



SANTIAGO
Salud



SANTIAGO COMUNIDAD SALUDABLE

Plan de Salud 2018 - 2021

Actualización 2019

Dirección de Salud
Ilustre Municipalidad de Santiago

1 Antecedentes generales y determinantes de la salud

1.1 Antecedentes geográficos

La comuna de Santiago se emplaza en el centro de la ciudad de Santiago, con un territorio urbanizado en un 100%. Se localiza en las coordenadas 33°26'16" de latitud sur y 70°39'01" de longitud oeste, en una cuenca tectónica rellena de materiales aluviales acarreados por el río Mapocho, con un leve declive de este a oeste, siendo parte de la Depresión Intermedia. Cuenta con un clima de tipo mediterráneo, con veranos secos y calurosos e inviernos suaves y levemente húmedos, y donde rara vez precipita nieve.

El territorio comunal limita con las siguientes 10 comunas:

- a) Al norte: Renca, Independencia y Recoleta, en donde el río Mapocho actúa como límite natural.
- b) Al oriente: Providencia y Ñuñoa, delimitado por Avenida Vicuña Mackenna.
- c) Al sur: San Joaquín, San Miguel y Pedro Aguirre Cerda, en donde la antigua vía férrea actúa como hito geográfico.
- d) Al poniente: Estación Central y Quinta Normal.



Figura 1: Ubicación de la comuna de Santiago (número 7) dentro de la Provincia de Santiago.

1.2 Antecedentes demográficos

Entre los años 1940 y 2002, la comuna de Santiago sufrió una importante disminución en su población, variando desde los 440.196 a los 200.792 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2,4 por cada 100 habitantes entre los años 1952 y 2002 ("Chile, población censada y tasas de crecimiento anual, según ciudades, 1950-2002", Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Biblioteca Nacional de Chile, 2015). Sin embargo, a partir de dicha fecha la tendencia comienza a revertirse, sufriendo un marcado incremento poblacional. Esto se relaciona con la inmigración y con la movilización de familias jóvenes y estudiantes a la comuna.

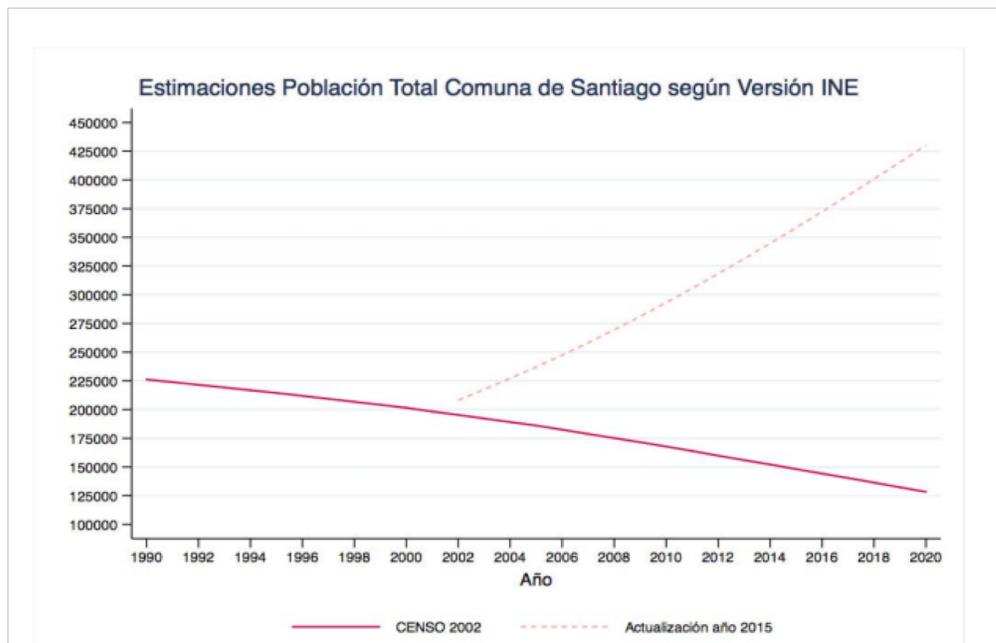


Figura 2: Estimación de la población total de la comuna de Santiago a partir de datos publicados por INE.

Entre los años 2002 y 2012, Santiago se convierte en la cuarta comuna más poblada de la ciudad, dado el crecimiento en 110.623 habitantes, con una tasa de crecimiento de 4,49 por cada 100 habitantes ("Síntesis de Resultados Comuna de Santiago Censo 2012", Unidad de Estudios de la Secretaría Comunal de Planificación, I. Municipalidad de Santiago), siendo en 2002 la séptima comuna en cuanto a cantidad de habitantes.

De acuerdo a la proyección del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población de la comuna de Santiago para el año 2018 es de 400.869 habitantes, de los cuales 199.665 (49,8%) son hombres y 201.204 (50,2%) mujeres. El total de la población está urbanizada, correspondiendo esto al 5,29% de la Región Metropolitana, y al 7,07% del total de la Provincia de Santiago.

Al dividir la población de la comuna por grandes grupos etarios, el 11,78% (47.222) corresponden a menores de 15 años, un 66,27% (265.651) se encuentra en el grupo de 15 a 59 años y 21,95% (87.996) en el grupo de mayores de 60 años. Este dato es trascendente, pues no se condice con los resultados del último Censo 2017, el cual, arroja una diferencia significativa en el último grupo, que establece una población de mayores de 60 años de 42.839 habitantes.

Tabla 1: Evolución de la distribución de la población de la comuna de Santiago por grupo etario en base a datos del INE

Grupo etario	Censo 2012	Proyección INE a 2018	Censo 2017
Menores de 15 años	41.043 (13,2%)	47.222 (11,8%)	49.300 (12,1%)
15 a 59 años	233.820 (75,1%)	265.651 (66,3%)	312.356 (77,2%)
60 años y más	36.552 (11,7)	87.996 (21,9%)	42.839 (10,6%)
Total	311.415	400.869	404.495

Fuente: INE: Censo 2012, proyección a 2018 y Censo 2017.

El promedio de edad varía según el origen de la información. En las proyecciones del INE para el año 2018, el promedio de edad es de 40,07 años, mientras en el Censo 2017 es de 34,5 años, con un aumento en la densidad poblacional entre los 25 y los 35 años, tal como se muestra a continuación (Figura 3). Dicha diferencia se explica por la significativa diferencia en la cantidad de mayores de 60 años, según lo expuesto previamente.

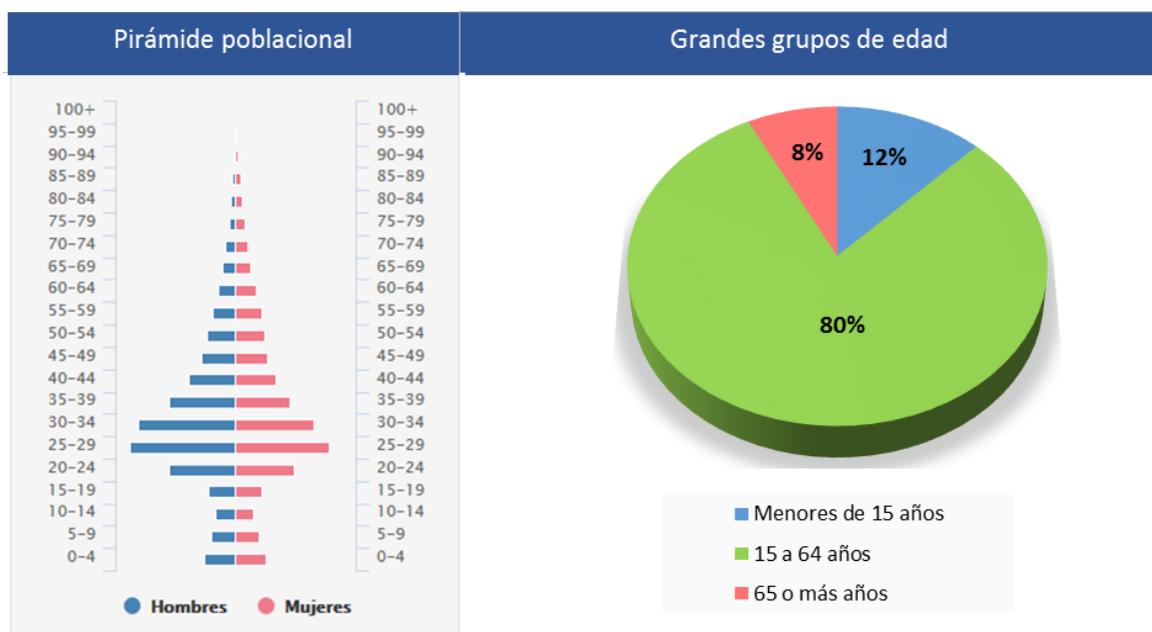


Figura 3: Distribución por edad de la población de la comuna de Santiago.

1.2.1 Natalidad y Fecundidad

Con respecto a los nacimientos ocurridos en la comuna, de acuerdo a los datos del Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS) del Ministerio de Salud (Minsal) año 2016, la tasa de natalidad (que se refiere a la cantidad proporcional de nacimientos por cada 1.000 habitantes) es levemente superior en la comuna de Santiago, con respecto a la tasa a nivel regional y nacional. Esto puede explicarse en parte por la cantidad de familias jóvenes que han poblado la comuna los últimos años.

Tabla 2: Tasa de natalidad por cada 1.000 habitantes de la comuna de Santiago, en comparación con información de la Región Metropolitana y nacional

	Población 2016	Nacidos vivos	Tasa
Nacional	18.191.884	232.616	12,8
Región Metropolitana	7.399.042	96.963	13,1
Santiago	372.330	5.703	15,3

Fuente: DEIS, Serie Nacimientos.

Del total de niños nacidos vivos en el año 2016 en la comuna, el 50,3% corresponden a niños y el 49,7% a niñas. De ellos, el 99,9% recibieron atención profesional del parto. De 0,1% no se tiene información.

Al desagregar los nacimientos por edad de la madre, se aprecia que el 73,7% de los nacidos vivos se encuentran en el grupo entre 20 a 34 años, tal como se detalla a continuación:

Tabla 3: Distribución por edad de la madre de los nacidos vivos inscritos en la Red de salud de la comuna de Santiago, en el año 2016.

Grupo de edad de la madre	Nacidos vivos inscritos	% Nacidos vivos inscritos
Menor de 15 años	5	0,1%
15-19 años	241	4,2%
20-34 años	4.054	71,3%
35 y más años	1.377	24,2%

Fuente: DEIS, Serie Nacimientos.

Este dato se condice con la realidad regional, pues el 71% de las madres se encuentran en el grupo de 20 a 34 años.

El promedio de hijos por mujer en edad fértil de 15 a 49 años en la comuna ha disminuido progresivamente, desde un 1,47 de acuerdo a datos del Censo 2002, a un 1,17 según datos del año 2012. Los resultados del Censo 2017 arrojaron que la paridad media es de 0,7 hijos por cada mujer en edad fértil.

1.2.2 Población migrante y pueblos originarios

Según los datos del Censo 2012, residían en Santiago 38.737 personas en condición de migrante extranjero, lo cual corresponde al 12,43% de la población total. En relación a los países de origen, destacaban especialmente Perú (53,7%), Colombia (13,7%) y Argentina (5,1%). Dichos valores han aumentado progresivamente, hasta llegar a un 28% de población migrante según el Censo 2017 (cerca de 113.000 habitantes), entre los cuales destaca especialmente Venezuela (30.7%), Perú (30.3%) y Colombia (16.5%). Es relevante hacer notar que, del total de población inmigrante, el 80% llegó al país entre los años 2010 y 2017. La edad media de la población migrante es de 31,6 años, lo que se condice con la realidad de la comuna.

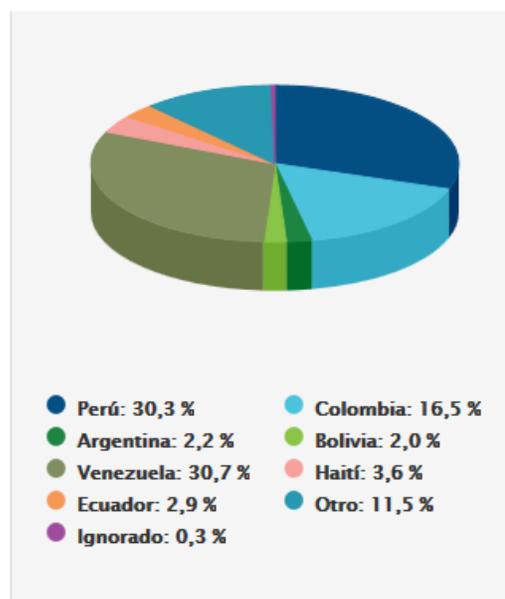


Figura 4: Distribución de la población migrante residente en la comuna de Santiago según país de origen, 2017.

Con respecto a la pertinencia de pueblos originarios, existe una correspondencia entre los censos 2012 y 2017. En el Censo 2012, un 8.49% declaró considerarse perteneciente, mientras en el Censo 2017 la cifra fue de un 8%. En ambos años, la mayoría de esta población declaró sentirse perteneciente al pueblo Mapuche.

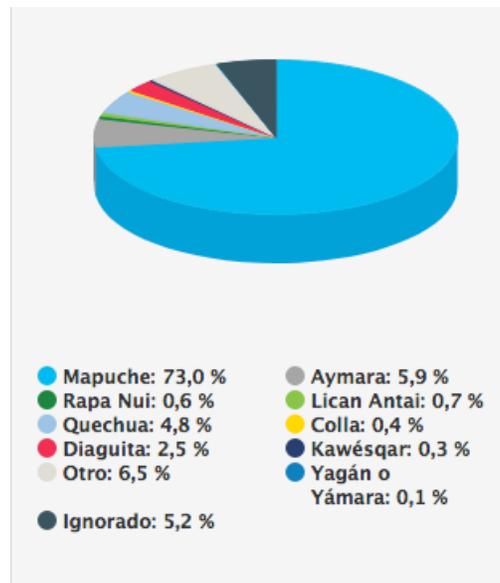


Figura 5: Distribución de la población de pueblos originarios residente en la comuna de Santiago según país de origen, 2017.

1.3 Situación socioeconómica y cultural

1.3.1 Pobreza

De acuerdo a la nueva clasificación de la pobreza multidimensional, Santiago se encuentra dentro de las primeras 11 comunas con menor proporción, con un 11,6%.

Tabla 4: Comunas con menor nivel de pobreza del País.

Comuna	Pobreza por Ingresos	Pobreza Multidimensional (*)
	Porcentaje	Porcentaje
Providencia	0,7	4,6
Las Condes	0,6	4,8
Punta Arenas	4,4	7,6
Los Andes	5,3	9,0
Arauco	16,3	9,5
Ñuñoa	2,4	10,7
Chile Chico	7,4	11,0
Talcahuano	12,9	11,4
Porvenir	1,1	11,5
San Miguel	3,5	11,6
Santiago	5,9	11,6

Nota: (*) Existen hogares de la muestra sin información para determinar la situación de pobreza multidimensional. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2015.

Si se considera la pobreza de acuerdo al ingreso, en ese caso Santiago ocupa el lugar n°21, con un 5,9% de los hogares en dicha situación.

1.3.2 Previsión

En cuanto al Sistema Previsional de Salud, la población de la comuna se distribuye mayoritariamente en FONASA, pero sólo con un 56%. En este ámbito, Santiago se separa de lo que se produce en la región, siendo notoria una mayor proporción de personas en ISAPRE y particulares en esta comuna.

Tabla 5: Sistema Previsional de la Población de la Región Metropolitana y la Comuna de Santiago

Nivel	Fonasa	Isapre	F.F.A.A. y del Orden y otro sistema	Ninguno (particular)	No sabe
País	77,3	15,1	2,9	3,1	1,7
R. Metropolitana	71,0	21,3	2,8	3,3	1,6
Santiago	56,0	30,4	3,6	7,4	2,6

Fuente: CASEN 2015 (Ministerio de Desarrollo Social)

1.3.3 Viviendas y hogares

En forma concordante con el aumento poblacional, se ha producido también un incremento en el número de hogares que se encuentran en la comuna, entendiéndose este como una unidad formada por una o más personas, vinculadas o no por lazos de parentesco, y que residen habitualmente en la misma vivienda particular. El número de hogares ha aumentado desde 71.481 (Censo 2002), a 134.581 (Censo 2012), y luego a 173.881 (Censo 2017). Sin embargo, el número de integrantes se ha reducido desde unas 2,78 personas por hogar (2002) a 2,2 personas por hogar (2012), dato que se mantiene en el último Censo 2017. Con respecto al tipo de hogar, y en línea con lo anterior, ha aumentado la proporción de hogares unipersonales, desde un 29,04% en el 2002 a un 35,6% en el 2012, que se mantiene en 35,3% en el Censo 2017.

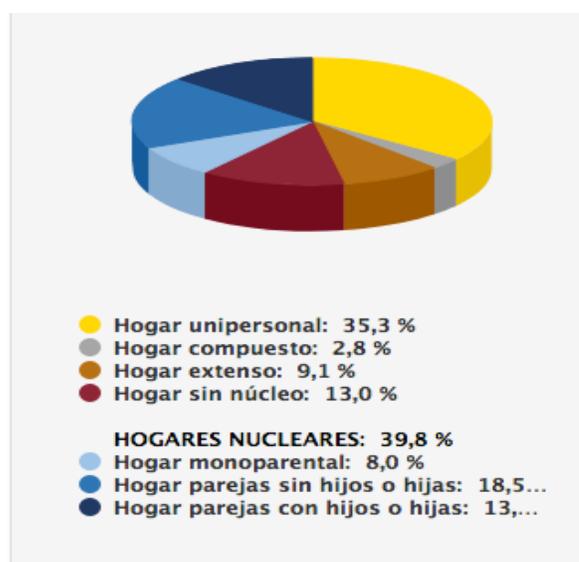


Figura 6: Tipología de hogares en la comuna de acuerdo al Censo 2017.

En relación a las viviendas particulares, ha aumentado su número en un 95% en los últimos 10 años registrados, desde 77.514 el año 2002 a 151.556. Según datos del año 2012, un 77,34% de las viviendas corresponden al tipo departamento, de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 6: Distribución del tipo de vivienda de acuerdo a los censos 2002 y 2012 en Santiago.

Tipo de vivienda	Censo 2002	Censo 2012
Departamento	58,97%	77,34%
Casa	34,74%	16,69%
Pieza en casa antigua o conventillo	5,38%	5,75%
Otro tipo de vivienda particular	0,62%	0,12%
Mediagua o mejora	0,24%	0,04%
Rancho, choza o vivienda tradicional indígena	0,29%	0,05%
Móvil	0,03%	0,00%

Fuente: INE: Censo 2002 y Censo 2012.

Respecto a las características de las viviendas particulares y al acceso a servicios básicos, de acuerdo al Censo 2012 un 99,99% cuenta con alumbrado eléctrico (99,36% en 2002), 99,98% de las viviendas tiene acceso a la Red pública de agua (99,36% en 2002) y 99,94% cuenta con retiro de basura por medio de servicios de aseo. Es necesario mencionar, que, con respecto al uso de sistema de combustible, un 0,98% de las viviendas carece de sistema de combustible para cocinar; un 2,67% carece de sistema de agua caliente y un 29,28% no usa combustible o carece de sistema de calefacción.

1.3.4 Hacinamiento

De acuerdo a la encuesta CASEN 2015, el porcentaje de hogares en situación de hacinamiento en la comuna de Santiago alcanza a un 9,5%, siendo este valor superior al regional y nacional. Al observar la realidad de este fenómeno entre las comunas de la Región Metropolitana, nuestra comuna se encuentra en el lugar 18 de las 26 que se evaluaron en la CASEN 2015.

Tabla 7: Porcentaje de hogares en situación de hacinamiento en Chile (extracto).

Nivel	% Hogares en situación de hacinamiento
País	7,1
R. Metropolitana	7,9
La Pintana	20,2
Santiago	9,5
Las Condes	1,1

Fuente: CASEN 2015 (Ministerio de Desarrollo Social)

1.3.5 Instrucción y nivel educacional

La población analfabeta de la comuna es un 0,6% según datos 2012. Esto cobra relevancia dado que el año 2002 la población analfabeta correspondía a 6,22%. Además, entre 2002 y 2012 el porcentaje de población de 15 años o más que han cursado o se encontraban cursando niveles de educación superior aumentó desde un 36,7% (69.917 personas) a un 55,1% (162.336 personas). Este aumento representa un crecimiento de 132,86%.

2. Situación de salud comunal

Un buen diagnóstico favorece una buena respuesta sanitaria. En la próxima sección se describirán los principales indicadores y herramientas que nos aportan información respecto al nivel de salud de la comuna y población a cargo. Se revisarán índices relacionados con la mortalidad y las principales enfermedades que producen demanda en los diferentes niveles de atención. Asimismo, se dará una mirada a los factores que determinan o influyen en el nivel de salud, a la estructura, a las características que poseemos como Red prestadora de servicios sanitarios y a la opinión que la comunidad tiene de las problemáticas que la afectan.

2.1 Mortalidad

2.1.1 Mortalidad General

De acuerdo a los datos disponibles y publicados por el DEIS, la tasa de mortalidad de la comuna se mantuvo excesivamente alta durante varios años, para luego sufrir un descenso importante a partir de 2013. Esto se refleja en que para los años 2011 y 2012, la tasa de mortalidad fue de 9,2 y 9,6 por cada 1.000 habitantes, respectivamente, y para 2013 disminuye a 4,6, tendiendo hacia la baja progresivamente. Esto se explica debido a la actualización de las proyecciones poblacionales realizadas por el INE a partir del Censo 2012.

Tal como se presentó en el Plan de Salud comunal 2017, al estimar y ajustar las tasas a las nuevas estimaciones poblacionales, la tasa de mortalidad ajustada de Santiago sería menor que la de la Región Metropolitana, exceptuando el año 2002, y va disminuyendo progresivamente.

De acuerdo a la última información disponible en el DEIS, la tasa de mortalidad general en la comuna alcanzó a 4,7 defunciones por cada 1.000 habitantes, situando a Santiago en un nivel inferior al promedio regional y nacional (tabla 8). Según sexo, es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 8: Tasas de Mortalidad y Defunciones en la comuna, comparado con la región metropolitana y a nivel nacional, en el año 2014, por sexo.

Nivel	Mortalidad General*					
	Total		Hombre		Mujer	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total, País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3
Región Metropolitana	38.839	5,4	19.775	5,6	19.062	5,2
Santiago	1.615	4,7	777	4,5	838	4,8

*Por 1.000 habitantes. Fuente: DEIS.

2.1.2 Mortalidad por grupos etarios

Respecto a la mortalidad por grupos etarios según la última información disponible en DEIS (2014) (tabla 9), es posible observar que para casi todos los grupos la tasa de mortalidad de la comuna es menor a la tasa regional y nacional, excepto las tasas de los grupos de 1 a 14 años. Para dichos grupos etarios esto puede deberse a que, al corresponder a pocos casos, una muerte cambia el indicador considerablemente.

En el grupo de 10 a 14 años es importante considerar que en mayor frecuencia la mortalidad se asocia a accidentes y suicidios, es decir, a situaciones que son prevenibles.

Y en relación al grupo de adultos, se encuentran tasas de mortalidad menores a la realidad regional y nacional, lo cual es especialmente evidenciable a nivel de adultos mayores.

Tabla 9: Tasa de mortalidad por cada 1.000 nacidos vivos y cada 1.000 habitantes según grupos etarios en la comuna, comparado con cifras regionales y nacionales.

