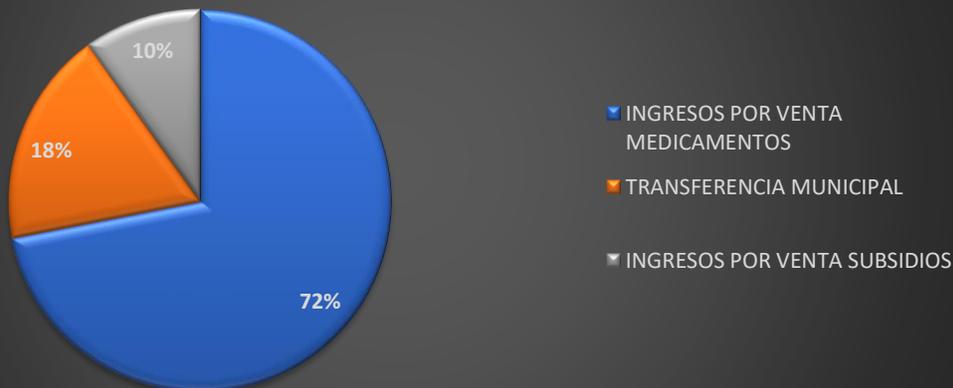
- ▣ GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA
- ▣ GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA
- ▣ MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS
- ▣ GASTOS EN PERSONAL
- ▣ GASTOS GENERALES
- ▣ MANTENCIÓN Y REPARACIÓN
- ▣ CONSUMOS BÁSICOS

WWW.CMPIENTEALTO.CL

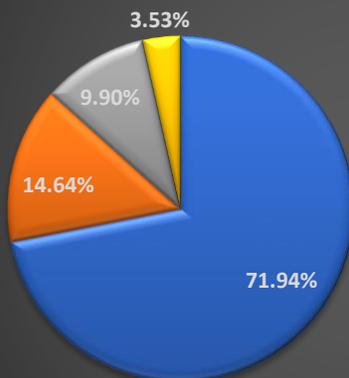
PPTO. FARMACIA SOLIDARIA

INGRESOS	
INGRESOS POR VENTA MEDICAMENTOS	\$ 1,870,811,535
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$ 472,367,816
INGRESOS POR VENTA SUBSIDIOS	\$ 257,408,460
TOTAL INGRESOS	\$ 2,600,587,811
GASTOS	
MEDICAMENTOS	\$ 1,870,811,535
GASTOS EN PERSONAL	\$ 380,669,732
MEDICAMENTOS CON SUBSIDIO	\$ 257,408,460
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$ 91,698,084
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
TOTAL GASTO	\$ 2,600,587,811
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$ -

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS



DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS



- MEDICAMENTOS
- GASTOS EN PERSONAL
- MEDICAMENTOS CON SUBSIDIO
- GASTOS DE FUNCIONAMIENTO



PROYECTOS FUTUROS

Los desafíos planteados en este documento implican la inversión importante de recursos corporativos, municipales y desde las autoridades centrales, permitiendo ampliar la cartera de prestaciones o la oferta de aquellas ya existentes. Según esto, se han desarrollado los siguientes proyectos a implementar según disponibilidad presupuestaria.

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

Debido a que se logró, con recursos municipales, implementar un servicio de urgencia en el CESFAM Vista Hermosa (en espera de reconocimiento y financiamiento de MINSAL), la brecha en dispositivos de urgencia ha podido disminuirse. De esta forma, sólo quedaría pendiente el CESFAM Laurita Vicuña, el más cercano al Hospital Sótero del Río de nuestros centros de salud, en contar con un dispositivo de este tipo. Por tanto, se continuarán las gestiones para que todos los centros comunales cuenten con un SAPU o SAR.

Con respecto al proyecto del SAR CRSH, al momento de la elaboración de este plan, se encuentra en proceso final de evaluación de ofertas para su adjudicación, estableciendo que las obras comenzarían antes del fin de 2023, y su entrega se efectuaría durante el último trimestre de 2024.

La brecha de operación, no financiada por MINSAL, será aportada por el Municipio y La Corporación con recursos locales.