Grupo etario	Comunal	Regional	Nacional
Neonatal (<28 días)	4,5	5	5,2
Postneonatal (28 días-11 meses)	1,3	2	2
1-4 años	4,8	2,3	2,9
5-9 años	1,5	1,2	1,4
10-14 años	2,4	1,6	1,6
15-19 años	1,7	3,6	4,3
20-44 años	7	8,7	9,7
45-64 años	32,9	43,8	46,6
65-79 años	12,8	21,2	22,6
80 y más años	54,4	109,7	109,2

Fuente: DEIS 2014

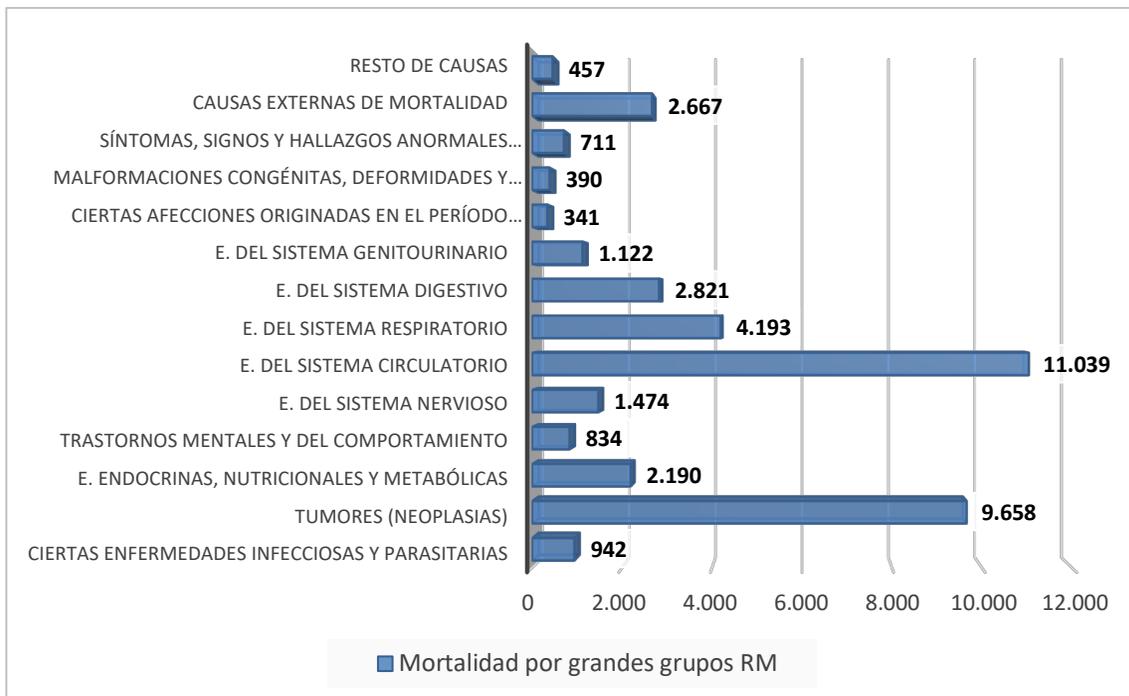
2.1.3 Razón de Mortalidad Materna

A nivel país, la razón de mortalidad materna en 2015 fue de 15,5 defunciones por cada 100.000 recién nacidos vivos, y en 2016 disminuye a 9 (DEIS). El monitoreo de este indicador es trascendente por la necesidad de mejorar la cobertura de controles prenatales tempranos. En su evaluación, es importante considerar que en los últimos años ha aumentado notablemente el número de madres inmigrantes (más del 50% de los partos del Hospital San Borja Arriarán en 2017). Ello podría afectar la tasa de mortalidad dado el menor seguimiento de patologías maternas previas o por la detección no oportuna de patologías del embarazo derivadas de un ingreso tardío o por falta de controles prenatales.

2.1.4 Mortalidad asociada a causas

Con respecto a las causas de mortalidad, la información del DEIS del año 2014 para la región nos muestra que las tres causas principales de mortalidad corresponden a Enfermedades del Sistema Circulatorio (11.039 muertes), Tumores (9.658 muertes) y Enfermedades del Sistema Respiratorio (4.193 muertes).

Gráfico 1: Número de defunciones en la Región Metropolitana, desagregada por causa.



Fuente: DEIS 2014

2.1.5 Índice de Swaroop

El índice de Swaroop expresa el número de muertes ocurridas que corresponden a mayores de 60 años, respecto del total de defunciones. Es ideal que este índice sea alto, dado que en caso contrario puede reflejar muertes prematuras.

Tal como se aprecia a continuación, el promedio del índice Swaroop es mayor para la comuna de Santiago que para el promedio regional y nacional. Además, según los últimos datos disponibles (DEIS 2014), se ve un aumento sostenido en el tiempo, consiguiendo un alza de casi 2 puntos entre los años 2011 y 2014.

Tabla 10: Evolución del índice de Swaroop entre los años 2011 y 2014 en Santiago, Región Metropolitana y a nivel país.

	2011	2012	2013	2014
Santiago	77,8	78,5	78,7	79,7
Región Metropolitana	77	77,9	77,7	78,2
Nacional	76,4	77,4	77,3	77,9

Fuente: DEIS.

El índice es considerablemente mayor para el grupo de las mujeres en comparación con los hombres en el mismo período, mostrando además un aumento progresivo y constante, contribuyendo al aumento del índice de forma global.

Tabla 11: Evolución del índice de Swaroop en la comuna, distribuido por sexo, entre los años 2011 y 2014.

	2011	2012	2013	2014
Hombres	71,4	71,2	71,1	72,1
Mujeres	84,3	85,6	85,8	86,8
Total	77,8	78,5	78,7	79,7

Fuente: DEIS.

2.1.6 Años de Vida Potencialmente Perdidos y Discapacidad

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) refleja la pérdida en años que se produce a partir de la muerte de personas jóvenes o fallecimientos prematuros. Para su cálculo se considera como límite potencial de vida los 80 años.

La importancia de este indicador radica en que permite reflejar desigualdades en salud, el impacto de las políticas públicas sanitarias y el acceso y protección de los grupos más vulnerables.

Tal como se aprecia a continuación (tabla 12), el indicador se mantuvo más alto que el promedio regional y nacional hasta el año 2013, y luego disminuyó drásticamente bajo el 50% de su valor anterior. Esto podría explicarse por el ajuste de las poblaciones de referencia utilizadas posterior al Censo 2012, siendo un dato más fidedigno.

Tabla 12: Evolución del índice AVPP en la comuna, región y país, entre los años 2011 y 2014. Expresado como tasa por cada 1.000 habitantes.

	2011	2012	2013	2014
Santiago	119,4	115,8	53,7	53,9
Región Metropolitana	67,9	66	64,2	64,7
Nacional	72,7	71,6	71,4	71,2

Fuente: DEIS.

Además, la tasa de AVPP es mayor para hombres que mujeres en la comuna (tabla 13).

Tabla 13: Evolución del índice AVPP en la comuna, por sexo, entre los años 2011 y 2014. Expresado como tasa por cada 1.000 habitantes.

	2011	2012	2013	2014
Hombres	149,3	147,1	69,9	68,4
Mujeres	87,5	82,3	37,1	39,5
Total	119,4	115,8	53,7	53,9

Fuente: DEIS.

Según los resultados del Segundo Estudio Nacional de Discapacidad (II ENDISC, 2015), las personas en situación de discapacidad mayores de 2 años de la Región Metropolitana corresponden al 17,2% de la población, cifra mayor a la proporción nacional, que corresponde a un 16,7%.

Si se observan los datos en la población adulta (mayores de 18 años), la Región Metropolitana presenta una cifra similar a la nacional, con 20,3% de personas en situación de discapacidad, 8,4% correspondiente a discapacidad severa y 12% a discapacidad moderada, manteniendo una prevalencia en mujeres del 25,8% (un punto superior a la cifra nacional) y 14,4% en hombres (0,4% bajo la cifra nacional).

Si bien los últimos datos comunales sobre las personas en situación de discapacidad residentes en Santiago son de la Encuesta Casen 2013, en donde se estimó que el 5,4% de la población presentaba algún grado de discapacidad, los datos que arrojó a nivel regional fueron de un 5,7%, muy por debajo de lo entregado por II ENDISC, lo cual se debe a que en éste último se utilizó una metodología más compleja y específica, con datos no sólo asociados a la situación de salud y capacidad de las personas, sino también a diversos factores personales y ambientales, por lo que se considera que son datos que reflejan mejor la realidad de la región y del país.

2.2 Morbilidad

2.2.1 Consultas de Morbilidad

La morbilidad es la atención profesional otorgada por el médico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos de nivel primario de atención, también conocida como consulta médica. (Fuente: [Manual Series REM 2016](#)). Durante el año 2017, se realizaron un total de 65.867 consultas médicas en la Red, con un aumento de un 4,6% (2.939 consultas) con respecto al año 2016. En lo que va del año 2018 observamos un gran incremento, ya que al mes de agosto se ha realizado un 79% del total de consultas de 2017, con un promedio actual de 6.535 consultas mensuales, mientras que el promedio en 2017 fue de 5.488 consultas, siendo el Polo Domeyko el que presenta una mayor alza (tabla 14).

Tabla 14: Evolución del número de atenciones de morbilidad por año en cada Centro de Salud.

Morbilidades	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total Santiago
2016	11.760	27.883	12.599	10.686	62.928
2017	12.793	31.262	12.206	9.606	65.867
2018	9.610	25.981	8.937	7.754	52.282

Fuente: REM A04 años 2016, 2017 y Enero a Agosto 2018.

La mayor concentración de consultas se da en la etapa de la adultez, con un 45,29% (23.680) de las morbilidades, luego niños, personas mayores y finalmente adolescentes, sin embargo al revisar la tasa de consultas, son los niños hasta 9 años, seguido de las personas mayores quienes concentran una mayor cantidad de atenciones por usuario, lo cual se explica por ser grupos priorizados para la atención, debido a su mayor vulnerabilidad y riesgo de complicaciones.

Tabla 15: Tasa de atenciones de morbilidad por usuario inscrito en cada centro.

	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total Santiago
2018	0,59	0,45	0,35	0,41	0,44

Fuente: Datos REM A04 Enero a Agosto 2018

Tabla 16: Número total de atenciones y Tasa de atenciones de morbilidad por etapa del ciclo vital.

	0 - 9 años	10 - 19 años	20 - 64 años	65 y mas	Total Santiago
Tasa de atenciones	0,9	0,22	0,34	0,59	0,44
N° total atenciones	13.253	3.113	23.680	12.236	52.282

Fuente: Datos REM A04 Enero a Agosto 2018

Al analizar el tipo de consultas que se realizaron durante el periodo enero a agosto de 2018 (tabla 15), un 63,37% se realizó a mujeres, proporción que se mantiene en la mayoría del ciclo vital, excepto en niños donde se atendió a más hombres.

El tipo de consulta según edad va variando (tabla 17). La segunda más frecuente en la infancia es el síndrome bronquial obstructivo (SBO) y otras respiratorias, mientras que las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas y otras respiratorias lo son en adulto y personas mayores. Mientras que la clasificación diagnóstica "otras morbilidades" es el motivo de atención más frecuente en todo el ciclo vital, con un 81,64% (42.687) del total de atenciones. Esto se explica debido a que este tipo de clasificación se utiliza para nombrar al resto de los motivos de consulta, siendo algunos ejemplos: lumbago, cuadros diarreicos, dolores músculo esqueléticos, solicitudes administrativas como certificados médicos, renovación de receta, procedimientos quirúrgicos menores, entre otros.

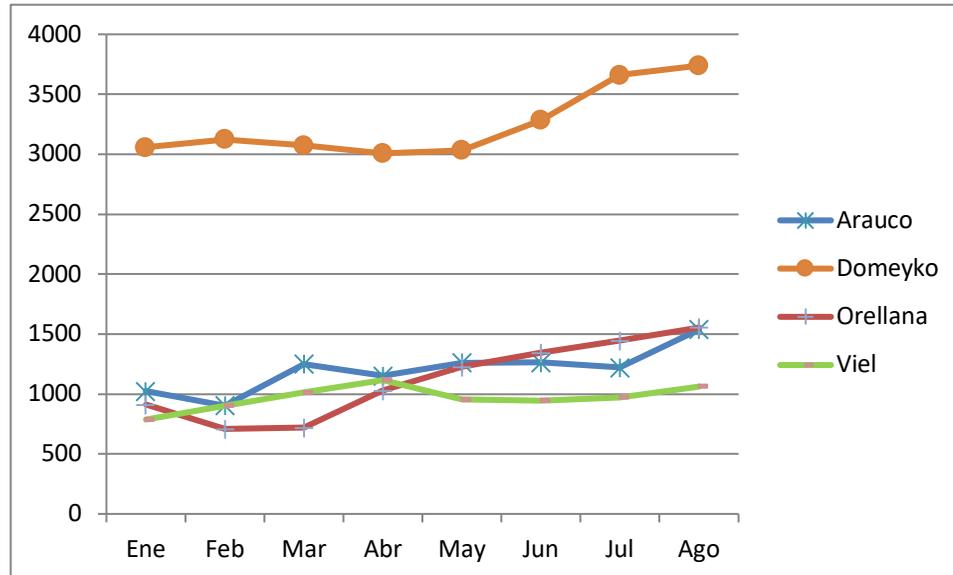
Como era de esperar, durante los meses de Abril a Agosto, todos los centros aumentaron su número de atenciones, ya que durante este periodo se realiza la "Campaña de invierno" que busca dar cobertura a los cuadros respiratorios, principalmente a grupos de riesgo.

Tabla 17: Tipo de consulta más frecuente según edad y sexo.

Tipo de consulta	0 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años o más	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Otras morbilidades	4.013	3.845	1.268	1.342	6.365	14.965	3.486	7.403
IRA alta	1.599	1.449	156	176	274	839	87	211
Otras respiratorias	536	505	63	55	160	534	187	500
Síndrome bronquial obstructivo	581	546	-	-	-	-	-	-
Neumonía	83	64	7	3	26	85	73	172

Fuente: Datos REM A04 Enero a Agosto 2018

Gráfico 2: Evolución de atenciones de morbilidad por centro desde Enero a Agosto



Fuente: REM A04 Enero a Agosto 2018

Estos datos nos plantean un desafío como Red, en varios aspectos:

- Mejorar el acceso a la atención de grupos “no priorizados” como son los adolescentes, los adultos y principalmente hombres entre 20 y 64 años.
- Precisar la clasificación existente para atenciones de morbilidad, principalmente en la categoría “otras morbilidades”, con el fin de dar cuenta del real motivo de consulta de los usuarios, y de esta forma generar estrategias que nos permitan dar respuesta a ellos de forma dirigida.
- Finalmente, si bien la Red ha ido aumentando año a año su oferta de atenciones médicas, el gran aumento de población atendida y la cronicidad de sus pacientes nos pone como desafío buscar nuevas formas de satisfacer una demanda, que crece día a día.

Consultas en SAPU

Nuestra Red cuenta con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), el cual se encuentra en el CESFAM Ignacio Domeyko.

Durante el periodo de enero a agosto de 2018, se realizaron un total de 14.512 atenciones en SAPU, con una disminución de un 12,4% (1.803 atenciones) con respecto al año 2017 (tabla 19). Podemos ver además que durante los meses del presente año las atenciones mensuales se mantuvieron muy cercanas al promedio, en cambio durante 2017, existió un aumento de atenciones durante los meses de marzo a junio, periodo en el cual se desarrolla la campaña de invierno, debido al aumento estacional de patología respiratoria.

Tabla 18: Distribución de número de consultas en SAPU por mes, entre enero y agosto de 2017 y de 2018

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Promedio mensual
2017	1.743	1.465	2.030	2.301	2.201	2.444	2.073	2.058	2.039
2018	1.608	1.515	2.077	1.757	1.819	1.749	1.986	2.001	1.814

Fuente: REM A08.

Los usuarios inscritos en CESFAM Domeyko son los que más utilizan el SAPU, con un 70,19% de las atenciones, lo cual probablemente tiene relación con la ubicación del centro (tabla 18).

Es importante destacar que, del total de las atenciones, las de los usuarios no inscritos en nuestra Red corresponden al 26,61%. Esta muestra un alza con respecto a 2017 (que fue de 21,5%), explicado probablemente porque los SAPU son centros abiertos a la comunidad, y éste, al encontrarse emplazado en el centro de la comuna, tiene un acceso relativamente fácil.

Tabla 19: Distribución de número de consultas en SAPU por polo entre enero y agosto de 2018.

Atenciones	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		No inscritos		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	241	1,7	10.187	70,2	151	1,0	70	0,5	3.863	26,6	14.512

Fuente: REM A08. Sistema de registro ficha clínica OMI. *N=Número

Un 40,07% de las atenciones realizadas fueron a usuarios migrantes y 5,98% a usuarios pertenecientes a pueblos originarios (tabla 20). Esta información fue evaluada en el periodo abril a agosto de 2018, debido a que en ese periodo se inicia el registro de este dato. La proporción de usuarios migrantes es evidentemente más alta que la inscrita en nuestros centros.

Tabla 20: Distribución de número de consultas en SAPU en usuarios migrantes y de pueblos originarios, en comparación con el total de atenciones, entre abril y agosto de 2018.

	Pueblos originarios		Migrantes		Total atenciones abril a agosto 2018	
	N	%	N	%	N	%
Atenciones	557	5,98	3.732	40,07	9.312	100

Fuente: Sistema de registro ficha clínica OMI.

Del total de atenciones realizadas, el 57,3% fue hecha a mujeres. El grupo etario con mayor número de consultas fue de edad adulta, con un 53,92% de las atenciones, seguida por niños de 1 a 4 años con 17,22%. El grupo de personas mayores desde 80 años concentra el menor número de consultas.

Tabla 21: Distribución por edad y sexo de consultas en SAPU, entre enero y agosto de 2018.

	Hombres	Mujeres	Total
< 1 año	357	343	700
1 - 4 años	1.340	1.159	2.499
5 a 9 años	571	558	1.129
10 a 19 años	538	603	1.141
20 a 64 años	2.976	4.849	7.825
65 a 79 años	323	595	918
> de 79 años	91	209	300
Total	6.196	8.316	14.512

Fuente: Sistema de registro ficha clínica OMI, REM A08.

Para analizar el número de consultas que se realizaron según tipo de diagnóstico, se consideraron los meses de abril a agosto de 2018, debido a que desde ese periodo se inicia la categorización de los motivos de consulta según clasificación DEIS.

Se seleccionaron los 5 diagnósticos más frecuentes: el 50,06% corresponde a otras causas, 31,41% corresponde a IRA alta, ambos diagnósticos en todos los rangos etarios son el primer y segundo motivo de consulta que más se repiten, luego 7,97% SBO (diagnóstico exclusivo de menores de 5 años) y 5,54% diarrea aguda. Cabe destacar que por ahora no es posible hacer una comparación estacional de los diagnósticos con años anteriores, ya que esta clasificación inicia en abril 2018.

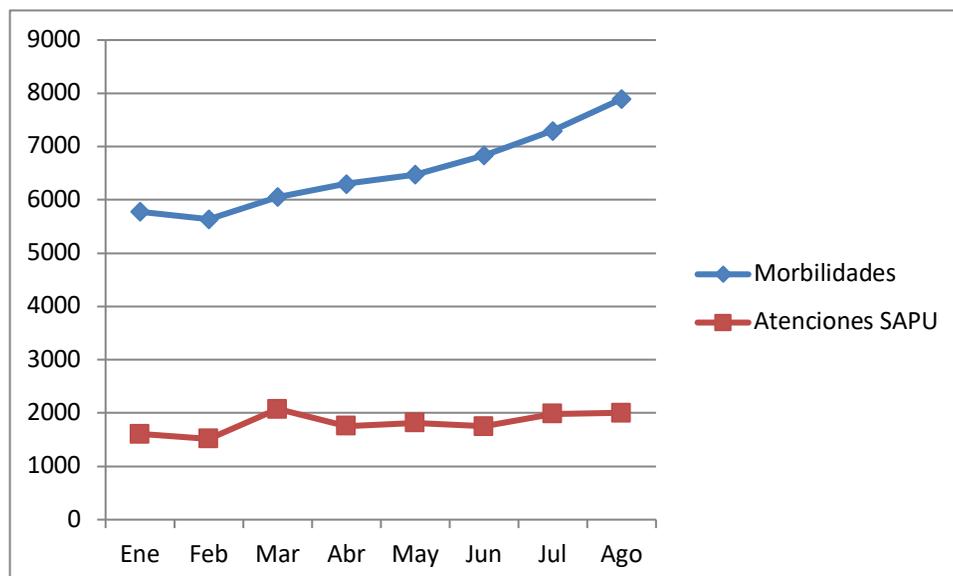
Tabla 22: Diagnósticos más frecuentes en consultas SAPU, entre abril y agosto de 2018.

Diagnóstico	Número de consultas	% de consultas
IRA alta	2.925	34,41
SBO	743	7,97
Diarrea aguda	516	5,54
Neumonía	87	2,02
Otras causas	4.662	50,06

Fuente: Sistema de registro ficha clínica OMI.

Al comparar la evolución del número de atenciones de morbilidad y el número de consultas de SAPU durante el periodo Enero a Agosto 2018, podemos observar que hubo un aumento progresivo desde el mes de Abril en las morbilidades, mientras que las consultas de SAPU se mantienen estables a lo largo del periodo. Este comportamiento nos parece positivo, ya que nuestra Red pudo contener el aumento de consultas respiratorias de invierno aumentando su capacidad de atención y no a costa de sobrecargar el SAPU.

Gráfico 3: Evolución atenciones de morbilidad y número de atenciones de SAPU en la Red durante 2018.



Fuente: Rem A04 - REM A08 Enero a Agosto 2018

Estos datos nos plantean varios desafíos como Red:

- Debe mejorarse la forma de clasificar las “otras causas” como tipos de atención, con el fin de dar cuenta del real motivo de consulta de los usuarios y generar estrategias para dar respuesta a ellos de forma dirigida. De todas formas es un gran avance el inicio del registro con diagnósticos DEIS.
- El número elevado de consultas de usuarios migrantes nos desafía a tener una visión intercultural de la atención, tomando en cuenta que hay pacientes que incluso hablan en otros idiomas (como el kreyol). Asimismo, integrarlos y educarlos en el funcionamiento de la APS y los servicios de urgencia, con el fin de que accedan a las atenciones ambulatorias de los Cesfam.

2.2.2 Egresos Hospitalarios

Se cuenta con la información disponible de egresos hospitalarios de los principales centros de referencia de la Red, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) y Hospital Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (HUAP) del año 2017, a partir del listado de egresos del DEIS. Dentro de esta base de datos, se filtró los usuarios que potencialmente se atienden en la Red que registren comuna de residencia Santiago y que no tengan previsión ISAPRE.

De los 13.398 egresos seleccionados, 9.652 (72%) corresponden al HCSBA, de los cuales 2.125 (22%) a pacientes menores de 15 años. La distribución por etapa del ciclo vital de los egresos se encuentra en la tabla 23.

Tabla 23: Distribución por edad y sexo de los egresos hospitalarios de HCSBA y HUAP de usuarios de la comuna en 2017.

Distribución etaria	Hombres	Mujeres	Total
0 - 9 años	1.002	753	1.755
10 - 19 años	223	578	801
20 - 64 años	2.290	5.617	7.907
> 64 años	1.353	1.581	2.934

Fuente: DEIS

Con respecto a la clasificación diagnóstica de los egresos en ambos centros, en la tabla 24 se enumeran las 15 más frecuentes, que representan al 32,6% de los usuarios egresados.

Tabla 24: Distribución de los 15 diagnósticos más frecuentes en egresos hospitalarios de HCSBA y HUAP de usuarios de la comuna en 2017

Diagnósticos	n	(%)
Parto presentación cefálica	1.350	10,1
Parto presentación podálica	620	4,6
Apendicitis aguda	288	2,1
Colelitiasis sin colecistitis	257	1,9
Aborto	232	1,7
Neumonía	221	1,6
Cáncer de colon	213	1,6
Malformación congénita del intestino	183	1,4
Colecistitis aguda por colelitiasis	168	1,3
Cesárea con histerectomía	166	1,2
Neumonía por VRS*	158	1,2
Falso trabajo de parto	132	1,0
Complicación relacionada con el embarazo	128	1,0
Infección urinaria	126	0,9
Cáncer de mama	124	0,9

*VRS: Virus Respiratorio Sincicial. Fuente: DEIS.

A continuación, se observan los 5 diagnósticos más frecuentes (Tabla 25).

Tabla 25: Distribución por edad de los 5 diagnósticos más frecuentes en egresos hospitalarios de HCSBA y HUAP en 2017, expresados como porcentaje del total de egresos para la edad.

0-9 años		10-19 años		20-64 años		Más de 64 años	
Diagnóstico	Frecuencia %	Diagnóstico	Frecuencia %	Diagnóstico	Frecuencia %	Diagnóstico	Frecuencia %
Neumonía por VRS	8,9	Malformación congénita del intestino	15,0	Parto presentación cefálica	15,6	Neumonía	5,5
Ictericia neonatal	6,6	Parto presentación cefálica	14,6	Parto presentación podálica	7,3	Cáncer de colon	4,1
Neumonía viral	5,9	Apendicitis aguda	6,0	Aborto	2,7	Infección urinaria	2,9
Recién nacido de pre término	5,8	Parto presentación podálica	5,3	Apendicitis aguda	2,6	Hiperplasia de próstata	2,6
Dificultad respiratoria del recién nacido	4,1	Episodio depresivo	2,4	Colelitiasis sin colecistitis	2,3	Colelitiasis sin colecistitis	2,3

Fuente: DEIS.

En niños destacan los egresos por patologías relacionadas con el periodo de recién nacido y por neumonía viral, en particular por virus respiratorio sincicial (VRS). En adolescentes destacan las causas quirúrgicas, especialmente por patología congénita del colon, probablemente asociado a resolución quirúrgica de divertículo de Meckel, y además aparece episodio depresivo como causa del 2% de los egresos en la edad. En adultos se puede observar un número importante de egresos relacionados con el embarazo y el parto (25,7% del total de egresos en este rango etario), tras lo cual aparecen patologías quirúrgicas no prevenibles como apendicitis aguda y coleditiasis. Y en adultos mayores aparece cáncer de colon como la causa del 4% de los egresos e hiperplasia prostática, no presentes en los otros rangos etarios.

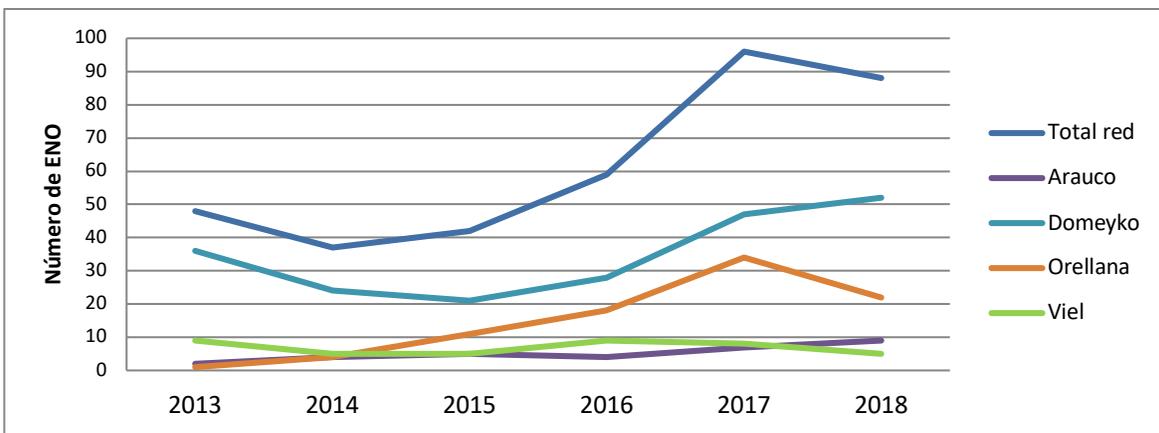
En general, se observa que se trata de patologías poco prevenibles en atención primaria, pero sí detectables, como son los casos de neumonías, cáncer de mama y coleditiasis. En el caso de neumonía, es una patología transmisible cuyas complicaciones podrían evitarse en APS, de modo de disminuir los índices de hospitalización.

2.2.3 Enfermedades de Notificación Obligatoria

Desde enero del 2013 a agosto 2018 se han realizado 370 notificaciones en la Red de salud municipal de enfermedades de notificación obligatoria (ENO). De éstas, 88 (23,8%) se han realizado desde enero a agosto de 2018.

En el gráfico 4 se puede observar la evolución de las notificaciones de ENO en la Red y por Polo entre enero de 2013 y agosto de 2018, donde se evidencia el aumento de incidencia, especialmente en el año 2017:

Gráfico 4: Evolución de casos ENO entre enero de 2013 y agosto de 2018 por Polo.

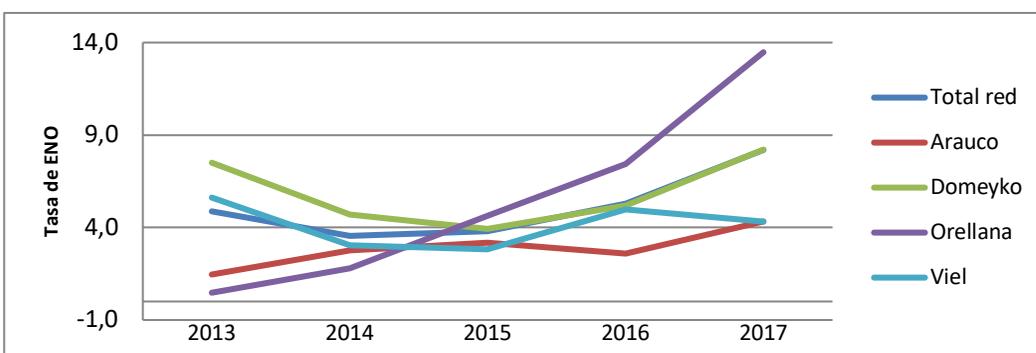


Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Durante este año, a agosto, se ha alcanzado el 92% de las notificaciones que se hicieron durante 2017, entre enero y diciembre.

Se evidencia que el Polo Domeyko tiene el mayor número de notificaciones, correlacionado desproporcionalmente con el número de inscritos. En el gráfico 5 se ve la evolución en el tiempo de la tasa de notificación por cada 10.000 inscritos, por polo, donde destaca el aumento sostenido en el tiempo del número de notificaciones en el polo Orellana, más del doble en 4 años, desproporcional al aumento del número de personas inscritas validadas anualmente:

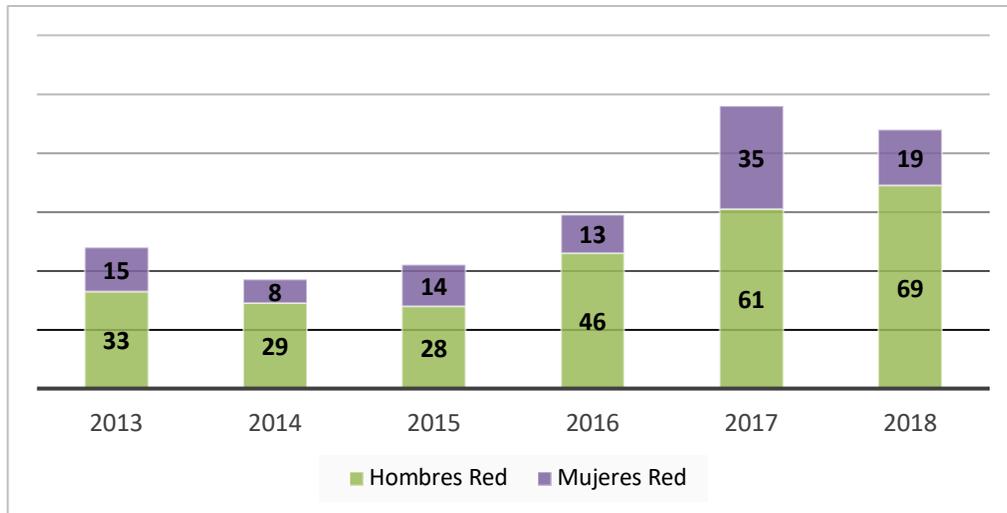
Gráfico 5: Evolución de ENO por cada 10.000 inscritos en la Red y por Polo



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

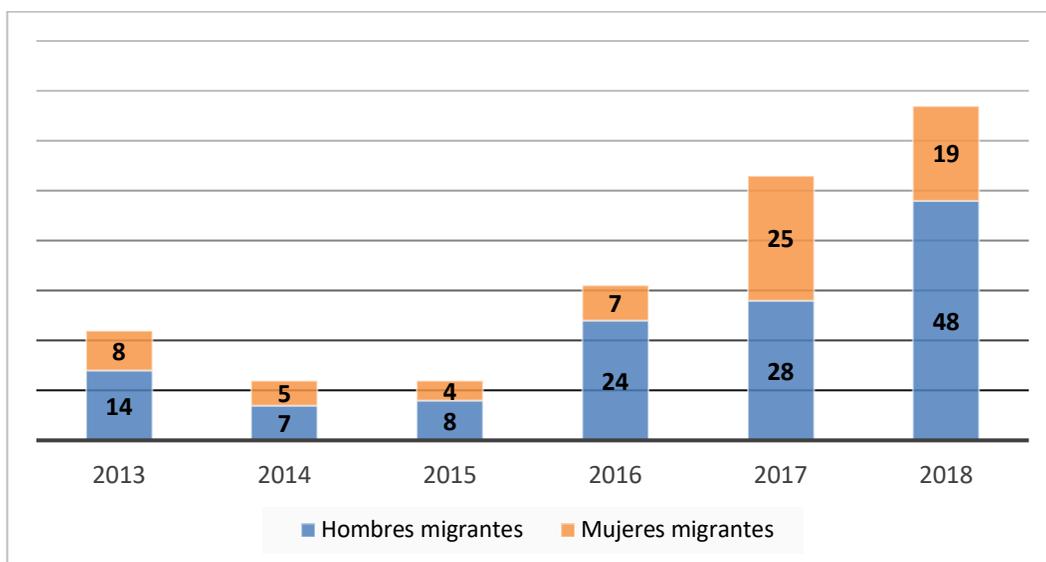
Con respecto al género y la población migrante, a continuación, en los gráficos 6 y 7 se puede ver la evolución en el tiempo del número de notificaciones en hombres y mujeres, y personas no chilenas inscritas en la Red, separadas por sexo, en que se ve una evolución similar entre ambas.

Gráfico 6: Distribución por sexo de casos ENO por año en la Red



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Gráfico 7: Distribución por sexo de casos ENO en usuarios migrantes por año.



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Al evaluar la tasa de notificaciones en población migrante inscrita, sólo se cuenta con la especificación de población inscrita migrante desde 2016.

En 2016 la tasa global de la Red de ENO fue de 5 notificaciones por cada 10.000 inscritos, y en migrantes de 15 notificaciones por cada 10.000 usuarios inmigrantes inscritos en la Red, es decir, 3 veces mayor. A su vez, en 2017, la Red tiene una tasa de 8 en 10.000 y en migrantes de 20 por cada 10.000 inmigrantes, 2,5 veces mayor que en la Red general.

Con respecto a la diferenciación diagnóstica de las ENOs, de las notificaciones que se han realizado desde 2013, en la tabla 26 se observa el número por diagnóstico:

Tabla 26: Número de casos por clasificación diagnóstica de ENO realizadas desde enero 2013 a agosto 2018 en la Red.

Diagnósticos/Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mordedura de animal	0	0	0	2	2	9
Sífilis	1	1	3	2	7	4
TBC pulmonar*	9	7	14	10	15	11
VIH**	29	22	14	37	54	60
Hepatitis viral	2	0	4	2	4	0
Enfermedad de Chagas	0	1	2	3	8	1
Parotiditis	2	4	2	1	1	2
Gastroenteritis aguda/ Intoxicación alimentaria	2	0	0	0	0	0
Gonorrea	1	1	2	0	3	0
Rubéola	1	1	0	0	0	0
Coqueluche	1	0	0	1	1	0
Sarampión	0	0	1	0	0	1
Varicela	0	0	0	1	0	0
Rabia	0	0	0	0	1	0

*TBC = tuberculosis. **VIH = virus de inmunodeficiencia humano.

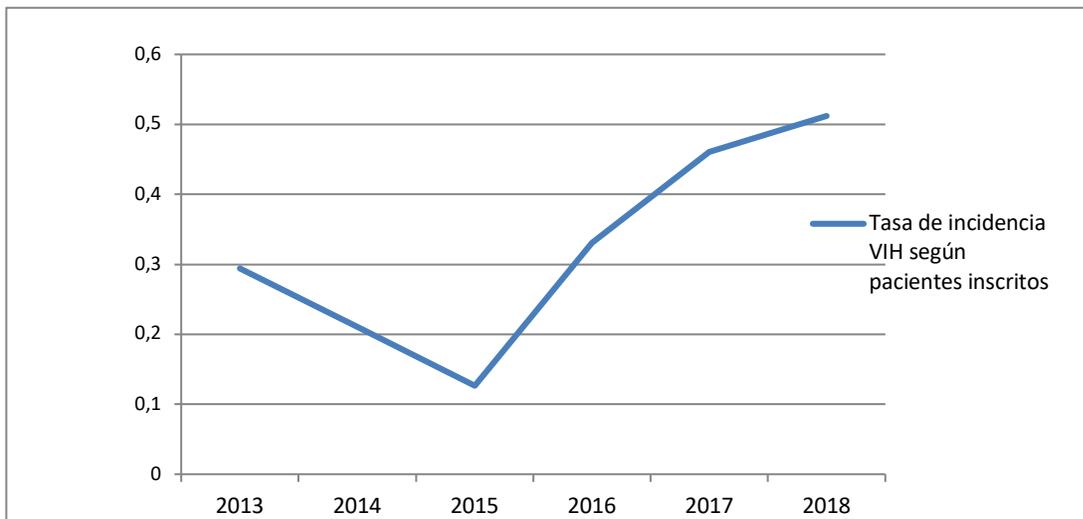
Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

En esta Tabla se evidencia el aumento progresivo del número de diagnósticos de VIH, que se ha triplicado en los últimos 5 años. Esto podría ser explicado por el aumento en la capacidad de tamizaje, por ejemplo, aumento del acceso a realización de tests de Elisa, y en el último año de tests rápidos. También se ha visto un aumento nacional de la incidencia de VIH, lo que no se corresponde con la velocidad de aumento en la Red.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) tiene un programa específico en relación al VIH, ONUSIDA, que lidera el esfuerzo mundial por poner fin a la epidemia como amenaza para la salud pública mundial para el 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Al 2017, Chile tiene una prevalencia de VIH de 0,6%, con una incidencia anual de 6.000 casos nuevos a nivel nacional, de 0,33 casos nuevos por cada 1.000 chilenos, específicamente 0,6 por cada 1.000 adultos entre los 15 y 49 años.

Considerando que puede existir un porcentaje de usuarios de la comuna que sean diagnosticados en otros lugares (otras comunas o ciudades, en nivel secundario o terciario, etc.), en el gráfico 8 puede verse la evolución de la tasa de incidencia de notificaciones ENO de VIH por cada 1.000 inscritos de los últimos 5 años en la Red. La más baja fue la del 2015, con 0,13 notificaciones ENO de VIH por cada 1.000 inscritos, desde entonces ha ido aumentando, alcanzando en 2016 la tasa estimada por ONUSIDA para el país, y luego sobre la estimada en 0,46 y 0,51 en 2017 y 2018, respectivamente; esto muestra un aumento sostenido de la incidencia, desproporcional al aumento del número de población inscrita.

Gráfico 8: Tasa de incidencia VIH por cada 1.000 pacientes inscritos en la Red, entre 2013 y agosto 2018



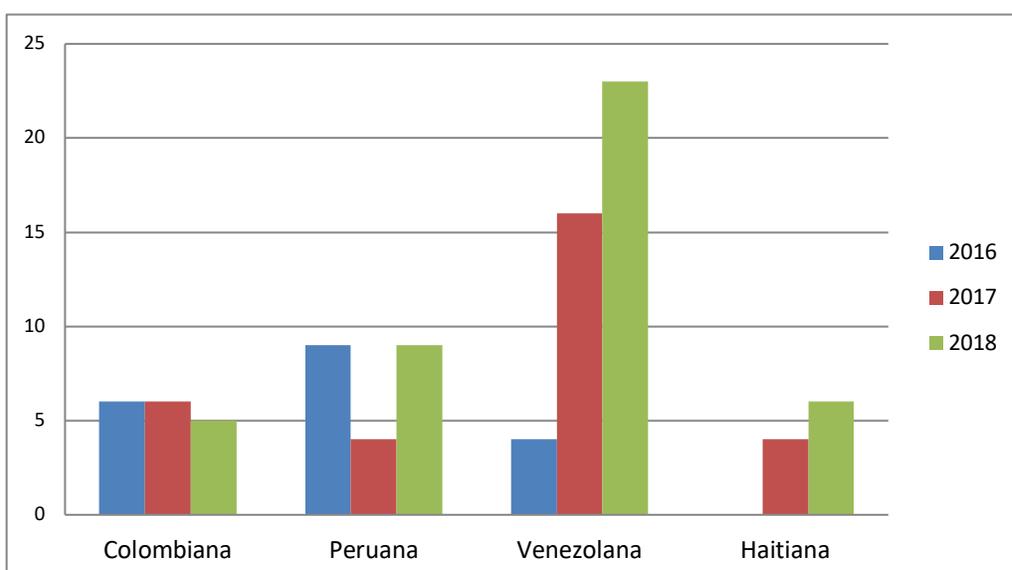
Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Acorde a las cifras nacionales, el 83% de los casos notificados a agosto 2018 en la comuna son de sexo masculino, cifra un poco mayor que la del 2017, que en el año completo fue de 81,5%.

Se evidencia una gran diferencia entre la incidencia de casos en pacientes inscritos según su condición de migrante. La tasa general de 2016 fue de 0,33 notificados por cada 1.000 inscritos y en población migrante de 23 por cada 1.000 inscritos migrantes (69 veces mayor), mientras que en 2017 fue de 0,46 en toda la Red y en migrantes de 32 (se mantiene en 69,5 veces mayor).

En el Gráfico 9 se observa la evolución por año de la cantidad de notificaciones hasta agosto de 2018 de las 4 nacionalidades extranjeras más frecuentes.

Gráfico 9: Evolución por año de casos migrantes notificados por VIH, por nacionalidad



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

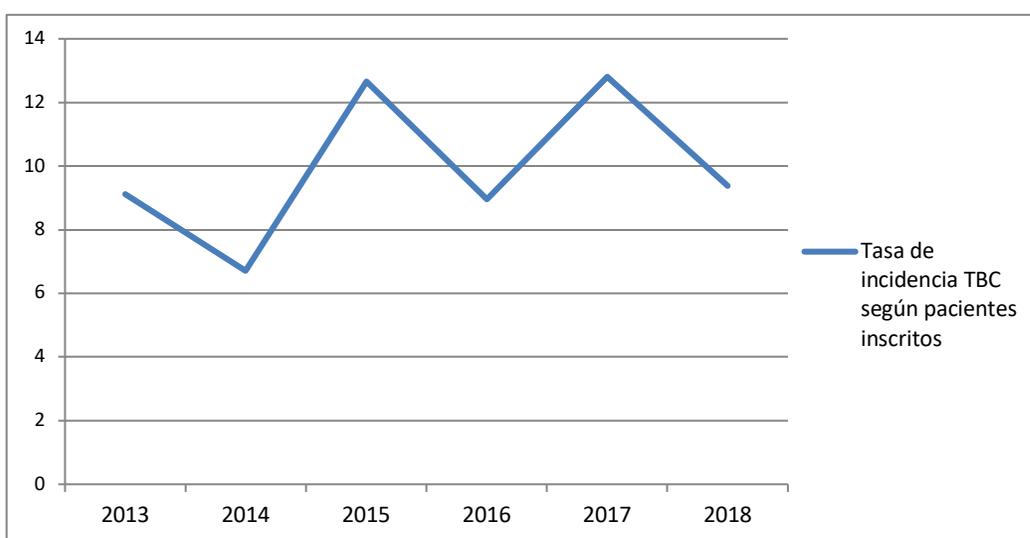
Se ha visto un aumento progresivo en el porcentaje de notificaciones de pacientes migrantes en relación al total de la Red. En 2016 fue de 48%, en 2017 59% y a agosto 2018 va en 78%. En 2017 los usuarios venezolanos representan el 50%, seguidos de 18,8% de colombianos y 12,5% de pacientes peruanos y haitianos, sólo 1 paciente (3,1%) dominicano y 1 brasileño. En 2018, un 48,9% representa a venezolanos, 19% ecuatorianos, 12,8% haitianos y 10,6% colombianos. Se registró 1 caso cubano (2,1%), 1 ecuatoriano, 1 dominicano y 1 boliviano.

Con respecto a Tuberculosis, la Región Metropolitana concentra más del 40% de los casos totales del país al año 2014.

La incidencia a nivel nacional en el año 2015 fue de 13,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, y de tuberculosis pulmonar de 9 por cada 100.000 habitantes, 0,7 puntos porcentuales mayor que en 2014. En la Región Metropolitana, sólo se cuenta con la tasa de morbilidad (casos nuevos y recaídas), que en 2015 fue de 14,3 por cada 100.000 habitantes, que supera el umbral de eliminación, pero está lejos de la fase de eliminación avanzada de la enfermedad (clasificación de la OMS). En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), la tasa es mayor a la regional, de 19,8 por cada 100.000.

En la comuna no se cuenta con cifras de recaídas, sólo de casos nuevos notificados. En base a las notificaciones de la comuna, se puede ver la evolución de la tasa de notificaciones de tuberculosis (TBC) por cada 100.000 pacientes inscritos en la Red (gráfico 10).

Gráfico 10: Tasa de incidencia de tuberculosis en pacientes inscritos de 2013 a agosto 2018



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Se evidencia diferencias entre la incidencia de casos en pacientes inscritos según su condición de migrante. La tasa general de 2016 fue de 8,9 notificados por cada 100.000 inscritos y en población migrante de 28,6 por cada 100.000 inscritos migrantes (3,2 veces mayor), mientras que en 2017 fue de 12,8 en toda la Red y en migrantes de 31,5 (disminuye a 2,5 veces).

Se ha visto un aumento progresivo en la notificación de pacientes migrantes en relación al porcentaje total de notificaciones en la Red. En 2016 fue de 40%, en 2017 53% y a agosto 2018 va en 100% de las notificaciones por esta causa.

Los pacientes de origen peruano representan el 73% (27 de 37) de todas las notificaciones en pacientes migrantes entre 2013 y agosto 2018. En 2017, corresponden a 62,5% de los migrantes, y en 2018 a 45,5%. Este año disminuyó la proporción de usuarios peruanos, y aumentó el de pacientes venezolanos notificados (1 usuario en 2017, correspondiente a 12,5% de los migrantes; y 2 en 2018, al 18,2%).

En todo el país durante el año 2017, se registró un total de 881 casos de coqueluche, con una incidencia de 4,8 casos por 100.000 habitantes (habs.). El principal grupo de riesgo son los menores de 6 meses, con una tasa de 240,4 casos por 100.000 habs. Del total de casos, 9 fallecieron. Se espera una tasa de notificación mínima de 1 por cada 100.000 habitantes en cada región, de modo contrario, se sugiere una búsqueda activa de casos y revisar el sistema de notificación. En la Región Metropolitana, los datos disponibles incluyen casos hasta abril de 2017. En 2016 hubo una tasa de 4,4 casos por cada 100.000 habitantes y en 2017 de 4,9 (en base a población proyectada por INE). Considerando 1 caso notificado en 2017, la tasa en la comuna sería de 0,9 por cada 100.000 inscritos.

2.2.4 Patología oncológica

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte después de la patología cardiovascular y son la primera causa de carga de enfermedad en Chile, según datos del año 2013.

Los tumores más frecuentes, tanto desde el punto de vista de mortalidad como de carga de enfermedad en nuestro país, son: estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino.

Para obtener datos sobre casos de tumores malignos sospechados en nuestra Red de salud, se extrajeron los casos derivados a través del sistema informático RAYEN hacia el nivel secundario (interconsultas realizadas). Cabe destacar que en APS no se realiza confirmación diagnóstica.

Tabla 27: Casos de sospecha de cáncer detectados en la Red, derivado al nivel secundario entre enero y julio 2018, distribuidos por sexo.

Tipo de cáncer	Mujeres	Hombres	Total
Cáncer cervicouterino y del útero en general	112	-	112
Cáncer de mama	107	3	110
Cáncer de próstata	-	32	32
Cáncer de pulmón	14	5	19
Cáncer de colon	14	4	18
Cáncer de estómago	10	8	18
Cáncer de vía biliar, hígado y páncreas	5	7	12

Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Según nuestros datos, los 7 tumores malignos más prevalentes son concordantes con los registrados a nivel nacional, sumando un total de 321 casos, siendo la mayoría más frecuentes en mujeres 81,61% (262), excepto en el caso de vía biliar, hígado y páncreas.

El análisis por grupo etario arroja que el 64,79% (208) de los casos se concentra en la etapa de la adultez, principalmente debido a cáncer cervicouterino y del útero y a cáncer de mama, lo cual es esperable ya que los mecanismos de screening (Papanicolau y mamografía) están orientados a este grupo, por lo que podemos decir que el objetivo de tamizaje de estas patologías en etapas precoces se cumple a nivel de Red.

El resto de los tumores malignos predominan en adultos mayores, al igual que la estadística nacional y mundial.

Durante el periodo, no se registran casos en niños, y sólo un caso en un adolescente con sospecha de cáncer de mama.

Cabe destacar el caso de cáncer de vía biliar, hígado y páncreas predomina en etapa de adulto mayor, sin embargo la prestación de ecografía abdominal está enfocada en población joven de 35 a 49 años (incluido en GES), por lo que al igual que lo sugerido en la *Estrategia Nacional de Cáncer, Chile 2016*, creemos importante extender la cobertura del examen a otras edades.

Finalmente, y en el marco de aumentar la pesquisa precoz, es importante potenciar y ampliar la cobertura de los mecanismos de tamizaje vigentes a la fecha, Papanicolau y mamografía, y fomentar hábitos de vida saludable como factores protectores para cáncer: realizar actividad física, no fumar, no beber alcohol, vacunación contra virus papiloma humano y practicar una alimentación saludable.

2.2.5 Lista de Espera a Especialidades

Los datos que se revisan a continuación corresponden a pacientes derivados a nivel secundario mediante sistema de Lista de espera, actualmente llamado SIGTE, que inicia el día 19 de enero de 2018, y se consideraron las derivaciones hasta el 31 de agosto de 2018. Cabe destacar que con la aplicación de este nuevo sistema se dificulta la extracción de datos de fechas anteriores a ésta, ya que como Red no tenemos acceso directamente a la lista de espera previa ni a la lista de espera actual.

Del proceso, podemos destacar que todas las derivaciones se realizan mediante una solicitud de interconsulta (SIC), todas gestionadas por los centros de salud, cuyo listado se envía semanalmente al SSMC, quienes son los responsables de subir la información a SIGTE. Este listado no contempla las derivaciones de casos GES, ya que estos son seguidos y trabajados mediante otro sistema (llamado SIGGES).

Durante el periodo, se generaron 6.286 derivaciones a nivel secundario, 64,53% corresponden a mujeres, lo cual se repite en casi todo el ciclo vital, excepto en la infancia, en donde las SIC son realizadas mayoritariamente a hombres, con un 54,3%.

El grupo etario con mayor número de derivaciones es el grupo adulto, con un 50,92% de todas las SIC, seguido de los adultos mayores y niños con 27,65% y 18,67% respectivamente. Cabe destacar que los adultos mayores a pesar de no ser el grupo con más atenciones de morbilidad, concentra una gran proporción de las SIC, esto debido probablemente a la pluripatología y patologías degenerativas que se presenta en este rango de edad.

El polo que más deriva es Domeyko, con 38,47% de las SIC provenientes de él, lo que se correlaciona con ser el polo que más atenciones médicas realiza de toda la Red, seguido de Orellana y Viel, con 24,3 % y 18,87% respectivamente.