DROGUERÍA COMUNAL Y TERCERA FARMACIA SOLIDARIA

El proyecto de droguería comunal ya cuenta con un terreno provisto por la Municipalidad, ubicado en el sector de la copa de agua de Nosedal (próximo al futuro CESFAM Nosedal), se espera en 2024 completar el proceso de diseño y planificación de la ejecución de obras.

Este proyecto involucra un gran centro de distribución de medicamentos comunales, que permita surtir a todos los establecimientos del territorio, además de contar con un centro de despacho a domicilio, un recetario magistral y una sucursal de la farmacia solidaria.

Con respecto a la segunda farmacia solidaria, que estará ubicada en el Centro de Extensión San Gerónimo (ex Santa Faustina), esta se encuentra en proceso de licitación, esperando que su inauguración ocurra a fines de 2023 o principios de 2024.

Adicional a este proyecto, se espera concretar el primer semestre de 2024 la puesta en marcha de una tercera sucursal de la farmacia solidaria, ubicada en el sector oriente de nuestra comuna.

NUEVOS CESFAM COMUNALES

A octubre de 2023, el CESFAM Nororiente, que estará ubicado en las calles Rengifo esquina Troncal San Francisco (a un costado de Sótero de Río), se encuentra con sus obras preliminares completadas, como parte del compromiso adquirido por nuestro municipio. Por tanto, se está la espera de la resolución final de aprobación desde MIDESO para iniciar sus obras. Según el SSMSO, se estima que la entrega de este centro a la comuna será realizada el último trimestre de 2024.

En la misma fecha, el CESFAM Nocedal, ubicado entre las calles Nocedal y Valle Central (cercano a CRS Provincia Cordillera) completó su diseño, y está en espera de aprobación desde MIDESO para iniciar la licitación de construcción. Según el SSMSO, se estima que las obras iniciarían el segundo semestre de 2024, con fecha de entrega para 2025.

CENTRO DE DIÁLISIS

A pesar de que 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, han existido distintas complicaciones con la ejecución del proyecto, relacionadas con cambios normativos en los procesos de compra, en la regulación de este tipo de establecimientos por parte del MINSAL, y en su financiamiento desde FONASA. Sin embargo, en 2024 se continuará con las gestiones para desarrollar el diseño del futuro centro comunal, permitiendo que los vecinos del territorio puedan acceder a esta importante prestación.

REPOSICION SEGUNDO EQUIPO DE RAYOS OSTEOPULMONAR Y DE ECÓGRAFOS DEL CENTRO DE IMÁGENES COMUNAL

Debido a la importancia de estas prestaciones para los vecinos de la comuna, el Municipio realizará la renovación de este equipamiento, permitiendo mejorar los estándares de calidad de la atención, y potenciando la resolutivez de nuestros centros corporativos. Esta adquisición, con una inversión mayor a los 250 millones de pesos, está planificada para el primer semestre de 2024.

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

Durante 2024, está planificada una inversión municipal mayor a los 100 millones de pesos, que permitirá dotar a la central de ambulancias comunales con un sistema de comunicaciones continuo, que entregue capacidad de respuesta incluso en condiciones de catástrofes graves, potenciando la primera respuesta en salud.



ATENCIÓNES TERRITORIALES, CLÍNICAS MÓVILES Y DESPACHO A DOMICILIO DE MEDICAMENTOS



Debido a la disminución de los recursos recibidos desde MINSAL por el fin de la alerta sanitaria, una inversión municipal de más de 350 millones anuales permitirá mantener las prestaciones territoriales durante 2024, incluyendo los exámenes preventivos, la vacunación y otras necesidades de los vecinos. De la misma forma, se mantendrá la estrategia de entrega a domicilio de medicamentos para usuarios de alto riesgo (personas muy mayores, postrados y otros grupos similares), mediante la inyección municipal de casi 260 millones de pesos.

Por último, y reconociendo las diversas solicitudes emanadas desde los vecinos, se espera adquirir durante 2024, dos nuevas clínicas móviles para atención odontológica o dental, lo que permitirá llevar este servicio a los operativos territoriales, mediante la inversión municipal de casi 400 millones de pesos.