Tabla 28: Número de derivaciones por edad, sexo y polo, entre el 19 de enero al 31 agosto de 2018.

Ciclo vital	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
0 a 9 años	81	67	242	176	90	116	95	58	925
10 a 19 años	23	40	67	94	70	55	37	39	425
20 a 64 años	170	395	294	918	210	551	161	500	3.199
65 y más años	115	199	275	351	156	279	146	216	1.737
Total	389	701	878	1.539	526	1.001	439	813	6.286

Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Tabla 29: Especialidades con mayor número de derivaciones, entre el 19 de enero al 31 agosto de 2018.

Especialidad	Número de SIC
Rehabilitación: prótesis removible	616
Otorrinolaringología (ORL)	566
Endodoncia	531
Alto riesgo obstétrico	437
Cirugía abdominal adulto	328
Oftalmología	280
Ginecología adulto	274
Traumatología adulto	262
Urología adulto	244
Cirugía y traumatología maxilofacial	238
Otras	2.510

Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

De la lista de espera general, al igual que el año 2017, la especialidad que concentra el mayor número de casos es Rehabilitación prótesis removible, con un 9,8% de las SIC, seguido de ORL (9%), endodoncia (8,45%), alto riesgo obstétrico (6,95%) y cirugía abdominal adulto (5,22%).

Tabla 30: Especialidades con mayor número de derivaciones por etapa del ciclo vital, entre el 19 de enero al 31 agosto de 2018.

Ciclo Vital	Especialidades con más derivaciones	N° de SIC
0 - 9 años	Neurología infantil	118
	Otorrinolaringología	113
	Odontopediatría	106
10 - 19 años	Oftalmología	82
	Endodoncia	58
	Ortodoncia	48
20 - 64 años	Alto riesgo obstétrico	411
	Endodoncia	406
	Rehabilitación: prótesis removible	321
65 y más años	Otorrinolaringología	301
	Rehabilitación: prótesis removible	293
	Urología adulto	134

Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Al analizar las 3 derivaciones más frecuentes por ciclo vital:

Infantil: Predomina neurología infantil, con un 12,75% de las derivaciones, principalmente por alteraciones del aprendizaje, alteraciones del desarrollo psicomotor y trastornos del comportamiento, seguido por ORL y odontopediatría.

Adolescentes: En este grupo predominan las derivaciones a oftalmología, con un 19,29% del total, principalmente por alteraciones de la refracción, seguido de 2 especialidades dentales, endodoncia y ortodoncia.

Adultos: En esta etapa la mayor cantidad de derivaciones es a alto riesgo obstétrico con un 12,85%, dado principalmente por embarazadas con patología crónica previa, luego 2 especialidades odontológicas endodoncia y rehabilitación prótesis removible.

Personas mayores de 64 años: En este grupo predomina ORL con un 17,32%, principalmente por hipoacusia, seguido de rehabilitación prótesis removible y finalmente urología adulto.

Los datos actuales no son comprables con los expuestos en el plan de salud 2018, debido a que no se cuenta con una lista de espera histórica disponible, y aún no se cuenta con acceso directo al sistema SIGTE. Por tanto, se hace fundamental mejorar el proceso y accesibilidad a la plataforma en uso actual.

En las 3 especialidades con más derivaciones se han implementado estrategias en la Red que buscan disminuir esta espera, en el caso de Rehabilitación: prótesis removible y endodoncia, además del convenio suscrito con el SSMC (mejoramiento al acceso), nuestra Red tiene en curso algunos convenios con Universidades, a través de los cuales se aumentaron los cupos para disminuir esta brecha. En el caso de ORL, mediante el convenio de resolutivez se atiende a usuarios con hipoacusia realizando diagnóstico y tratamiento de ser necesario.

3 Red de Salud Municipal

3.1 Estructura y Organización de la Red Asistencial de Atención

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las comunas del país, en Santiago comparten la responsabilidad de la APS tanto el Municipio como el SSMC. A continuación, se muestra un esquema de la Red del SSMC en relación a la Comuna de Santiago:

Tabla 31: Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de la I. Municipalidad de Santiago

Nivel de Atención	Centro de Salud		Administración
Primaria	Polo Arauco	CESFAM Arauco	Municipal
	Polo Domeyko	CESFAM Ignacio Domeyko	
		EMB D'Onofrio	
		EMB Balmaceda	
		EMB Concha y Toro	
		Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	
	Polo Orellana	CESFAM Padre Orellana	
		EMB Parque Forestal	
		EMB San Borja	
		EMB Gacitúa	
		EMB Coquimbo	
	Polo Viel	CESFAM Benjamín Viel	
		EMB Sargento Aldea	
		EMB Carol Urzúa	
		EMB San Emilio	
		Clínica Dental Parque Almagro	
		Botica Comunitaria "Eloisa Dias"	
	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica		
	CESFAM N° 1: "Ramón Corvalán Melgarejo"	SSMC	
	CESFAM N° 5		
Secundaria	Consultorio de Salud Mental (COSAM)		Municipal
	Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Hospital Clínico San Borja Arriarán		SSMC
	Centro de Referencia de Salud (CRS) Maipú		
	Hospital de Urgencia Asistencia Pública		
	Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)		

Existe una distribución territorial actualizada, por unidades vecinales, entre los Centros de Salud Municipales y los pertenecientes al SSMC, determinada a través del Ordinario N° 1.077 del Director del SSMC, de fecha 3 octubre de 2011, la cual se señala en la figura 7:

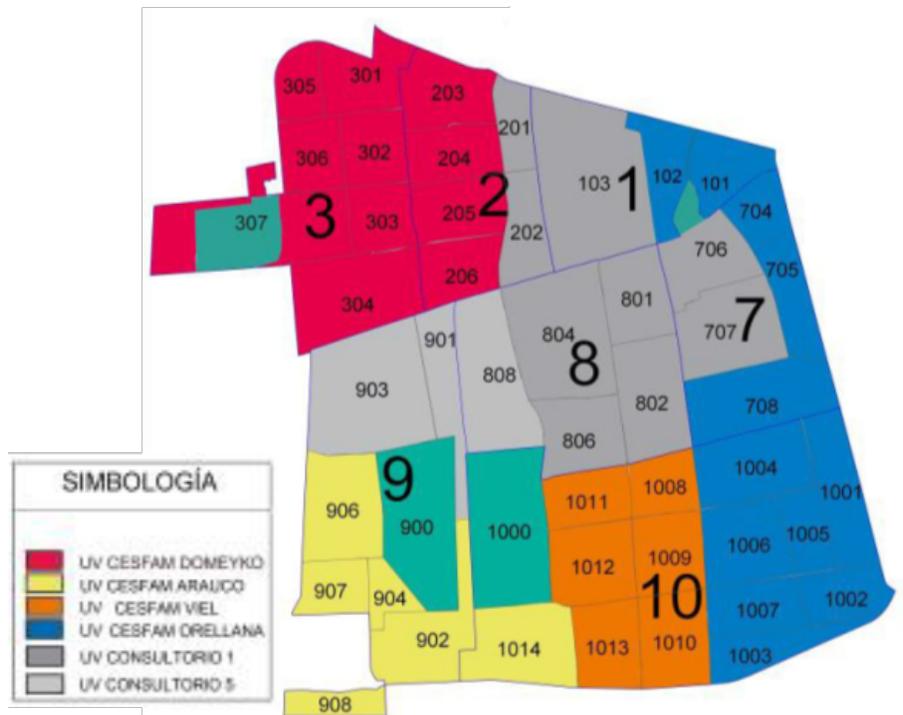


Figura 7: Agrupaciones y unidades vecinales por Centros de Salud Municipales y dependientes del SSMC de la comuna de Santiago.

La Red de salud municipal se estructura actualmente en 4 territorios de atención (Polos): Ignacio Domeyko, Benjamín Viel, Arauco (ex San Vicente) y Padre Orellana (ver Anexo 2: Red de APS de salud municipal de Santiago, con el detalle de cada uno de los sectores y límites de cada Polo).

Cada uno de estos Polos está constituido a su vez por 1 Establecimiento de Salud o CESFAM y por un grupo de estaciones médicas de barrio (EMB). La siguiente Tabla (32) describe los centros, la pertenencia a cada polo y otros datos generales:

Tabla 32: Centros de Salud por Polos de atención

Territorio	Centro de Salud	Dirección	Validados Fonasa 2018	Encargado Centro	Encargado Territorio
DOMEYKO	CESFAM Ignacio Domeyko	Cueto 543	42.428	Dra. Sandra León	Dra. Sandra León
	EMB Balmaceda	Herrera 1231	5.886	EU Adriana Robles	
	EMB Nicola D'Onofrio	Ricardo Cumming 275	4.460	MAT. Jessica Arqueros	
	EMB Concha y Toro	Santa Mónica 2229	4.451	EU Patricia Ricaurte	
PADRE ORELLANA	CESFAM Padre Orellana	Padre Orellana 1708	9.828	QF Rodolfo Morales	QF. Rodolfo Morales
	EMB Parque Forestal	José Ramón Gutiérrez 80	2.797	Nut. Margarita	
	EMB Dávila Larraín	General Gana 334	3.346	EU Angelina Leyva	
	EMB Gacitúa	Artemio Gutiérrez 1354	3.351	MAT Carolina Mundaca	
	EMB Coquimbo	Madrid 789	2.843	TS Renata Larraín	
	EMB Rojas Jiménez	Rojas Jiménez 21	3.060	MAT. Ingrid González	
BENJAMIN VIEL	CESFAM Benjamín Viel	San Ignacio 1217	8.549	TS Carolina Córdova	TS. Carolina Córdova
	EMB Sargento Aldea	Sargento Aldea 1470	4.767	AS Mariela Díaz	
	EMB San Emilio	San Emilio 2106	1.327	EU Tamara Navarrete	
	EMB Carol Urzúa	Santa Rosa 1727	3.864	EU Scarlet Cassus	
ARAUCO	CESFAM Arauco	Av. Mirador 1599	16.180	Dr. Óscar Álvarez	Dr. Óscar Álvarez
Total Red de Salud Stgo Municipal			117.137		

Las EMB comenzaron su funcionamiento en el año 2001, como una estrategia de acercamiento de salud a los vecinos, con énfasis en la salud familiar y comunitaria.

3.2 Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria

La atención de salud en Chile se basa en este Modelo de Atención de Salud, que debe regirse por los 3 principios irrenunciables: atención basada en el usuario, integral y que brinde continuidad del cuidado.

Éstos se operacionalizan en los 8 siguientes aspectos: intersectorialidad, con un énfasis promocional y preventivo, con enfoque familiar, centrado en la atención abierta, fomentando la participación en salud de los usuarios, con uso de tecnologías apropiadas, con calidad y con una adecuada gestión de las personas trabajadoras en salud.

Para lograr la certificación como Centro de Salud Familiar, debe aplicarse una pauta de autoevaluación cada 2 años, que incluye los siguientes ejes:

- Promoción de salud
- Prevención en salud
- Enfoque Familiar
- Calidad
- Territorialidad e intersectorialidad
- Centrado en atención abierta
- Tecnología
- Participación social
- Desarrollo de las personas

El año 2015 se aplicó por primera vez la pauta en la comuna, obteniendo la certificación de centros de salud familiar de los 4 polos.

El CESFAM Arauco debió aplicar nuevamente su pauta el año 2016 debido a un cumplimiento bajo el 50% en el año 2015, consiguiendo un incremento de un 34,2%, descrito en el Plan de Salud 2016. En 2018 se volvió a certificar, logrando un 83,5% de cumplimiento de la pauta.

En la siguiente tabla se evidencia la evolución del porcentaje de cumplimiento:

Tabla 33: Descripción de cumplimiento de pautas de evaluación de MAIS desde inicio de acreditación

Centro de salud	2015	2016	2017	2018	Incremento
Domeyko	71,5%		77,6%		6,1%
Viel	56,8%		58,8%		2,0%
Orellana	54,0%		78,0%		24,0%
Arauco	49,9%	84,1%		83,5%	-0,7%

Fuente: Instrumento para la evaluación del desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria, Ministerio de Salud.

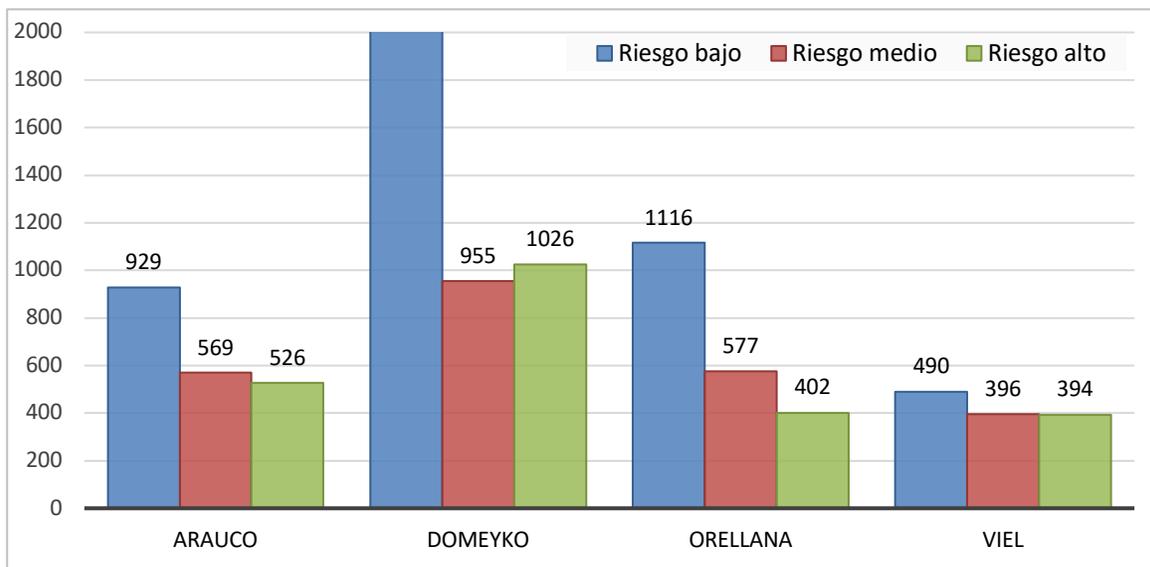
La próxima acreditación de los CESFAM Domeyko, Orellana y Viel deberá realizarse durante el año 2019.

En general, el ámbito con menor cumplimiento es el de enfoque familiar, donde Domeyko logra un 47,5% de cumplimiento en 2017, Orellana 41,9% y Viel sólo 16,3%. En la pauta, este eje incluye la existencia de protocolos de abordaje de familias en riesgo y de crisis familiares normativas y no normativas, realización de estudios de familia en relación a número de familias inscritas, existencia de protocolo de registro de visitas domiciliarias integrales y realización de talleres a usuarios de patologías agudas y crónicas y sus familias.

En base a las últimas certificaciones, cada centro debe realizar un plan de mejoras para aumentar los porcentajes de cumplimiento, de acuerdo a su realidad local. Los 4 polos cuentan con un plan de mejoras. Hasta agosto 2018, Domeyko, Orellana y Viel logran un cumplimiento de un 80%, 65% y 76,5%, respectivamente. Arauco creó recientemente su plan de mejoras en base a la acreditación finalizada en agosto, que cuenta con 18 ítems a cumplir.

Con respecto a las actividades de producción, la Red cuenta con un registro de 35.632 familias inscritas a junio 2018. De éstas, 16.543 (46%) corresponden al polo Domeyko, 7.435 (21%) a Orellana, 6.588 (18%) Arauco y 5.066 (14%) a Viel; lo que se correlaciona con el número de usuarios inscritos en cada centro. En el siguiente gráfico se describe el número de familias en que se ha evaluado el riesgo familiar y los resultados de esos riesgos, por Polo de atención:

Gráfico 11: Clasificación de las familias por riesgo, según Polo de atención.



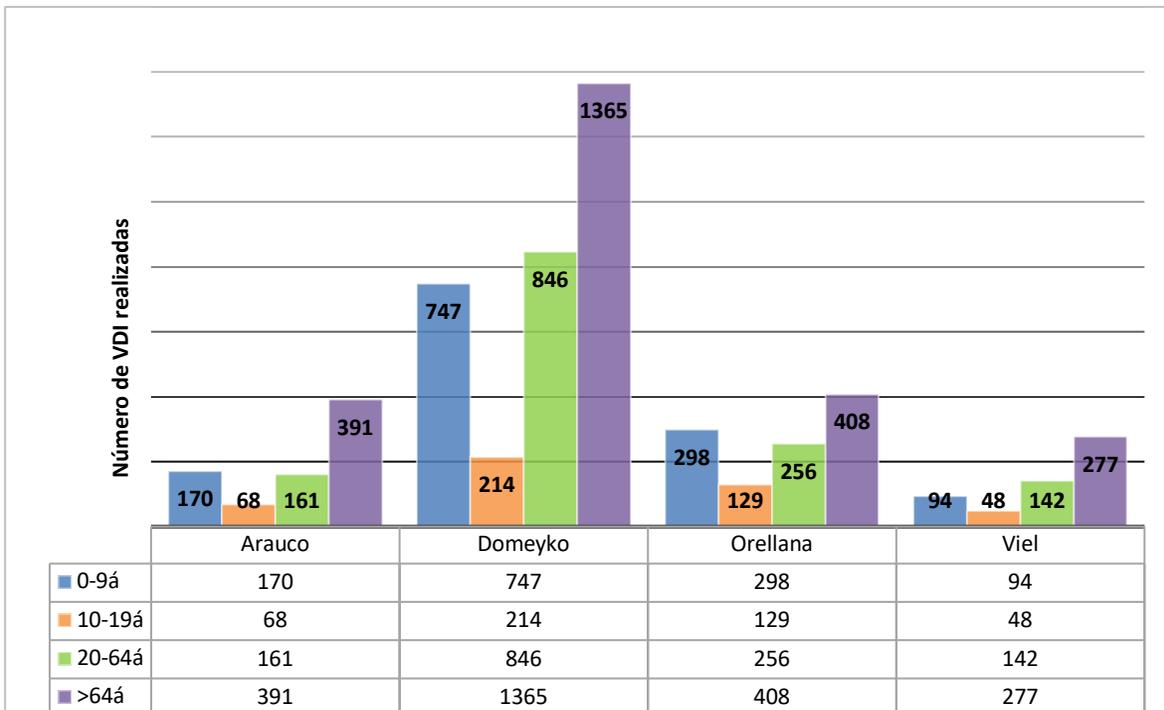
Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

En relación a las familias que cuentan con un plan de intervención registrado, esto sólo ocurre en un 5,7% (560 familias) de las familias con evaluación del riesgo familiar, dentro de las cuales el 93,6% (524) corresponde al polo Domeyko, donde las que cuentan con plan de intervención representaría el 12% de las familias con evaluación del riesgo familiar.

Con respecto a las visitas domiciliarias integrales (VDI), de enero a julio se han realizado 5.614 visitas, 56,5% de las cuales han sido realizadas en el polo Domeyko, lo que se correlaciona con su población inscrita; 43,5% registra como caso índice a un usuario adulto mayor, lo que se correlaciona con el enfoque de riesgo que deben tener las VDI, indicado en las Orientaciones técnicas de VDI del 2018; y en el 39% participa un trabajador social.

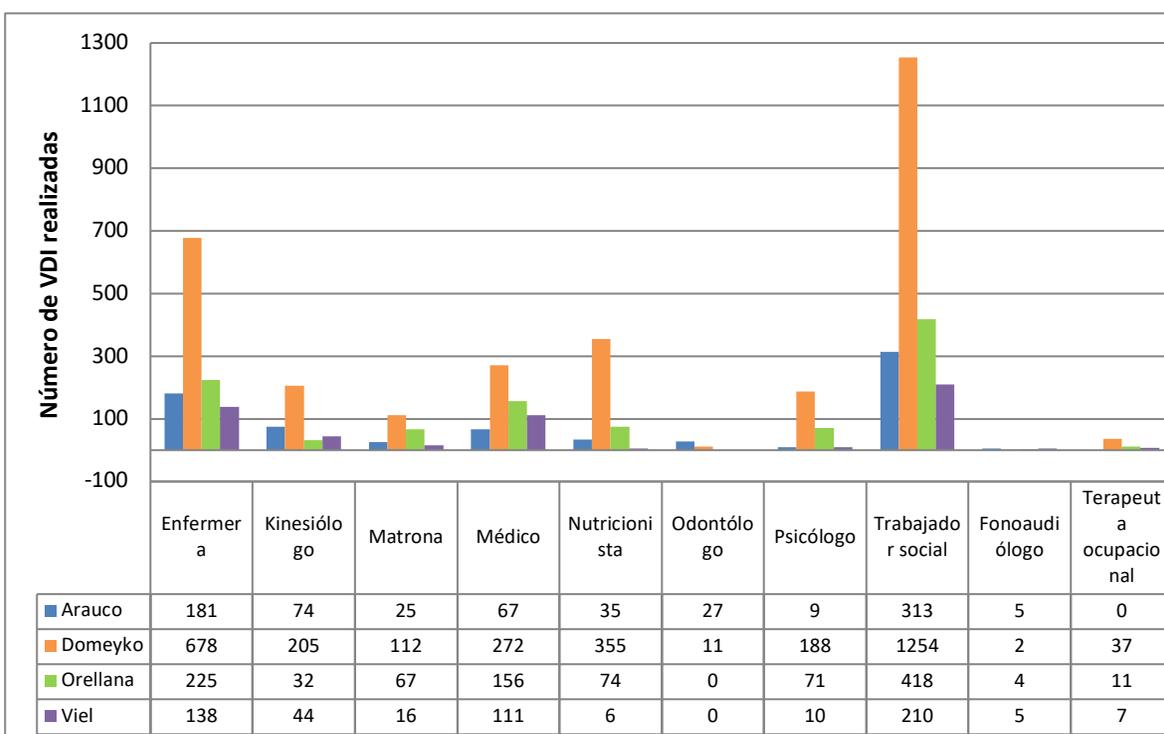
La distribución del número de VDI realizadas se relaciona con la distribución de usuarios inscritos en la Red. Con respecto a la edad de los pacientes índices de las VDI, se evidencia que la mayoría se concentra en adultos mayores (Gráfico 12), y en relación a los profesionales que participan en ellas (considerando que puede participar más de un tipo de profesional en cada VDI), la mayoría está realizada por trabajador social (Gráfico 13).

Gráfico 12: Distribución por edad de caso índice por Polo de atención, según VDI realizadas entre enero y julio de 2018.



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Gráfico 13: Profesional que realiza VDI según Polo de atención.



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

3.3 Población Inscrita

La población validada por FONASA, vigente para el año 2018, fue de 117.178 personas. Si bien el corte oficial para el próximo año aún no es oficial (al 27 de octubre de 2018), se publicó en el Sistema de Consulta Per cápita (<https://reportespercapita.fonasa.cl/welcome.php>) que para el año 2019, los inscritos validados serían 128.881, lo que representa un incremento de 9.99% puntos porcentuales respecto al año 2018.

En la tabla siguiente se muestra la diferencia absoluta y porcentual respecto al año inmediatamente anterior, desde el año 2015 a 2019.

Tabla 34: diferencia absoluta y porcentual año 2015 a 2019

Año	Nº absoluto	Diferencia absoluta	Diferencia %
2015	104.340	-	-
2016	110.686	6.346	6,08
2017	111.750	1.064	0,96
2018	117.178	5.428	4,86
2019	128.881	11.703	9,99

Fuente: elaboración propia en base a reporte de FONASA

Según grupos etarios de acuerdo al ciclo vital, el grupo de mayor magnitud es el 20 a 64 años en todos los polos, observándose que Domeyko tiene el porcentaje más alto con 61%. La población de 65 años y más es la segunda mayoritaria, estando entre 13 y 19% y siendo mayor en Orellana y Viel. El resto de la distribución se observa en la siguiente tabla:

Tabla 35: Inscritos validados por FONASA agosto 2018 según grupo etario

		0-9 años	10-19 años	20-64 años	65 y más	Total
Arauco	N	2.461	2.043	10.025	2.943	17.472
	%	14,09	11,69	57,38	16,84	100
Domeyko	N	8.590	7.684	38.251	8.186	62.711
	%	13,7	12,25	61	13,05	100
Orellana	N	3.410	3.009	16.974	5.665	29.058
	%	11,74	10,36	58,41	19,5	100
Viel	N	2.513	2.091	11.213	3.823	19.640
	%	12,8	10,65	57,09	19,47	100
RED	N	16.974	14.827	76.463	20.617	128.881
	%	13,17	11,5	59,33	16	100

Fuente: elaboración propia en base a reporte de FONASA

Dado el cambio en la composición de la población de la comuna por la inmigración de personas, situación que también afecta a nuestros inscritos, revisamos la distribución según grupos del curso de vida en estos usuarios.

Podemos observar a continuación, que la población inmigrante presenta un perfil donde las personas adultas son por lejos las mayoritarias, seguido por el grupo infantil y adolescentes. Estas características son compartidas en los 4 centros de nuestra red.

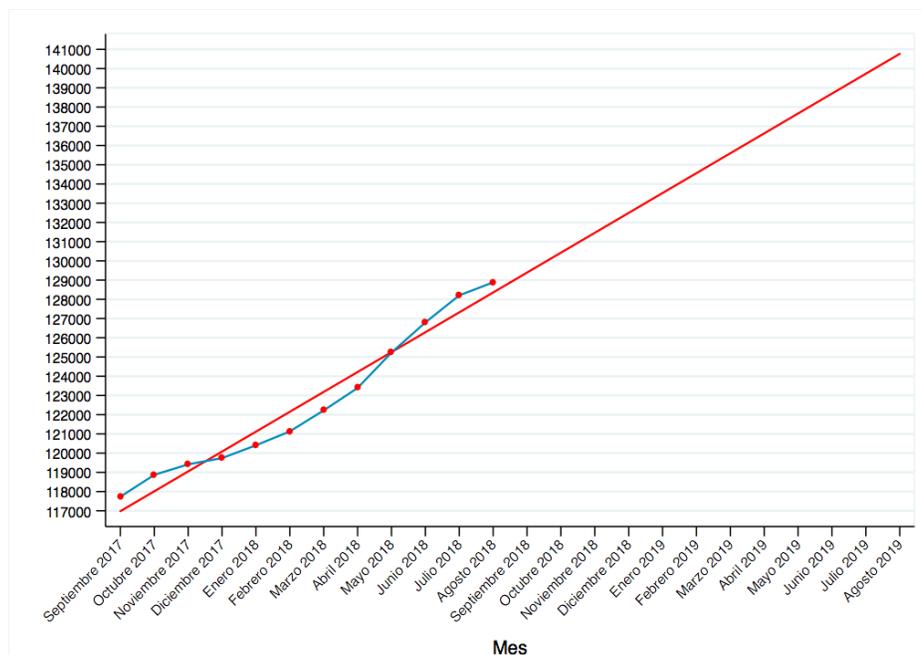
Tabla 36: Inscritos migrantes validados por FONASA agosto 2018 según grupo etario

		0-9 años	10-19 años	20-64 años	65 años y más	Total
Arauco	N	186	312	1.629	53	2.180
	%	8,53	14,31	74,72	2,43	100
Domeyko	N	1.543	1.608	14.116	565	17.832
	%	8,65	9,02	79,16	3,17	100
Orellana	N	946	551	5.094	290	6.881
	%	13,75	8,01	74,03	4,21	100
Viel	N	309	292	2.426	105	3.132
	%	9,87	9,32	77,46	3,35	100
RED	N	2.984	2.763	23.265	1.013	30.025
	%	9,94	9,2	77,49	3,37	100

Fuente: elaboración propia en base a reporte de FONASA

Con el nuevo sistema de inscripción, contamos con cortes mensuales que permiten predecir de mejor forma el comportamiento que tendrá la inscripción de pacientes el próximo año. En la figura siguiente se muestran los inscritos autorizados desde septiembre de 2017 y la proyección a agosto 2019.

Mensualmente, se validan 1.034 personas más (IC95% 889,50 - 1.178,96), de seguir esta tendencia, en agosto de 2019 tendríamos sobre 140.000 validados.

Gráfico 14: Número absoluto de nuevos inscritos según polo.


En cuanto a los nuevos inscritos según polo, al observar la tasa del último año (nuevos inscritos/validados en polo x 1000) Orellana es el polo con mayor crecimiento, con poco más de 40 nuevos inscritos por 100 personas validadas en agosto de este año. Arauco y Viel también presentan un crecimiento constante. Domeyko seguía el mismo patrón hasta mayo del presente, sin embargo, a partir de ese momento la tasa comienza a declinar. En términos absolutos, Domeyko representa el centro con mayor número de nuevo inscritos, aunque en el último mes de estudio (agosto 2018) es Orellana donde se validaron más personas. (Ver figuras: Tasa nuevos inscritos por polo y Número absoluto de nuevos inscritos por polo).

Es importante continuar observando este fenómeno en la red, pero con mayor detenimiento en Orellana, dado las implicancias en la oferta de servicios y en la infraestructura necesaria para ello.

Gráfico 15: Tasa nuevos inscritos según polo, octubre 2017 a agosto 2018

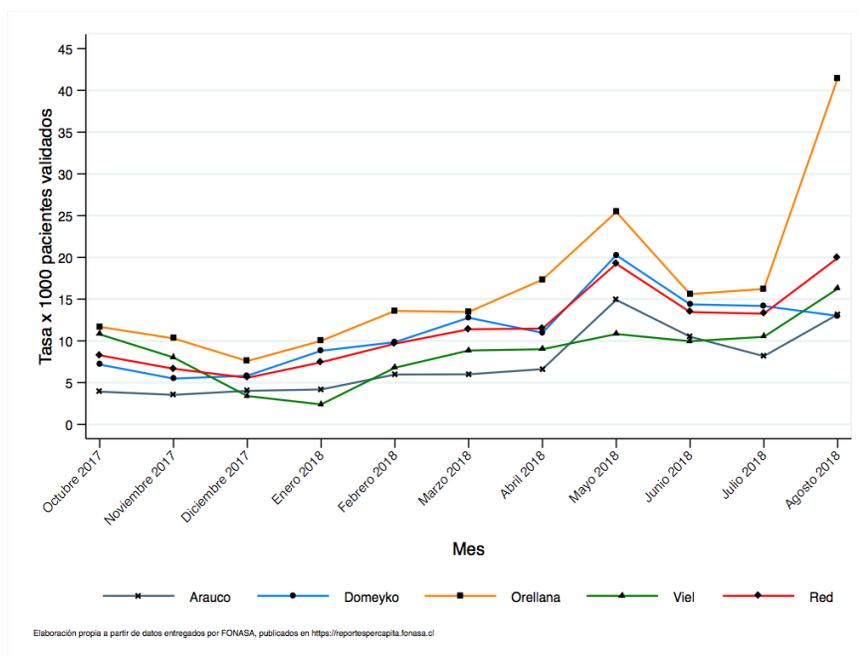
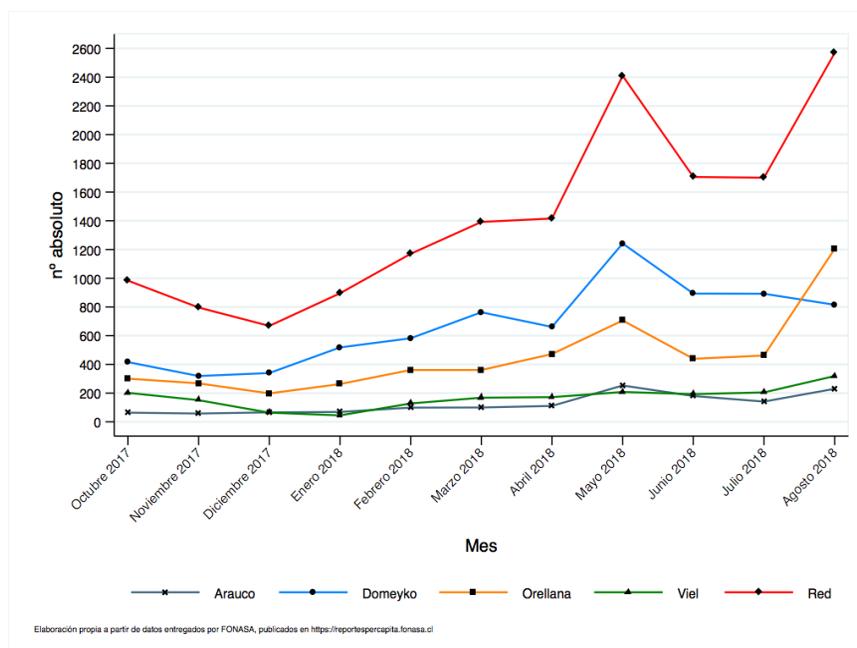


Gráfico 16: Número absoluto de nuevos inscritos según polo, octubre 2017 a agosto 2018.



Al realizar el cruce entre los pacientes validados por FONASA y los activos en nuestra ficha clínica electrónica al 31 de agosto de 2018, se observa que un 24,38% no está validado, lo que alcanza a 41.537 personas. Sin embargo, en este cálculo se excluyeron quienes reciben prestaciones sin estar inscritos, ya sea en SAPU, COSAM y otros programas en convenio, número que llega a 31.147 personas.

En cuanto a la nacionalidad de los pacientes validados, sólo se pudo analizar los casos que cruzan con los datos de nuestra ficha clínica electrónica (95,79% de los casos, 123.426 pacientes). De ellos, 4.593 figuran con nacionalidad "No Informada", excluyendo estos casos, un 24,32 % de las personas son inmigrantes (28.897).

Las 5 nacionalidades más prevalentes son en primer lugar la peruana, con 48,98% de los casos, seguida por la venezolana, colombiana y haitiana. Estas 5 nacionalidades alcanzan un 92,22% de los pacientes inmigrantes.

Tabla 37: Nacionalidades más prevalentes de pacientes inmigrantes validados por FONASA corte agosto 2018.

Nacionalidad	n° absoluto	%	% acumulado
Peruana	14.155	48,98	48,98
Venezolana	6.863	23,75	72,73
Colombiana	3.295	11,4	84,14
Haitiana	1.578	5,46	89,6
Ecuatoriana	758	2,62	92,22

Fuente: Elaboración propia en base a registro propio.

3.4 Programas de Salud APS

Las atenciones que son otorgadas a nuestra población inscrita en los centros de salud de la Red municipal de Santiago, se encuentran temáticamente categorizadas en distintos Programas de Salud, cada cual con un objetivo estratégico. A continuación, se detalla la descripción general de cada uno de estos programas.

Programa	Objetivo	Descripción
Programa Infantil	Promover la salud de los niños y niñas, de forma integral	Dirigido a usuarios menores de 10 años, a los cuales se realiza controles periódicos con el fin de detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse durante el proceso de desarrollo.
Programa de Enfermedades Respiratorias en la Infancia (IRA) y Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)	Otorgar atención oportuna y de calidad a personas con patología respiratoria aguda y crónica, disminuyendo las complicaciones, la mortalidad prematura y mejorando su calidad de vida. (<i>Manual operativo programa de salud respiratoria, 2015</i>)	Programa dirigido a todo el ciclo vital, en el cual se previene, se diagnostica y se tratan patologías respiratorias.
Programa de Salud Oral	Mejorar el acceso a la atención odontológica de la población	Incluye atenciones GES, Programa de control con enfoque de riesgo odontológico y atención de urgencias, entre otros.
Programa de Salud Mental (PSM)	Abordar la salud mental desde lo promocional y preventivo, hasta lo diagnóstico y terapéutico. (<i>Salud Mental en la atención primaria de Salud: Orientaciones</i>)	Programa dirigido a todo el ciclo vital, en el cual se previene, se diagnostica y se tratan patologías de salud mental y factores de riesgo para presentarlas.
Programas Alimentarios	Mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, para prevenir el déficit de nutrientes críticos y evitar alteraciones del estado nutricional	PNAC: Distribución de alimentos a la población menor a 6 años, gestantes, madres que amamantan y a menores de 25 años con diagnóstico de error innato del metabolismo PACAM: Distribución de alimentos a personas mayores.
Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	Prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital	Protección de la población residente en el país frente a enfermedades inmunoprevenibles, verificando y vigilando la seguridad de la vacunas y de los procedimientos de su aplicación.

Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes	Mejorar el acceso y la oferta de servicios para responder a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural	Dirigido a población de entre 10 y 24 años, incluye promoción de salud, y prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, incorporando a sus familias y la comunidad
Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la salud sexual y salud reproductiva de las personas, a través del curso de vida	Dirigido a todo el ciclo vital, incluye controles de salud de gestantes, planificación familiar y regulación de fertilidad, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y climaterio.
Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)	Reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura causada por las enfermedades cardiovasculares y evitar sus complicaciones.	Su enfoque principal es en el riesgo cardiovascular (RCV) global de las personas, dirigida a usuarios desde los 15 años. (<i>Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017</i>)
Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa	Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia severa y sus cuidadores	Atención en el domicilio de la persona con dependencia severa, incorporando ámbitos promocional, preventivo, curativo y paliativo de la salud, así como el seguimiento y acompañamiento, en coordinación con el resto de la Red de salud y la Red intersectorial de servicios.
Otros programas para control de crónicos	Dar seguimiento y asegurar un tratamiento óptimo para población con otras patologías específicas	Hipotiroidismo: Desde 15 años Epilepsia: Todo el ciclo vital Artrosis: Desde 15 años Parkinson: Desde 15 años
Programas de Reforzamiento a la APS	Resolver los problemas de acceso, capacidad resolutiva, cobertura asistencial y gestión	Descritos con detalle en anexo 1

3.5 Curso de Vida

Cada etapa del ciclo vital tiene características, vulnerabilidades y oportunidades distintas. El cuidado de la salud debe considerar estas particularidades y abordarlas de forma diferencial, considerando la transición de una etapa a la siguiente y el abordaje específico más adecuado. Con este fin es que hemos priorizado caracterizar a la población, sus necesidades y prestaciones según la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

3.5.1 Programa Infantil de 0 a 9 años

Actualmente la Red de Salud cuenta con 15.446 inscritos y validados por FONASA en este rango etario, de los cuales el 49,3% son mujeres (7.611) y el 50,7% son hombres (7.835).

La población bajo control en el programa infantil constituye el 67,7% (10.454) de la población inscrita validada de entre 0-9 años de la Red municipal. La cantidad de población varía en cada Centro, y se distribuye mayoritariamente en el Cesfam Domeyko (50,9%), seguido del Cesfam Orellana (21,9%), Viel (14,1%) y Arauco (14,1%).

Con un fin estratégico, se divide en dos grupos etarios: 0- 3 años y 4 - 9 años ya que tanto los diagnósticos clínicos como las pautas a utilizar son diferentes. El primer grupo constituye el 57,7%.

Tabla 38: Distribución por edad de Población bajo control programa infantil

CESFAM	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	TOTAL
Población bajo control de 0 a 3 años	676	3.088	1.366	872	6.002
Población bajo control de 4 a 9 años	695	2.239	919	599	4.452
Total	1.371	5.327	2.285	1.471	10.454

Fuente: REM P2, sección A, Junio 2018

Tabla 39: Población infantil bajo control migrante y de pueblos originarios

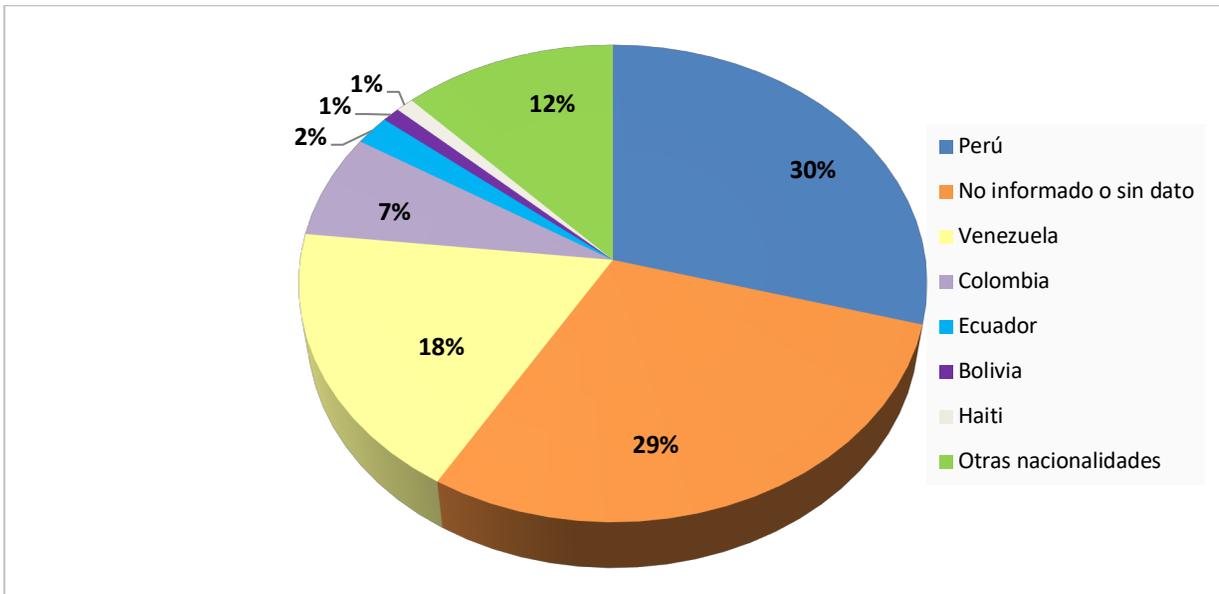
Bajo control	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Migrantes	147	10,7	1083	20,3	716	31,3	367	24,9	2.313	22,1
P. Originarios	428	31,2	265	4,9	33	1,4	129	8,8	855	8,2

Fuente: REM P2, sección A, Junio 2018

De la población bajo control, el 77,9% de los niños y niñas son chilenos. El centro que cuenta con más población migrante respecto a su población bajo control es Orellana con un 31,3%, seguido por Viel (24,9%), Domeyko (20,3%) y finalmente Arauco (10,7%). A diferencia de lo que ocurre en otros grupos etarios, donde la población migrante es mayoritaria en Domeyko.

Dentro de los migrantes, la nacionalidad predominante es la peruana, con un 30% del total, seguida por la venezolana con un 18%. Cabe destacar que en un 29% la población no ha sido identificada en su nacionalidad, dato que se entrega al momento de la inscripción, y para el que es muy relevante mejorar su registro.

Gráfico 17: Nacionalidades de la Población bajo control 0 a 9 años, corte Junio 2018



Fuente: DEGI, REM P2, sección A

3.5.1a. Estado nutricional

De acuerdo a los datos disponibles, al 96,2% de los niños y niñas en control se les ha realizado un diagnóstico nutricional integrado, mostrando los siguientes resultados (tabla 40):

Tabla 40: Diagnóstico nutricional de niños y niñas bajo control, a junio 2018.

Diagnóstico nutricional	Número de niños (%)
Normal	6.436 (61,6)
Riesgo obesidad/sobrepeso	2.059 (19,7)
Obeso	1.109 (10,6)
Riesgo de desnutrir/déficit ponderal	395 (3,8)
Desnutrido	62 (0,6)
Desnutrición secundaria	4 (0,04)
Total diagnosticados	10.061 (96,3)

Fuente: REM P2, sección A.

Según estos datos, la mayoría de los niños controlados son de diagnóstico nutricional normal, mientras que el grupo con malnutrición por exceso, es decir, sobrepeso u obesidad suman el 30,3%. Si comparamos estos datos con la realidad nacional, tenemos un mayor porcentaje de niños eutróficos y un menor porcentaje de niños obesos (<http://contrapeso.junaeb.cl>), lo cual en parte se debe a que en nuestro bajo control tenemos mayor proporción de niños menores de 3 años y de acuerdo a la evidencia este grupo tiende a ser en su

mayoría de diagnóstico normal, y van aumentando de peso con los años. (*"Diagnóstico del estado nutricional de menores de 6 años, gestantes, nodrizas y adultos mayores, bajo control en el sistema público de salud"*, DEIS, 2013).

Cabe destacar que un 2,4% de los niños no tienen registro del diagnóstico nutricional, probablemente por falta de registro en ficha clínica y un 1,3% no fue evaluado, ya que en la población menor de 1 mes (control díaada) se privilegia la evaluación del incremento de peso.

Dada la alta proporción de población migrante, es relevante analizar su contribución a las alteraciones nutricionales. Con nuestros datos, podemos concluir que la población migrante infantil que atendemos tiene una menor proporción de malnutrición por exceso en relación a la población chilena, en cambio tiene una mayor proporción de niños con riesgo de desnutrir. En el caso de la desnutrición los casos son pocos y la nacionalidad no impresiona tener relevancia.

Tabla 41: Distribución por centro de niños y niñas bajo control con Riesgo desnutrir/déficit pondera a junio 2018.

Riesgo desnutrir/déficit ponderal	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poblacion total	33	2,4	195	3,66	113	4,94	54	3,7
Migrantes	6	4,08	60	5,54	51	7,12	23	6,26

Fuente: REM P2, sección A.

Tabla 42: Distribución por centro de niños y niñas bajo control con desnutrición, a junio 2018.

Desnutridos	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poblacion total	6	0,4	29	0,5	16	0,7	11	0,7
Migrantes	2	1,36	3	0,27	9	1,25	2	0,54

Fuente: REM P2, sección A

Tabla 43: Distribución por centro de niños y niñas bajo control con malnutrición por exceso, a junio 2018.

Malnutricion por exceso	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poblacion total	464	33,84	1630	30,5	614	26,87	460	31,27
Migrantes	15	10,2	124	11,44	71	9,91	40	10,89

Fuente: REM P2, sección A

3.5.1b. Desarrollo Psicomotor

La evaluación del desarrollo psicomotor (DSM), se refiere a la aplicación de escalas que permiten identificar alteraciones en el proceso de maduración normal del sistema neurológico, con el fin de poder realizar las intervenciones necesarias y en forma oportuna.

En el período enero a junio 2018 se han realizado en total 3.445 evaluaciones del DSM (Tabla 44), el mayor porcentaje corresponde a niños mayores de 24 meses con un 46% de las evaluaciones, seguido del grupo de 12 a 23 meses con 1.329 evaluaciones (38,6%) y 531 del grupo de 0 a 11 meses (15,4%).

Tabla 44: Distribución por polo de evaluaciones del DSM realizadas a junio 2018

Polo	Pautas aplicadas	0 a 11 meses	12 a 23 meses	24 y más
Arauco	464	65	137	262
Domeyko	1673	233	718	722
Orellana	778	156	266	356
Viel	530	77	208	245
Total	3445	531	1329	1585

Fuente: REM P2, sección A.

Con respecto a las evaluaciones de DSM realizadas en el período comprendido entre enero y julio 2018 en los 4 Centros, la mayor proporción de resultados es normal, por sobre 80% en Arauco, Domeyko y Orellana, mientras que en Viel esta cifra supera el 90%. Además, los resultados alterados fueron obtenidos en su mayoría en pacientes mayores de 24 meses, correspondiendo a menos del 3% a usuarios migrantes.

Tabla 45: Resultados obtenidos en evaluaciones del DSM realizadas por Centro

Evaluaciones del DSM	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total
Normales	381	1.477	679	483	3.020
Alteradas	83	196	99	47	425
% Alteradas	17,9	11,7	12,7	8,9	12,3
Total evaluaciones	464	1.673	778	530	3.445

Fuente: REM P2, sección A.

3.5.1c. Enfermedades Respiratorias

Dentro de las enfermedades respiratorias de los niños de 0 a 3 años bajo control, el diagnóstico más frecuente es síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR), leve y moderado, con 203 casos (85% de los casos). No existen usuarios en control por diagnóstico de asma severo en este rango etario. Un 11% de estos usuarios corresponden a migrantes y un 10% a pueblos originarios.

Dentro de las enfermedades respiratorias de los niños bajo control de 4 a 9 años, los diagnósticos más frecuentes son asma leve y moderada, con 304 casos (72,7%). En este rango etario no existen usuarios en control por SBOR severo, un 14,1% corresponden a migrantes y un 5,3% a pueblos originarios.

Tabla 46: Población infantil bajo control en programa IRA por Centro y rango etario

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	0 - 3 a	4 - 9 a	0 - 3 a	4 - 9 a	0 - 3 a	4 - 9 a	0 - 3 a	4 - 9 a
SBOR leve	26	19	57	12	2	13	8	8
SBOR Moderado	22	26	22	11	-	8	6	6
SBOR Severo	-	-	2	-	-	-	-	-
Asma Leve	1	59	8	113	28	36	1	34
Asma Moderado	2	15	6	17	11	3	-	8
Asma Severo	-	-	-	-	-	1	-	1
Otras	-	-	3	3	2	-	1	-

Fuente: REM P3, sección A Junio 2018.

3.7.1d. Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes de vida

La lactancia materna (LM) es la forma más segura, económica y conveniente de promoción de salud y nutrición a gran escala, siendo la mejor intervención nutricional posible de forma exclusiva en los primeros seis meses de vida de los niños, y complementada con sólidos al menos hasta los 2 años de vida.

A nivel país, se han aunado esfuerzos para alcanzar la meta de cobertura de un 60% de lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida, alcanzando como Red un cumplimiento actual de 53% a agosto de este año. Los centros que se encuentran bajo el 50% son Orellana y Viel.

Tabla 47: Distribución por polo de usuarios con LME de enero a agosto 2018

Polos	Controles realizados al 6° mes	LME	Porcentaje
Arauco	100	57	57,0%
Domeyko	438	244	55,7%
Orellana	201	100	49,7%
Viel	132	64	48,5%
Total	871	465	53,0%

Fuente: REM A03 sección 5.

3.7.1e. Programa de Salud Mental

En cuanto al Programa de Salud Mental, no hay pacientes bajo control menores de 3 años.

En el rango de 4 a 9 años, hay 108 casos, de los cuales el, 52,7% (57) se atiende por Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), 37,96% (41) por presentar como factor de riesgo ser víctima de violencia, 7,4% (8) por abuso sexual y sólo un caso por depresión de tipo leve.

Tabla 48: Distribución por Polo de diagnósticos más frecuentes de Salud Mental en niños de 4 a 9 años, a junio 2018.

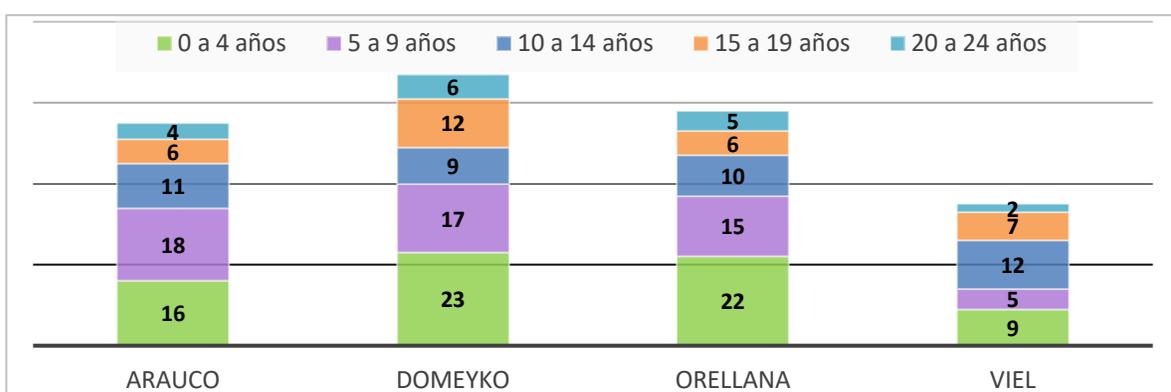
Diagnósticos	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel
Victima Violencia	3	31	4	3
Abuso	1	7	1	-
Depresión Leve	1	-	-	-
TDAH	8	28	24	7

Fuente: Fuente: REM P2, sección A.

El Programa de Acompañamiento Psicosocial en la APS, es uno de los 4 nuevos Programas de Salud Mental que se han incorporado progresivamente desde el año 2016 a nivel nacional (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, MINSAL). Éste tiene como propósito realizar un acompañamiento y seguimiento intensivo de las familias que tengan algún o alguna integrante entre 0 y 24 años con alto riesgo psicosocial, buscando asegurar el ingreso a los servicios en la APS y en otros dispositivos de la Red, según su necesidad, y su adherencia a ellos, con el apoyo de un gestor comunitario y un equipo de profesionales del área psicosocial, favoreciendo el trabajo articulado entre los distintos niveles de atención en salud, intersector y comunidad, con el fin de disminuir las barreras e inequidades a las que se ven enfrentadas estas familias.

Entre enero y junio de 2018, ingresaron a este Programa 215 usuarios y sus familias, con un 57% de hombres y 43% de mujeres. El 77.7% de estos usuarios son menores de 15 años, conservando la mayor proporción de población masculina (65% vs 35%), mientras que en los mayores de 14 años, la proporción se invierte, con 72.9% de mujeres. A continuación podemos observar su distribución por edad y por Polo:

Gráfico 18: Distribución por edad y por Polo de los ingresos del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS entre enero y junio del 2018.



Fuente: REM P, enero a junio 2018.

3.5.1f. Salud Bucal

Con respecto a salud bucal, todos los datos presentados a continuación corresponden al período enero - agosto 2018.

En dicho transcurso de tiempo, han sido ingresados al Programa CERO un total de 3.518 niños de entre 0 meses y 6 años 11 meses 29 días, con un promedio de índice ceod de 1.3; dicho índice expresa el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos por niño, es decir, su historia de caries.

Tabla 49: Distribución por polo de número de ingresos a programa CERO y promedios ceo-d, de enero a agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados	277	287	847	834	360	375	268	270
Promedio ceod	1.3	1.3	1.4	1.3	0.9	1.1	1.5	1.3

Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

De la población de niños ingresados al Programa CERO, un 32,14% de la población total de menores de 3 años se encontraron libres de caries, obturaciones o dientes perdidos al momento del examen, es decir, sin historia de caries.

Tabla 50: Distribución por polo de número de niños menores de 3 años libres de historia de caries versus número total de niños menores de 3 años a agosto 2018.

	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total Red
Libres de caries	229	634	346	271	1.480
Total menores de 3 años	467	2.076	817	573	3.933
Logro a agosto	49,04%	30,54%	42,35%	47,29%	37,63%

Fuente: REM A09.

De la población de niños de 6 años, 719 niños fueron ingresados a tratamiento y 749 fueron egresados. El índice ceo-d promedio para los niños ingresados fue de 2.5, y se realizó un promedio de 8.8 actividades preventivas/niño (examen, sellantes, fluoración, pulido coronario, destartraje, actividad interceptiva de anomalías dentomaxilares) y de 2.5 actividades restauradoras/niño (exodoncia, pulpotomía, restauraciones). Esto es indicativo de las actividades que hemos destinado a prevenir y reparar el daño.

Tabla 51: Distribución por Polo de situación de salud bucal de niños de 6 años a agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	35	53	208	202	45	70	59	47
Egresos tratamiento	46	59	231	218	51	65	38	41
Índice ceo-d promedio/niño	3.1	3.1	2	2.3	2.2	2.5	3.4	3.1
Actividades preventivas	8.9	7.3	8.8	10	10	9	5.8	7.4
Actividades recuperativas	1.9	2	2.7	3.1	1.9	1.8	2.1	2.5

Fuente: REM A09.

De la población entre 7 y 9 años, un total de 892 niños ingresaron a tratamiento de salud bucal, y un total de 687 niños fueron dados de alta, es decir, un promedio de 76 niños mensuales.

Tabla 52: Distribución por polo de ingresos a tratamiento y altas odontológicas de niños de 7 a 9 años, a agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	78	104	166	189	110	88	93	64
Altas odontológicas preventivas	28	25	71	61	48	27	25	19
Altas odontológicas integrales	30	48	78	77	43	37	41	29

Fuente: REM A09.

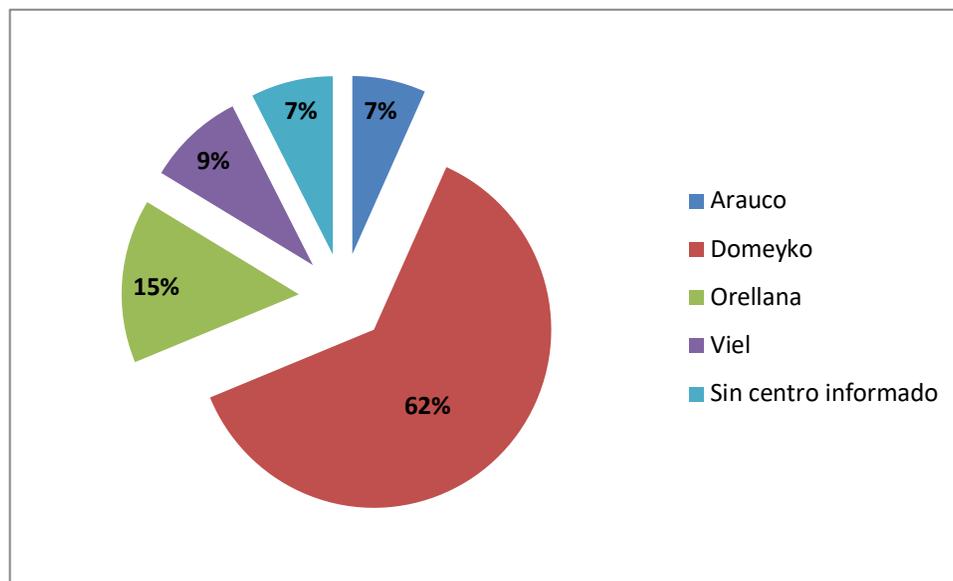
Entre los menores de 10 años, la distribución de ingresos a tratamiento por sexo tiene escasa diferencia.

3.5.2 Adolescentes: 10 a 19 años

La Red cuenta con 13.998 adolescentes inscritos, validados al 2018 (corte de agosto 2017), de los cuales el 48,7% son mujeres (6.804) y 19,3% (2.694) no tienen nacionalidad chilena registrada.

La distribución por polo de la población inscrita se correlaciona con la población inscrita en la Red. Con respecto a la condición de inmigrante, la mayoría (62%) se encuentra inscrita en el polo Domeyko, como se aprecia en el Gráfico 19.

Gráfico 19: Distribución de adolescentes migrantes inscritos por Polo.



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

Existe un 7% de adolescentes migrantes que no tienen un centro informado (gráfico 19), esto puede deberse a adolescentes atendidos en algún convenio, que no se hayan inscrito en un CESFAM específico, pacientes atendidos en SAPU, etc.

De los pacientes que no tienen nacionalidad chilena registrada, 768 (28,5%) no tienen ninguna nacionalidad informada. De los que sí tienen nacionalidad extranjera registrada (1.926), un 69,4% corresponde a usuarios de nacionalidad peruana, seguido por colombianos (11,9%) y venezolanos (6,6%).

Dentro de la Red, el mayor número de adolescentes se encuentra en el polo Domeyko, asociado también a que este centro tiene alrededor del doble de población inscrita que los otros centros. Además, Domeyko también cuenta con el mayor porcentaje de población migrante, desproporcional al porcentaje de adolescentes inscritos en la Red (61,6% de los adolescentes migrantes se encuentran en Domeyko, versus 53% de los adolescentes de la Red están inscritos en Domeyko).

De los inscritos, sólo 1.391 adolescentes se encuentran bajo control en algún programa a junio 2018 (lo que constituye el 10% de los inscritos), dentro de los cuales, el 31% corresponden a migrantes. Esto se explica debido a que la población adolescente generalmente no consulta de forma espontánea, lo que resalta la importancia de captar a esta población en las actividades

comunitarias, de promoción y participación, y en espacios amigables. De cualquier forma, la distribución por polo de los adolescentes inscritos, se correlaciona con la distribución por polo de los adolescentes bajo control.

A continuación se abordarán los diferentes programas de salud en los cuales se involucran los usuarios adolescentes de la Red.

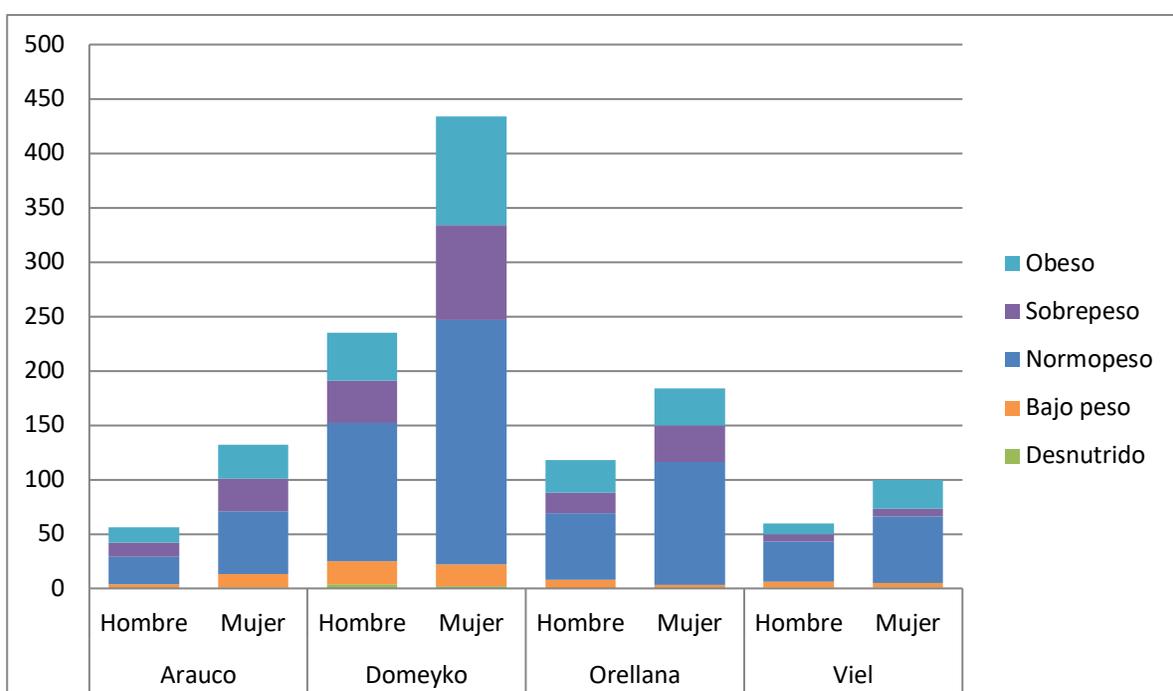
3.5.2a Programa de Salud Integral del Adolescente

Incluye la ficha CLAP y la detección de factores de riesgo como conducta sexual de riesgo, consumo y abuso de sustancias, y otros factores de riesgo psicosociales. Son controles de salud realizados por matrona y enfermera en Espacios amigables (destinados a los adolescentes, algunos dentro de establecimientos educacionales) y en centros de salud.

Desde enero a julio 2018, se han realizado 1.202 controles de salud integrales del adolescente, de los cuales el 52% se realiza en los centros de salud. También se realizan controles en espacios amigables, que son lugares en establecimientos educacionales especialmente preparados para la atención de salud de usuarios adolescentes, que cuentan con profesionales específicamente preparados para ello. Los adolescentes entre 10 y 14 años se atienden mayoritariamente en los centros de salud (81,8% de los adolescentes de esta edad), mientras que aquellos entre los 15 y 19 años de edad lo hacen en espacios amigables (83,9%).

Con respecto al estado nutricional de estos pacientes, se considera desnutrición a un índice de masa corporal (IMC) menor a 18,5, bajo peso entre 18,5 y menor a 20, normal entre 20 y 24,9, sobrepeso entre 25 y 29,9 y obesidad mayor o igual a 30. En el gráfico 20 se observa la distribución nutricional de los adolescentes bajo control, por polo.

Gráfico 20: Distribución nutricional de adolescentes por Polo.



Fuente: Realización propia a partir de datos locales.

De forma general, el 6% de los adolescentes de la Red se encuentran con bajo peso, y el 0,7% desnutridos. Existen diferencias entre el estado nutricional por sexo, más evidente en el Polo Domeyko, donde el 43,1% de las mujeres se encuentra con malnutrición por exceso, versus el 35,3% de los hombres.

Al analizar de forma específica a los adolescentes inmigrantes, se evidencia que ellos concentran las tasas de malnutrición por déficit vs los pacientes chilenos, con un 8% en bajo peso y 0,9% desnutrido.

Con respecto al consumo de tabaco, de los 817 usuarios evaluados en los centros de salud entre enero y agosto 2018, un 4,7% refiere consumir tabaco. Y de 807 evaluados sobre consumo de alcohol, 7,8% refiere que sí consume. La distribución por polo de consumo de tabaco y alcohol durante este periodo se evidencia en la tabla 53:

Tabla 53: Distribución por polo de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes evaluados en ficha CLAP entre enero y agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		Total	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Tabaco	5	3,6	11	3,0	18	8,2	4	4,5	38	4,7
Alcohol	13	9,4	20	5,3	20	9,3	10	12,7	63	7,8

* Porcentaje de consumo en relación al total de adolescentes evaluados en los Centros de Salud.

Además, se realizan controles de salud integral también en usuarios adscritos a la Red (sin centro informado), por ejemplo, en espacios amigables. A continuación, se refleja el consumo de todos los usuarios evaluados en fichas CLAP desde 2016 a agosto 2018 (Tabla 54), donde se evidencia una tendencia a la baja en el consumo de tabaco, y al alza en el de alcohol.

Tabla 54: Evolución por año de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes evaluados en ficha CLAP entre enero 2016 y agosto 2018.

	2016		2017		2018	
	n	%*	n	%*	n	%*
Tabaco sí	126	14,8	245	12,1	142	11,1
Alcohol sí	102	12,3	295	14,5	235	18,3

*Porcentaje de consumo en relación al total de adolescentes evaluados.

3.5.2b Programa de Salud Preventiva

El examen de medicina preventivo del adulto (EMPA) es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud con enfoque en la detección de enfermedades crónicas no transmisibles y en sus factores de riesgo, con el objetivo de reducir la morbilidad y secuelas producidas por estas, realizado a personas desde los 15 y más años de edad sin patologías cardiovasculares diagnosticadas.

Durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2018, en la Red se realizaron 115 exámenes preventivos entre los 15 y 19 años, lo que representa un 0,9% del total de EMPA realizados en la Red.

De éstos, un 50% fue realizado a mujeres. El detalle por polo y proporción versus el total de EMPA realizados se evidencia en la Tabla 55, donde se evidencia una gran diferencia entre la pesquisa realizada en el polo Viel en comparación con los otros.

Tabla 55: Número y proporción de EMPA realizados a adolescentes en el periodo de enero a julio 2018

	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel
Total EMPA	1.520	5.721	2.947	2.055
15 a 19 años	9	23	8	75

Fuente: REM A02, sección B.

El EMPA incluye la pesquisa de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares: presencia de tabaquismo, presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, glicemia en ayunas ≥ 100 mg/dL y colesterol total ≥ 200 mg/dL.

Sólo existen 10 casos de presencia de factores de riesgo (8,7% de los EMPA realizados), de los cuales el 90% corresponde a tabaquismo y 1 caso de colesterol alterado.

3.5.2c Programa de salud cardiovascular (PSCV)

En este programa existen 16 adolescentes bajo control (los ingresos al programa se hacen desde los 15 años de edad), que corresponden al 0,09% de todos los usuarios en este programa, 56,3% de los pacientes en control son hombres. Existe un bajo número de adolescentes incluidos en el PSCV, concordante con el perfil de riesgo de los usuarios en este rango etario.

Con respecto a los diagnósticos y factores de riesgo por polo, existen 4 casos de tabaquismo, 9 de Hipertensión Arterial, 7 de Dislipidemia y 2 de Diabetes Mellitus tipo 2. Considerar que hay usuarios que pueden tener más de 1 diagnóstico o factor de riesgo, no existiendo pacientes adolescentes en control por Enfermedad Renal Crónica.

3.7.2d Programa de Salud Mental (PSM)

En este Programa existen 333 usuarios adolescentes bajo control, que representan al 8,6% de todos los usuarios en el PSM de la Red (Tabla 52).

Entre ellos, 144 se encuentran entre los 10 y 14 años (43,2%) y 189 entre los 15 y 19 años (56,8%). 50,7% de los usuarios entre 10 y 14 años son hombres y 38,1% de los usuarios entre 15 y 19 años.

De acuerdo a la distribución por polo, 19% (64) pertenecen a Arauco, 46% (154) a Domeyko, 18,9% (63) a Orellana y 15,6% (52) Viel, lo que se relaciona con la distribución de adolescentes inscritos por polo. Un 17,7% (59) son inmigrantes, la mayoría concentrados en el polo Domeyko con un 64,4% (38); un 7,8% (26) se identifica con algún pueblo originario, de los cuales un 61,5% (16) de éstos pertenecen al polo Arauco.

Tabla 56: Número de adolescentes bajo control en PSM, por sexo y polo

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	H*	M**	H*	M**	H*	M**	H*	M**
Bajo control	21	43	71	83	29	34	24	28
Inmigrantes	1	6	15	23	6	1	2	5
Pueblos Originarios	3	13	0	5	2	1	0	2

Fuente: tarjetero digital de pacientes en PSM de enero a junio 2018. (*Hombres) (**Mujeres).

En cuanto a las patologías en control, depresión es la más prevalente, con un 14,1% (47) de diagnósticos, 36,2 % (17) leve, 36,2 % (17) moderada y 27,7% (13) grave. Llama la atención que el porcentaje de usuarios con depresión grave es alta, mayor que en otros grupos etarios, además considerando que este tipo de pacientes debieran manejarse en atención secundaria.

Con respecto al consumo de sustancias, este diagnóstico representa al 6% (20) de los usuarios bajo control, de los cuales el 30% (6) se encuentra en control por consumo de alcohol, 40% (8) por consumo de drogas y 30% (6) presenta policonsumo. Considerar que existen usuarios que están en control por consumo de más de una sustancia (por ejemplo, usuario con diagnóstico de policonsumo y de alcohol, por drogas diferentes, por alcohol y drogas, etc.).

En cuanto a factores de riesgo de patologías de salud mental (Tabla 53), podemos observar que el 20,4% (68) son víctimas de violencia, de los cuales 57,4% (39) son mujeres. En cuanto a abuso sexual, representa al 7,8% (26) de los adolescentes en el PSM, de los cuales el 84,6% (22) son mujeres.

Tabla 57: Número de adolescentes bajo control víctimas de violencia y abuso sexual, por sexo y Polo.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	H*	M**	H*	M**	H*	M**	H*	M**
Víctima de violencia	1	8	21	22	1	3	6	6
Abuso	0	4	3	12	0	2	1	4

Fuente: tarjetero digital de pacientes en PSM de enero a junio 2018. (*Hombres) (**Mujeres).

Finalmente, cabe destacar que existe una baja proporción de los usuarios en el PSM que son gestantes, sólo 2 (representa 0,6% de los adolescentes en el PSM), de las cuales 1 presenta diagnóstico de abuso sexual.

3.5.2e. Programa de Enfermedades respiratorias del niño y del adulto (IRA - ERA)

En este Programa existen 149 usuarios en edad adolescente bajo control, de los cuales 148 tienen diagnóstico de asma; que representan al 5,8% de los usuarios del programa en todos los usuarios de la Red.

Entre ellos (tabla 54), 100 se encuentran entre los 10 y 14 años (67,1%) y 49 entre los 15 y 19 años (32,9%).

De éstos, 36,9% (55) pertenecen al polo Arauco, 34% (51) a Domeyko, 13,4% (20) a Orellana y 14,8% (22) Viel, lo que no se relaciona con la distribución de adolescentes inscritos por polo, ya que Domeyko debiera contar con al menos el 50% de los usuarios de la red, Orellana el 20% y Arauco 15% aproximadamente.

Un 11,4% (17) son inmigrantes, la mayoría concentrados en el polo Domeyko con un 52,9% (9) de todos los inmigrantes; un 8% (12) se identifica con algún pueblo originario, de los cuales un 91,7% (11) de éstos pertenecen al Polo Arauco.

En cuanto a la severidad del asma, se evidencia que el asma leve es el tipo más prevalente. Su distribución por severidad, polo y por sexo se puede ver en la tabla 548:

Tabla 58: Caracterización de severidad de usuarios adolescentes bajo control en programa IRA - ERA por diagnóstico, sexo y Polo.

Patologías en control	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	H*	M**	H*	M**	H*	M**	H*	M**
Asma Leve	19	9	22	13	0	0	9	10
Asma Moderado	17	9	8	8	0	1	0	0
Asma Severo	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Tarjetero digital de pacientes en programa IRA - ERA de enero a junio 2018. (*Hombres) (**Mujeres).

3.5.2f. Salud Bucal

En el período enero a agosto 2018, 2.740 adolescentes fueron ingresados a tratamiento y 938 fueron dados de alta. El índice COPD promedio para los adolescentes ingresados fue de 3,8, índice que refleja el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos, es decir, la historia de caries. Se realizó un promedio de 11,95 actividades preventivas/adolescente (examen, sellantes, fluoración, pulido coronario, destartraje, actividad interceptiva de anomalías dentomaxilares) y 1,5 actividades restauradoras/adolescente (exodoncia, pulpotomía, restauraciones). Esto es indicativo de las actividades que se han realizado para prevenir y para reparar el daño. Además, en el período enero a agosto, se realizaron un total de 2.418 sesiones de consejería breve en tabaco, actividad que se desarrolla desde los 12 años.

Tabla 59: Distribución por polo de situación de salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años a agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	133	170	458	983	130	137	444	285
Altas odontológicas preventivas	55	75	114	67	33	41	37	34
Altas odontológicas integrales	72	87	71	64	66	60	31	31
Índice ceod promedio/ adolescente	2.5	3.1	3.7	4.2	3.6	4.3	3	3.3
Actividades preventivas	1.247	1.718	6.306	7.922	1.587	1.606	7.841	4.519
Actividades recuperativas	125	193	906	1.115	558	447	459	339

Fuente: REM A09.

Para los 12 años, en el período enero a agosto 2018, fueron ingresados un total de 609 pacientes a tratamiento, y 599 fueron egresados. De dichos egresos, 406 correspondieron a altas preventivas y 193 correspondieron a altas integrales. El índice COPD promedio para los adolescentes ingresados fue de 1,3, lo cual se explica porque a esta edad suele terminar el recambio dentario, habiendo erupcionado recientemente los dientes de la segunda etapa de recambio. Se realizó un promedio de 9,5 actividades preventivas/adolescente (examen, sellantes, fluoración, pulido coronario, destartraje, actividad interceptiva de anomalías dentomaxilares) y 1,7 actividades restauradoras/adolescente (exodoncia, pulpotomía, restauraciones).

Tabla 60: Distribución por polo de situación de salud bucal de adolescentes de 12 años a agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	36	36	231	169	30	37	39	31
Altas odontológicas preventivas	16	17	176	124	16	20	19	18
Altas odontológicas integrales	17	18	43	45	21	18	17	14
Índice ceod promedio/ adolescente	0.8	1.8	1.2	1	1.6	2	1.7	1.6
Actividades preventivas	406	444	1.883	1.633	417	422	362	265
Actividades recuperativas	24	47	339	326	115	132	44	48

Fuente: REM A09.

3.5.2g. Programa de Salud Sexual y Reproductiva

De enero a agosto de 2018, ingresaron un total de 102 adolescentes a control prenatal por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, correspondiendo al 6% de los ingresos de gestantes en control en la Red. El 61,3% de ellas corresponde a usuarias migrantes.

El 97% de los casos (99), corresponde a mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales el 44% corresponden al polo Domeyko. Sólo 3 casos corresponden a menores de 15 años, todas usuarias de Domeyko.

Tabla 61: Distribución de los ingresos de adolescentes a Control Prenatal en la Red entre enero y agosto 2018.

	Menor 15 años	15 a 19 años
Arauco	0	21
Domeyko	3	41
Orellana	0	18
Viel	0	19
Red	3	99

Fuente: REM A acumulado, enero a agosto 2018.

Según los datos entregados por las usuarias en su control, el 76,5% de los embarazos no fueron planificados, y el 73,5% de las embarazadas es primigesta.

Con respecto al riesgo biopsicosocial, el 46,8% de las adolescentes gestantes presenta riesgo y el 12,9% refiere violencia de género.

3.5.3 Adultos: 20 a 64 años

La Red cuenta con 67.714 adultos inscritos, validados al 2018 (corte de agosto 2017), que corresponden al 57,8% del total de inscritos. De los cuales el 60,42% (40.914) son mujeres y 39,57% (26.800) hombres.

De ellos, 50,35% (34.095) pertenecen al polo Domeyko, 20,98% (14.212) a Orellana, 15,28% a Viel (10.349) y 13,37% (9.058) a Arauco.

El 72% (48.758) de los adultos son chilenos, 15,12% (10.244) peruanos, 2,55% (1.727) venezolanos y el resto de otras nacionalidades.

A continuación, se abordarán los diferentes programas de salud en los cuales participan los adultos.

3.5.3a. Programa de Salud Preventiva

Durante el periodo enero a julio de 2018, se realizaron 12.243 exámenes preventivos (EMP) en la Red, de los cuales 6.063 (49,52%) fueron realizados a personas adultas (EMPA). Del total de EMPA realizados, 51,11% corresponde a mujeres. El detalle por polo y proporción versus el total de EMPA realizados se evidencia en la Tabla 62.

Tabla 62: Total de EMP y EMPA realizados en periodo enero a julio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
EMP	616	904	2521	3200	1090	1857	788	1267
EMPA	339	420	1647	1410	591	752	387	517

Fuente: REM A, sección A02.

Al evaluar condición nutricional (por índice de masa corporal IMC), 2,19% se encuentra en rango de bajo peso, mientras que el 65,19% se encuentra en el rango de sobrepeso y obesidad. (Tabla 63).

Tabla 63: Estado nutricional de EMPA realizados, periodo enero a julio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Normal	116	111	539	413	204	263	147	184
Bajo peso	6	8	43	27	17	16	5	11
Sobrepeso	139	170	697	540	251	259	154	187
Obeso	78	131	386	412	119	214	81	135

*Se considera IMC < 18,5 bajo peso, IMC 18,5 a 24,9 normal, IMC 25 - 29,9 Sobrepeso e IMC \geq 30 obeso. Fuente: REM A, sección A02.

Con respecto a los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares:

El 23,58% (1430) de los usuarios presenta hábito tabáquico (al menos un cigarrillo al día), 10,96% (553) presentó una presión arterial (PA) alterada (mayor o igual a 140/90 mmHg), 6,81% (413) presentó una glicemia alterada (mayor o igual a 100 mg/dL) y 23,3% (1.413) presentó colesterol total (CT) alterado (mayor o igual a 200 mg/dL).

Cabe destacar que tabaquismo y presión arterial alterada fueron predominantes en hombres, mientras que glicemia y CT alterados lo fueron en mujeres (Tabla 64).

Tabla 64: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular a partir de EMPA realizados en periodo enero a julio 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaquismo	112	130	418	275	145	163	90	97
PA alterada	32	42	158	109	60	76	41	35
Glicemia alterada	38	39	89	91	51	47	26	32
CT alterado	87	148	204	337	153	270	70	144

Fuente: REM A, sección A02.

3.7.3b. Programa de Salud Cardiovascular en adultos

Este Programa cubre bajo control al 6,16% (7.216) de los adultos de la Red. De estos, el 39,3% (2.836) son hombres y 60,7% (4.380) mujeres.

19% (1.373) son usuarios inmigrantes, la mayoría de ellos (53,82%) concentrados en el polo Domeyko (739). El 8,52% (615) se identifica con algún pueblo originario, de los cuales el 52% (325) pertenece al polo Arauco (tabla 65).

Tabla 65: Distribución por polo de la población bajo control en PSCV, incluyendo el número de usuarios inmigrantes y de pueblos originarios, a junio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Total bajo control	455	713	1.186	1.790	696	1.103	499	774	7.216
Inmigrantes	34	53	247	492	123	225	70	129	1.373
Pueblos Originarios	137	188	70	82	9	24	39	66	615

Fuente: REM P4, sección A Junio 2018.

El 72,79% (5.253) de los usuarios tiene diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA), 52,71% (3.804) de Dislipidemia (DLP), 36,34% (2.262) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y 14,06% (1.015) presenta Enfermedad Renal Crónica (ERC). Además, el 31,47% (2.271) fuma. Todas las patologías tienen predominio de mujeres en control (Tabla 66).

Tabla 66: Distribución por diagnóstico y polo de la población bajo control en PSCV a junio 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel		Total N	Total %
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		
Tabaquismo	95	128	211	266	201	266	87	152	1.406	19,5
HTA	347	542	895	1.329	485	757	361	537	5.253	72,8
DM2	188	283	510	608	287	308	200	238	2.622	36,3
DLP	211	359	614	941	385	620	253	421	3.804	52,7
ERC	49	76	300	436	41	57	24	32	1.015	14,1

Fuente: REM P4, sección A Junio 2018.

Al evaluar el riesgo cardiovascular (RCV), se puede observar que el 44,16% (3.187) de los usuarios presenta un RCV alto, de los cuales un 32,66% (1.041) presenta hábito tabáquico (Tabla 67).

Tabla 67: Distribución por polo de la población bajo control en PSCV con RCV alto y con RCV que fuman, a junio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
RCV alto	254	324	621	717	357	377	249	288
RCV alto y tabaquismo	105	95	214	193	133	114	86	101

Fuente: REM P4, sección A Junio 2018.

Al evaluar la compensación de pacientes por patología, se puede observar a un 59,9% de usuarios hipertensos compensados y a 37,83% de los usuarios diabéticos compensados, con mayor número de usuarias compensadas.

Al comparar compensación de usuarios inmigrantes y de pueblos originarios, se da una clara tendencia a presentar peores resultados de usuarios diabéticos principalmente en migrantes, manteniéndose la tendencia general en el resto de las patologías (Tablas 68 y 69).

Tabla 68: Porcentaje de compensación HTA en población general, migrantes y pueblos originarios

% compensación HTA	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
General	44,4%	56,3%	63,6%	69,6%	48,0%	60,5%	51,2%	59,4%
Migrantes	35,7%	48,7%	65,4%	66,4%	46,2%	57,8%	55,3%	69,2%
P. Originarios	47,1%	54,2%	60,4%	63,6%	42,9%	73,3%	39,3%	55,3%

Fuente: REM P4, sección A Junio 2018.

Tabla 69: Porcentaje de compensación DM en población general, migrantes y pueblos originarios

% compensación DM	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
General	33,5%	37,5%	33,3%	40,5%	33,1%	46,8%	35,0%	41,2%
Migrantes	11,1%	21,4%	26,0%	37,5%	22,5%	36,4%	16,7%	40,0%
P. Originarios	37,9%	35,7%	34,6%	40,7%	16,7%	75,0%	40,0%	62,5%

Fuente: REM P4, sección A Junio 2018.

Al analizar de forma específica a la población diabética, el 26,27% (689) de usuarios tiene insulino terapia, manteniéndose la proporción en los 4 polos. A su vez, la evaluación de pie diabético se encuentra vigente en el 78,68% (2.063) de los diabéticos en control, de ellos un 4,99% (103) tienen un riesgo máximo de ulceración.

3.5.3c Programa de Salud Mental en adultos

En este programa existen 2.338 adultos bajo control, de los cuales 22,96% (537) hombres y 77,03% (1.801) mujeres.

Un 16,76% (392) son usuarios inmigrantes, la mayoría concentrados en el Polo Domeyko con un 61,22% (240) y un 7,27% (170) se identifica con algún pueblo originario, de los cuales el 50% (85) son pertenecientes al Polo Arauco (Tabla 70).

Tabla 70: Distribución por polo de la población bajo control en PSM, incluyendo el número de usuarios inmigrantes y pertenecientes a pueblos originarios a junio 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bajo control	71	271	261	808	133	471	72	251
Inmigrantes	6	21	42	198	13	70	6	36
Pueblos Originarios	16	69	15	30	1	10	5	24

Fuente: REM P6, sección A.1 Junio 2018.

En cuanto a las patologías en tratamiento, la depresión es la más prevalente, con un 38,96% (911) de pacientes bajo control, de los cuales el 55,1% (502) es moderada, 36,44% (332) leve y 8,45% (77) grave.

Existen 12,27% (287) de pacientes bajo control por consumo de sustancias, de los cuales el 34,84% (100) se encuentra en controles por consumo de alcohol, 32,05% (92) consumo de drogas y 33,1% (95) de policonsumo (Tabla 72).

Tabla 71: Distribución por polo de la población con diagnósticos de depresión.

Bajo control Depresión	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Leve	4	40	29	101	28	73	8	49
Moderada	11	78	39	171	15	101	14	73
Grave	4	9	9	14	5	18	4	14
Post parto	-	2	-	18	-	13	-	2

Fuente: REM P6, sección A.1 Junio 2018.

Tabla 72: Distribución por polo de la población con diagnósticos de depresión y consumo de sustancias bajo control en PSM, a junio 2018

Bajo control dependencia	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Dependencia a alcohol	8	6	42	14	10	5	9	6
Dependencia a drogas	7	1	34	18	11	10	7	4
Policonsumo	6	6	43	11	9	7	9	4

Fuente: REM P6, sección A.1 Junio 2018.

En cuanto a pacientes bajo control por factores de riesgo de patologías de salud mental, se observa que el 13,98% (327) son víctimas de violencia, de las cuales un 92,66% (303) son mujeres, mientras que el 5,04% (118) es víctima de abuso sexual, de las cuales el 88,13% (104) son mujeres (Tabla 73).

Tabla 73: Distribución por polo de la población en controles por violencia y abuso sexual en el PSM, a junio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Violencia Víctima	11	78	7	126	1	44	5	55
Abuso sexual	4	29	7	47	2	16	1	12

Fuente: REM P6, sección A.1 Junio 2018.

Finalmente cabe destacar a las gestantes, con 38 pacientes bajo control en el PSM, de las cuales 28.94% (11) son víctimas de violencia, 13.15% (5) son víctimas de abuso y 2.63% (1) presenta consumo de sustancias (Tabla 74).

Tabla 74: Distribución por Polo de la población gestante en controles en PSM y factor de riesgo asociado.

Gestantes	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
Bajo control	9	18	8	3	9	18	8	3
Con abuso sexual	1	3	0	1	1	3	0	1
Con violencia	2	7	0	2	2	7	0	2
Consumo de sustancias	0	0	1	0	0	0	1	0

Fuente: REM P6, sección A.1 Junio 2018.

3.5.3d. Programa ERA en adultos

Existen 723 pacientes adultos en control en este Programa, de los cuales un 31,81% (230) son hombres y 68,18% (493) mujeres.

15,62% (113) son usuarios inmigrantes, la mayoría concentrados en el polo Domeyko con 47,78% (54), mientras que el 7,74% (56) se identifica con algún pueblo originario, de los cuales un 55,35% (31) son pertenecientes al polo Arauco (tabla 71).

En cuanto a las patologías en tratamiento, asma es la más prevalente, con un 71,23% (515) de los usuarios del programa, de los cuales el 53,98% (278) tiene asma leve, 41,74 % (215) moderado y 4,27% (22) severo.

Los usuarios con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representan un 25,17% (182) de los pacientes bajo control, de los cuales un 88,46% (161) tiene clasificación Gold A y 11,53% (21) Gold B (tabla 75).

Tabla 75: Distribución por polo de la población bajo control en programa ERA, según severidad

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Asma Leve	10	14	28	68	21	81	14	42
Asma Moderado	16	36	22	47	7	25	13	49
Asma Severo	4	6	2	3	1	1	3	2
EPOC A	10	13	29	34	10	27	22	16
EPOC B	1	2	4	2	1	6	3	2
Otras	0	5	4	7	2	4	3	1

Fuente: REM P3, sección A Junio 2018.

3.5.3e. Otros programas en adultos: Hipotiroidismo, Artrosis, Epilepsia, Parkinson

Con respecto a los otros programas no mencionados anteriormente (Tabla 72), existen 1.937 pacientes adultos bajo control por diagnóstico de Hipotiroidismo, de los cuales el 92,3% (1.788) son mujeres. El programa de artrosis incluye a 557 usuarios, de los cuales el 84,56% (471) son mujeres. Existen 169 pacientes en control de Epilepsia, 58,57% (99) mujeres y 13 pacientes en control por Enfermedad de Parkinson.

Tabla 76: Distribución por Polo y por sexo de la población en otros Programas

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Hipotiroidismo	23	292	51	724	46	456	29	316
Artrosis	15	101	33	200	26	102	12	68
Enf. Parkinson	1	1	2	1	4	1	0	3
Epilepsia	9	21	45	47	13	24	3	7

Fuente: REM P3, sección A Junio 2018.

3.7.3f. Salud Bucal

Entre enero y agosto de 2018, un total de 1.999 adultos de entre 20-64 años ingresaron a tratamiento dental y se realizaron un total 2.213 de consultas de morbilidad, es decir, de sesiones de tratamientos programados. Cabe destacar la alta cantidad de inasistencias a horas previamente agendadas (3.437), correspondiente a más del 100% de las consultas de morbilidad efectivamente realizadas. De los ingresos a tratamiento, el 11,1% correspondieron a hombres (223) y el 88,9% a mujeres (1.776). De las actividades realizadas, 31,2% fueron realizadas en hombres, mientras el 68,8% fueron realizadas en mujeres. Se realizaron 2.053 sesiones de consejería breve anti tabaco, es decir, que al menos todos los pacientes que ingresaron a tratamiento recibieron una sesión. En la tabla 77 se describen algunas características de las atenciones que recibieron.

Tabla 77: Situación de salud bucal por polo y por sexo de la población adulta, entre enero y agosto 2018.

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	64	276	51	737	62	454	46	309
Consulta de morbilidad	172	314	366	674	80	199	138	270
Actividades de morbilidad	523	1.298	1.115	2.206	334	812	290	654
Consulta de urgencia (GES)	44	90	62	121	14	35	30	64
Inasistencia a consulta	77	403	171	1.161	255	690	79	601
Interconsultas generadas	48	100	297	361	107	330	88	261
Radiografías	2.759		924		935		467	

Fuente: REM A09.

En el período enero -agosto 2018, un total de 1.755 gestantes fueron ingresadas a control de embarazo. En esta sección se analizarán tanto los datos de las gestantes adultas y adolescentes, dada la baja prevalencia de éstas últimas. Del total de ingresos, 1.087 pacientes han recibido su alta odontológica en el período enero- agosto 2018. El promedio de dientes cariados, obturados y perdidos es de 7,5 para toda la Red, lo cual es indicativo de la historia de caries de las pacientes.

Tabla 78: Descripción del número y tipo de prestaciones recibidas por usuarias gestantes en el programa de salud bucal de enero a agosto 2018, por Polo.

	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total Red
Ingresos a control de embarazo	203	835	444	273	1.755
Ingresos a tratamiento	160	692	306	216	1.374
Altas preventivas	10	56	50	36	152
Altas integrales	134	466	190	145	935
Promedio CEOP	7.2	8	6.9	7.1	7.5
Actividades preventivas	1.677	6.572	3.456	2.176	13.881
Actividades recuperativas	513	4.212	1.191	1.052	6.968
Inasistencias	113	408	264	205	990
Interconsultas	58	192	124	188	562

Fuente: REM A09.

A continuación, se describen las prestaciones del programa recibidas por usuarios de 60 años (Tabla 79).

Tabla 79: Descripción del número y tipo de prestaciones recibidas por usuarios de 60 años en el Programa de Salud Bucal de enero a julio 2018, por Polo.

	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel	Total Red
Ingresos a tratamiento	26	91	67	59	243
Altas integrales	37	52	59	44	192
Promedio COPD	16.5	17.6	17	14.5	16.4
Actividades preventivas	314	783	727	462	2.286
Actividades recuperativas	179	594	362	253	1.388
Inasistencias	20	86	69	42	217

Fuente: REM A09.

Es notorio el aumento del índice COPD a lo largo de la vida de los pacientes, aumentando desde un 7,5 promedio para las mujeres gestantes, a 16.4 promedio para los pacientes de 60 años. Esto se condice con la realidad nacional e internacional.

3.5.3g. Programa de Salud Sexual y Reproductiva

De un total de 14.290 usuarios bajo control en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva al mes de junio de 2018, 14.132 son mujeres y 158 son hombres (1,1%). La mayor parte de la población bajo control se mantiene en regulación de fertilidad (67,3%), un 23,5% se encuentra en control de climaterio y el 9,1% restante corresponde a control de embarazo.

Control Prenatal

Durante el año 2018, hasta el mes de agosto, ingresaron un total de 1755 mujeres a control prenatal. Casi el 60% de estas gestantes refieren que el embarazo no fue planificado.

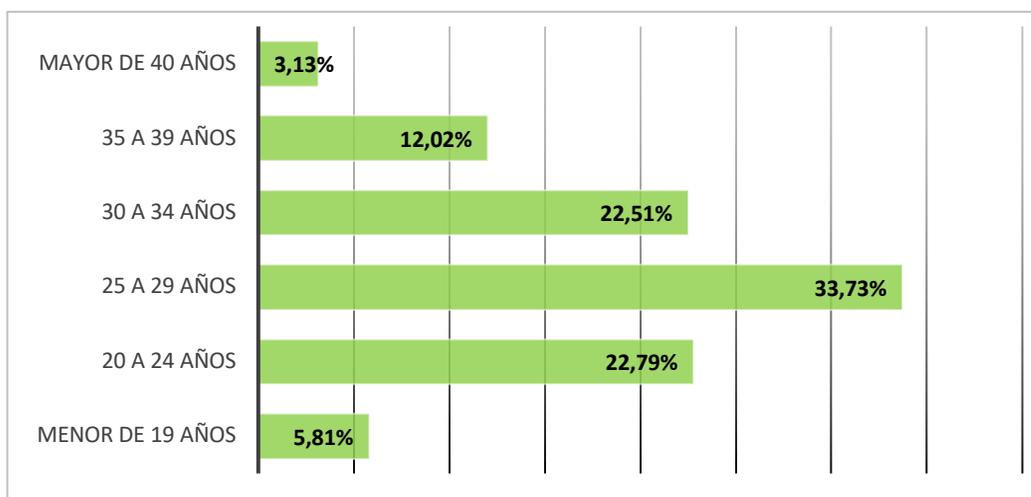
Con respecto a la distribución por edad de las usuarias, el 56,5% está concentrado entre los 20 y 29 años, y un 3,13% a usuarias mayores de 40 años, con 1 caso mayor de 45 años.

Tabla 80: Edad de gestantes ingresadas a Control Prenatal

Rango etario	N°	%
menor de 19 años	102	5,81
20 a 24 años	400	22,79
25 a 29 años	592	33,73
30 a 34 años	395	22,51
35 a 39 años	211	12,02
mayor de 40 años	55	3,13
Total	1755	100%

Fuente: Registro Local: REM serie A acumulado enero a agosto 2018, Elaboración Propia

Gráfico 21: Edad de las gestantes ingresadas a Control Prenatal en la Red entre enero y agosto 2018

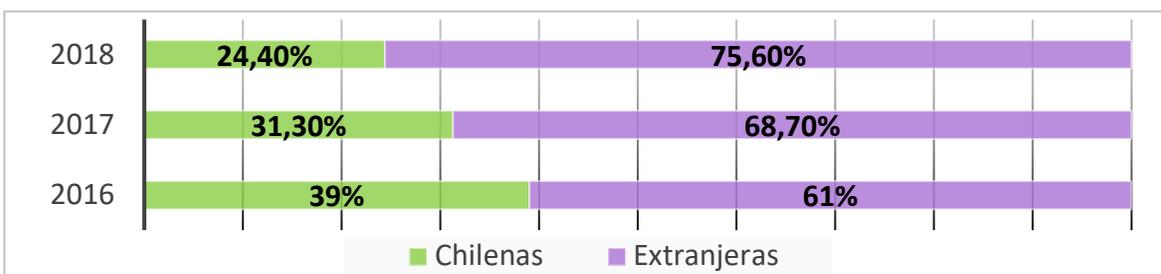


Fuente: Registro Local: REM serie A acumulado enero a agosto 2018, Elaboración Propia

Del total de mujeres gestantes ingresadas en el mismo período de tiempo en la Red, el 11,9% se identifica con pueblos originarios y el 75,7% corresponde a mujeres migrantes, siendo el Polo con menor proporción Arauco con un 53,2%, muy por debajo de los otros Polos que se encuentran por sobre el 75% (Domeyko 79,6%, Orellana 78,6% y Viel 75,5%).

Al ver la distribución según nacionalidad, se observa cómo ha ido en aumento el número de ingresos de gestantes extranjeras a través de los años, aumentando de un 61% en el año 2016 a 68,7% en el 2017 y a 75,5% en el 2018, lo cual ha significado realizar enormes esfuerzos por parte del personal de salud para poder manejar las barreras culturales e idiomáticas de las usuarias, principalmente en lo que se refiere al ingreso precoz de embarazo, acción de salud que no está incorporado en otros países con el enfoque promocional y preventivo que posee Chile (ver Gráfico 22).

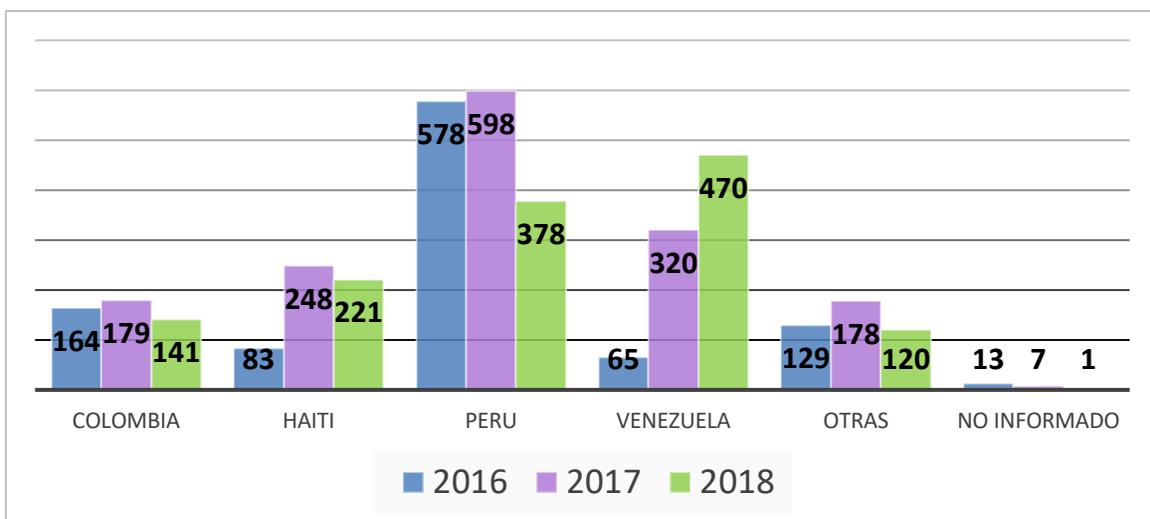
Gráfico 22: Nacionalidad de las mujeres que ingresaron a control prenatal entre enero 2016 a agosto 2018



Fuente: Registro local, elaboración propia.

Las 3 nacionalidades con mayor proporción durante el año 2018 son: la venezolana, con el 26,7%, que casi aumentó al doble en relación al 2017 (14,4%); la peruana, con un 21,5%, presentando una disminución en relación a los años anteriores (34,3% en el 2016 y 27% en el 2017); y haitiana con el 12,6%, en proporción levemente superior al 2017 (11,2%) y muy superior al 2016 (4,9%). Podemos ver esta comparación, en relación al 24,4% de chilenas ingresadas a control, quienes han disminuido con respecto a los años anteriores (31,3% en el 2017 y 39% en el 2016) en el gráfico a continuación.

Gráfico 23: Nacionalidad de las mujeres extranjeras que ingresaron a control prenatal entre enero 2016 a agosto 2018.



Fuente: Registro local, elaboración propia.

En relación a la evaluación de riesgo biopsicosocial, un 26% de las usuarias en control de embarazo se encuentran en riesgo, destacando el Polo Arauco con un 57% de las mujeres embarazadas en control con esta condición, por sobre el resto de los Polos, que presentan cifras menores al 28%. Esto se puede deber, en parte, a que es el Polo con mayor aplicación de la escala de evaluación de riesgo al ingreso de las gestantes, logrando un 95.6% de cobertura, versus el resto de los Polos que se encuentran bajo el 89%.

Un 7% de las embarazadas han reportado violencia de género, siendo los Polos con mayor reporte Arauco y Orellana, con 14% y 13% de las embarazadas en control, respectivamente.

Con respecto al estado nutricional de las embarazadas en control, el 2% se encuentra en control por malnutrición por déficit y el 17% por malnutrición por exceso, de las cuales el 56% son por sobrepeso y el 44% restante por obesidad.

3.5.4 Personas mayores, desde 65 años

Actualmente tenemos inscritos y validados por FONASA 19.964 personas mayores de 64 años, de los cuales el 64,2% son mujeres (12.813) y el 35,8% son hombres (7.151). A junio del 2018, el total de personas mayores de 65 años en control en la Red son 11.314 usuarios, de los cuales un 66% son mujeres y un 34% son hombres.

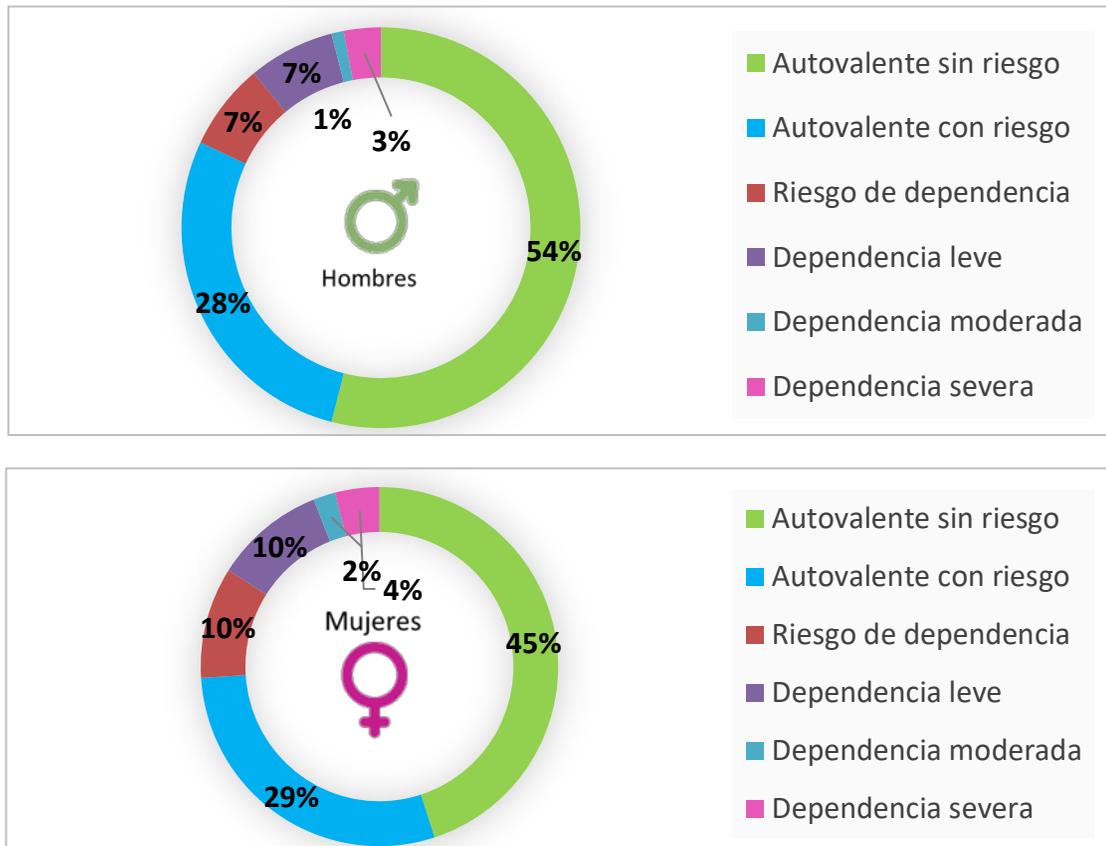
La cobertura del examen médico preventivo (EMPAM) de este grupo alcanza a un 65.6% a septiembre de este año, evidenciándose que el 10.1% de las personas mayores de 65 años controladas presentan hábito tabáquico, 4.4% presentó niveles elevados de presión arterial (= >140/90 mmHg), 11.4% presentó niveles de glicemia alterada (= >140/90 mmHg) y 13.3% colesterol elevado (= > 200 mg/dL).

Del total de las 11.314 personas indicadas, 709 usuarios se identifican con pueblos originarios y 543 son migrantes, aumentando un 44% y un 85% respectivamente con respecto al año 2017.

Una gran cantidad de las personas mayores bajo control son obesos o tienen sobrepeso (45,5% del total), mientras cerca del 13% se encuentran bajo peso. El 47% de los usuarios refiere realizar actividad física.

Con respecto a la condición de funcionalidad, la mayor tendencia es a la autovalencia (86,3%). Del total, las personas dependientes conforman el 13,7%, siendo los dependientes severos un 3,2%. (Gráfico 24).

Gráficos 24: Personas mayores en control por condición de funcionalidad, según sexo



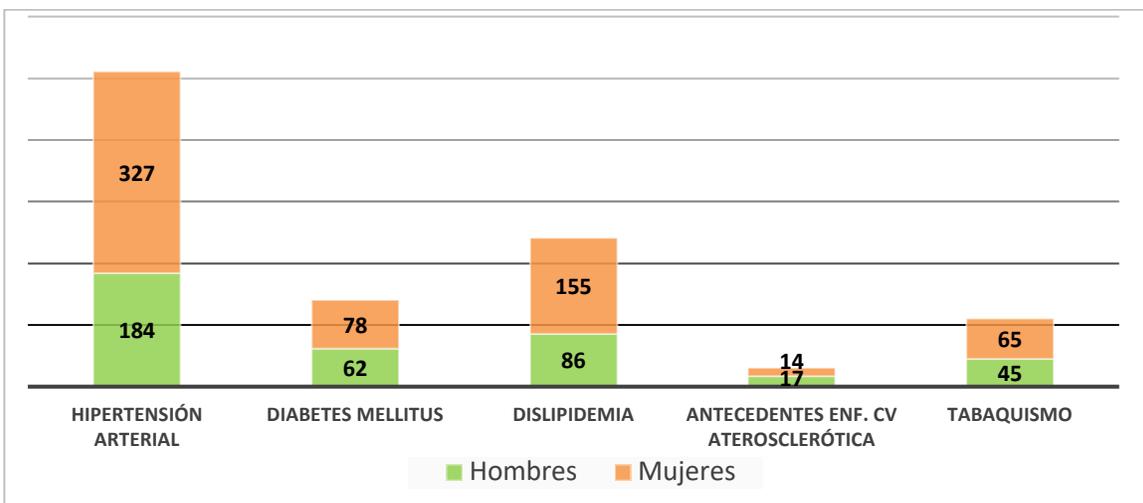
Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

3.5.4a. Programa de Salud Cardiovascular

Entre enero y agosto de 2018, ingresaron 645 usuarios mayores de 64 años al Programa de Salud Cardiovascular en la Red, 63% corresponde a mujeres y 37% a hombres, manteniéndose en control en este Programa un total de 9936 personas de este rango etario.

Al caracterizar los ingresos por patología, observamos la distribución mostrada en el siguiente gráfico:

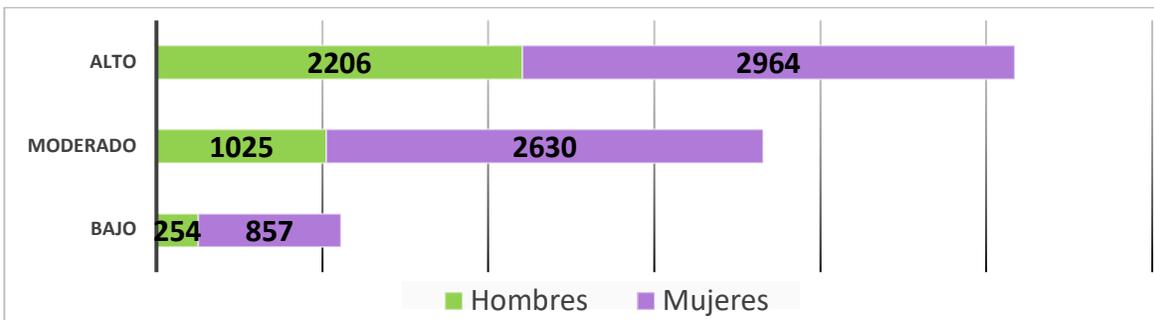
Gráfico 25: Ingresos de personas mayores de 64 años a PSCV según patología en la Red, desde enero a agosto 2018



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Del total de usuarios bajo control, 11,2% presenta bajo riesgo cardiovascular, 36,8% presenta riesgo moderado y 52% presenta un alto riesgo cardiovascular. Podemos observar la proporción de hombres y mujeres según su riesgo cardiovascular en el gráfico a continuación:

Gráfico 26: Riesgo Cardiovascular de las personas mayores de 64 años en control en el PSCV según sexo



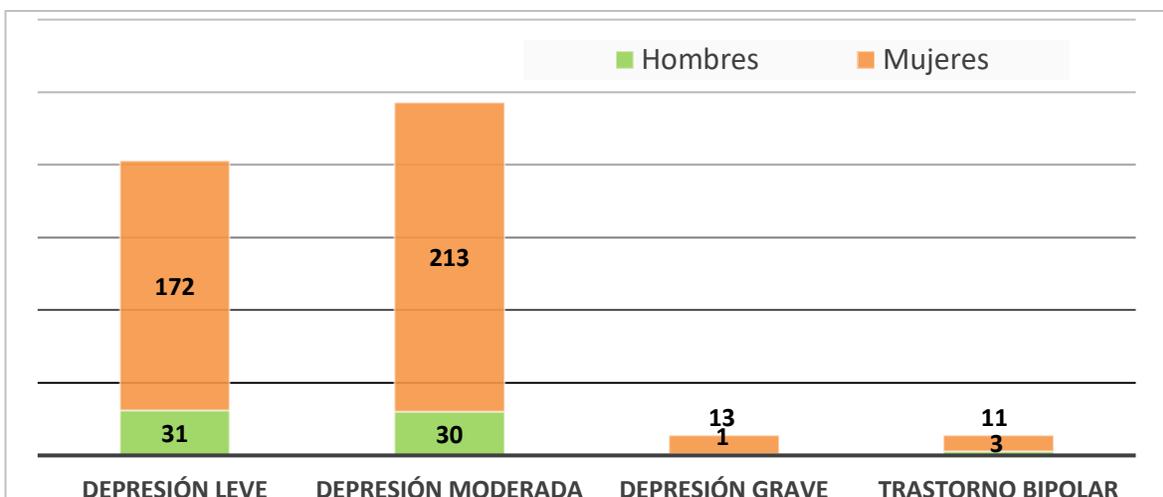
Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

3.5.4b. Programa de Salud Mental

Durante los meses de enero a agosto de 2018, el total de ingresos de personas mayores de 64 años al Programa de Salud Mental fue de 280 usuarios en la Red, 78,6% corresponde a mujeres, manteniéndose bajo control en este Programa un total de 1009 personas en este rango etario, 81,5% de éstos son mujeres.

47% de los usuarios del Programa presenta algún trastorno afectivo, presentándose los diagnósticos que se presentan en el gráfico a continuación:

Gráfico 27: Usuarios mayores de 64 años con Trastornos Afectivos en control en el Programa de Salud Mental según sexo



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

La sospecha de maltrato se presentó en 135 usuarios, siendo un 79,2% mujeres; mientras que 67 personas mayores que se encuentran bajo control en el Programa son víctimas de violencia, 95,5% de ellas son mujeres.

3.5.4c. Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa

Si bien este Programa está enfocado a los usuarios de cualquier edad que presenten una condición de dependencia severa, el 79,3% de los 295 usuarios que se encuentran bajo control hasta junio de 2018 corresponde a personas mayores de 64 años, el 14,6% a personas entre 20 a 64 años y el 6,1% restante a menores de 20 años.

El 70% de las personas bajo control de este Programa corresponde a mujeres; el 11,9% presenta alguna lesión por presión asociada a la dismovilidad y el 25,4% de los cuidadores del Programa recibe el beneficio de estipendio.

3.5.4d. Santiago Cuida a sus Personas Mayores

Uno de los proyectos que estaba en etapa de diseño el año pasado para apoyar el manejo de las personas adultas mayores y que se comenzó a ejecutar en agosto de este año fue *Santiago cuida a sus personas mayores*.

Esta estrategia busca contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores de la comuna y sus familias, bajo 4 líneas de acción:

Tabla 81: Líneas de acción y objetivos específicos del programa Santiago cuida a sus personas mayores

Líneas de acción		Objetivos Específicos
1	Atención Sociosanitaria	Mejorar la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores de la Comuna de Santiago.
2	Fortalecimiento de las competencias de los equipos de APS en la atención de la población adulta mayor	Fomentar el envejecimiento positivo de las personas mayores de la comuna de Santiago a través de actividades de promoción y prevención.
3	Educación a la población objetivo y sus familiares y/o cuidadores	
4	Articulación de Red y gestión de casos	Coordinar una Red de cuidados sociosanitarios continuos, progresivos y de calidad para las personas adultas mayores de la comuna de Santiago.

Con esta estrategia, la Red busca ser modelo con respecto a los cuidados de sus personas mayores, integrando los servicios disponibles en APS y en la comunidad, con el enfoque de cuidado sociosanitario, en coordinación con los otros niveles de atención de salud y con los Departamentos municipales dedicados al apoyo y cuidados sociales.

La ejecución del año 2018 está enfocada a los usuarios en condición de dependencia severa, y comenzó con la incorporación de un equipo multidisciplinario, especialista en adultos mayores, conformado por una enfermera, una terapeuta ocupacional y una kinesióloga.

En los primeros dos meses de ejecución, el equipo realizó 185 valoraciones geriátricas integrales, comenzando en octubre con las intervenciones específicas en las áreas de kinesiología neuromotriz y terapia ocupacional.

En la ejecución del año 2019 se proyecta incorporar a los usuarios en condición de dependencia moderada y leve, además de los dependientes severos, esperando contar con horas de médico geriatra y con más horas profesionales, con el apoyo de los convenios de colaboración con entidades universitarias.

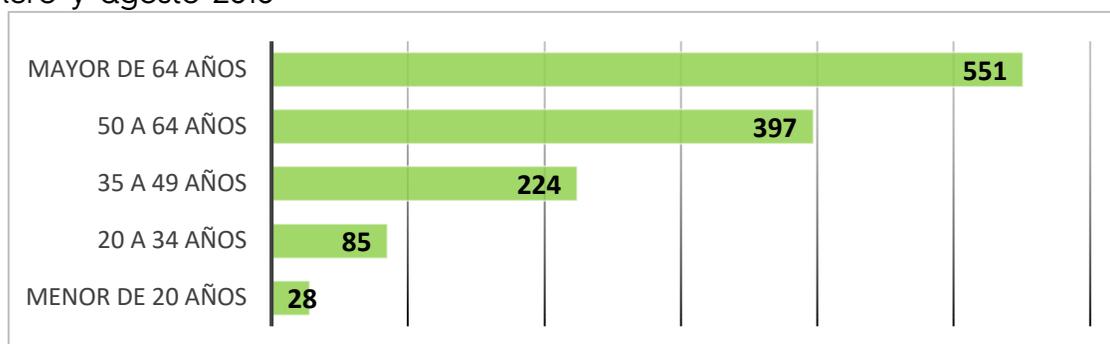
Este proyecto a mediano plazo espera abordar a todos los usuarios adultos mayores de la comuna de Santiago inscritos en la APS municipal, independiente de su condición de dependencia, integrando así a los Programas de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, el Más Adultos Mayores Autovalentes y a aquellos usuarios de la Red que no se encuentran abordados por éstos; intentando apalear en parte, la ausencia de salas de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) en nuestra Red.

3.5.4e. Salas de Rehabilitación Integral

La Red Municipal de Santiago cuenta sólo con dos Salas de Rehabilitación Integral: una en el Cefsam Ignacio Domeyko y otra en el Cefsam Arauco, teniendo que derivar desde los otros Polos a los usuarios que necesitan atenciones por un profesional de kinesiología para el manejo de síndromes osteomusculares.

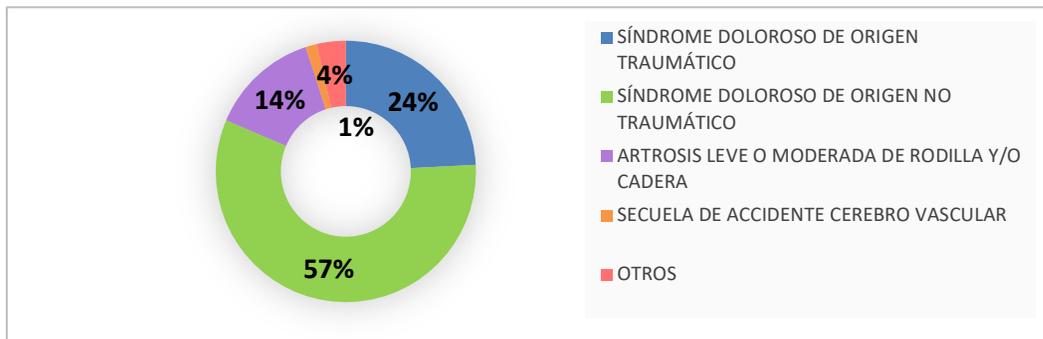
Los usuarios ingresados a las Salas de Rehabilitación Integral entre enero y agosto de 2018 fueron 1.285, 74,2% mujeres. El 42,9% de los ingresos corresponde a personas mayores de 64 años y si consideramos al grupo mayor de 60 años, este corresponde al 55% del total de los ingresos de la Red (ver gráfico 28).

Gráfico 28: Ingresos a Sala de Rehabilitación Integral por rango etario entre enero y agosto 2018



Con respecto a los diagnósticos de las personas ingresadas, 81% de estos corresponde a síndromes dolorosos, tanto de origen traumático (24%), como no traumático (57%). Un 14% corresponde a usuarios con artrosis leve o moderada de cadera y/o rodilla y un 1% corresponde a usuarios con secuela de accidente cerebrovascular (ACV). Finalmente, el 4% restante corresponde a otros diagnósticos.

Gráfico 29: Ingresos a Sala de Rehabilitación Integral según diagnóstico



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia.

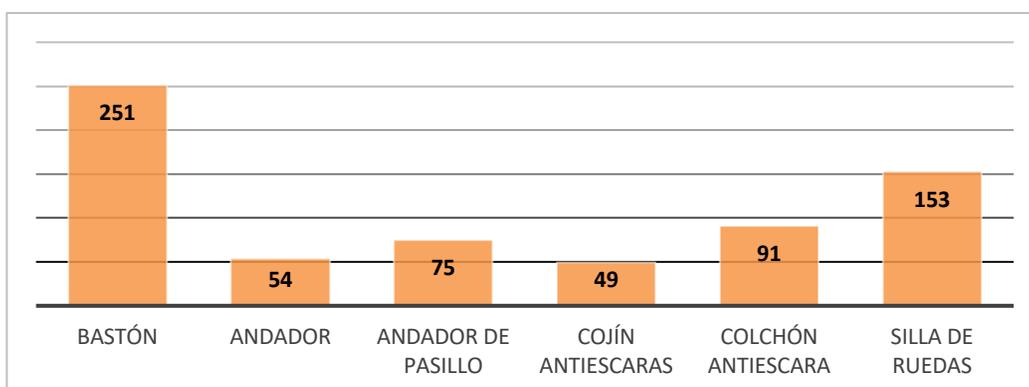
Es indispensable para mejorar la equidad y la accesibilidad a rehabilitación física de los usuarios de la comuna de Santiago, contar con más Salas de Rehabilitación e implementar la estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) en los Centros de Salud de APS Municipal, lo cual, además, permitiría un abordaje interdisciplinario de los usuarios en situación de discapacidad de la Red.

3.5.4f. Ayudas Técnicas

Las ayudas técnicas son elementos indispensables para mantener o mejorar el funcionamiento y favorecer la independencia de las personas en los distintos ámbitos de su vida. Para los mayores de 65 años, existe una canasta de Ayudas Técnicas cubiertas por GES, las cuales son indicadas y entregadas en los Centros de Salud de APS, buscando reducir el impacto de la dependencia, contribuyendo a mantener y/o mejorar su situación funcional, facilitando su inserción en la comunidad y previniendo las complicaciones asociadas a la inmovilidad.

Entre enero y agosto de 2018 se entregaron un total de 673 ayudas técnicas a personas mayores de 65 años en la Red, según lo que se detalla en el gráfico 30.

Gráfico 30: Entrega de ayudas técnicas a mayores de 65 años en la Red.



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia.

3.5.4g. Salud Bucal

En el período enero a julio 2018, un total de 1.332 adultos de 65 y más años ingresaron a tratamiento. El 10,43% correspondieron a ingresos realizados en hombres (139) y el 89,56% a mujeres (1.193). El total de consultas de morbilidad fue de 671, mientras el de inasistencias fue de 309. Esto puede explicarse por las dificultades de desplazamiento de los adultos mayores, sin embargo, proporcionalmente es mucho menor que en el grupo etario de 20-64 años.

Tabla 82: Situación de salud bucal adultos 65 años y más entre enero y julio 2018

	Arauco		Domeyko		Orellana		Viel	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ingresados a tratamiento	42	73	11	20	14	34	6	18
Consulta de morbilidad	60	81	145	232	15	37	49	52
Actividades de Morbilidad	194	247	391	656	44	129	97	97
Consulta de urgencia (GES)	11	19	6	13	0	0	3	3
Inasistencia a consulta	21	42	36	70	28	41	22	49
Consejería breve en alcohol	11	11	33	88	6	11	6	16
Interconsultas generadas	19	43	19	35	28	108	51	78

Fuente: REM A09.

3.6. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), se encuentra adosada a la EMB Rojas Jiménez y recibe las derivaciones de todos los centros de salud municipales de Santiago.

Cuenta con equipamiento especializado para realizar detección precoz de patologías estructurales y funcionales del ojo en forma prematura, entre las que se encuentran principalmente: cataratas y retinopatía diabética, principales causas de ceguera reversible en Chile, y Glaucoma, principal causa de ceguera irreversible en el país; realizándose alrededor de 4.000* exámenes anuales (*dato REM serie BM 2017).

Esta Unidad se incorpora a la Red en el año 2011 como una estrategia que busca fomentar la resolutivez de atención primaria en la especialidad de oftalmología.

Cuenta con un equipo especialista: 1 médico oftalmólogo (8 horas semanales), 2 tecnólogos médicos (TM) con mención en oftalmología y 1 técnico de nivel superior en enfermería; junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a los problemas de salud oftalmológicos de nuestra Red.

Los usuarios beneficiarios son personas inscritas en la Red - mayores de 14 y menores de 65 años - aunque esporádicamente se atiende personas fuera de este rango etario, de acuerdo a la patología sospechada y previa coordinación con el equipo.

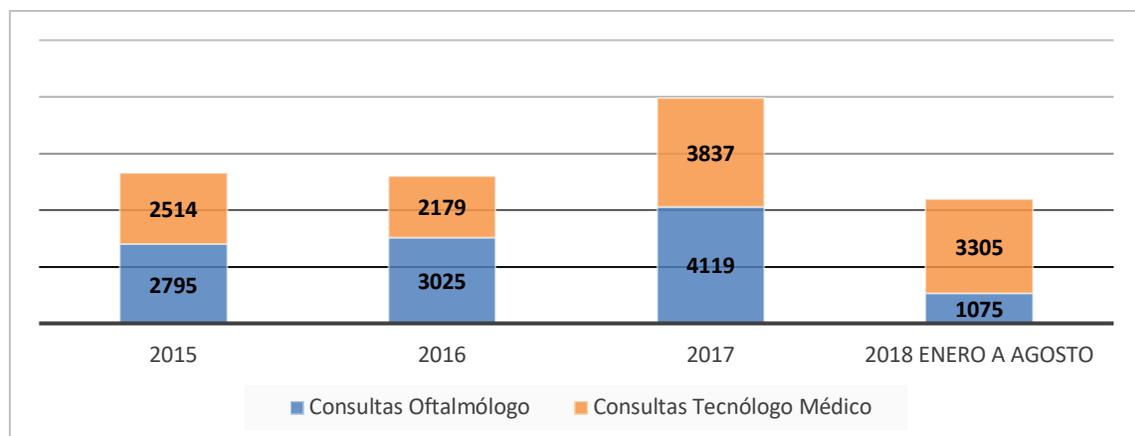
A continuación, se muestra la producción según profesional de la Unidad desde el año 2015 a agosto 2018 (Tabla 83).

Tabla 83: Consultas Tecnólogo Médico y Oftalmólogo en UAPO desde enero 2015 a agosto 2018.

Tipos de Atención	Consultas realizadas 2015	Consultas realizadas 2016	Consultas realizadas 2017	Consultas realizadas enero a agosto 2018
Consultas Oftalmólogo	2.795	3.025	4.119	1.075
Consultas Tecnólogo Médico	2.514	2.179	3.837	3.305

Fuente: Registros Propios

Gráfico 31: Número de Consultas Oftalmológicas



En los últimos años, se han incorporado las derivaciones de la Red y las atenciones realizadas en la Unidad a registros nacionales (antiguo Repositorio Nacional de Lista de Espera, actual Sistema de Gestión de Tiempos de Espera), lo que ha implicado un proceso de reorganización de las derivaciones, con el fin de regularizar la priorización de atenciones y lograr incorporar a cabalidad la lógica de lista de espera - en cuanto a priorización por tiempos de espera y prioridad clínica. Junto con lo anterior, se optimizó el proceso de atención según patología, priorizando las atenciones por glaucoma y retinografías alteradas por Oftalmólogo y vicios de refracción por TM.

En el año 2017 se realizaron 1.152 exámenes de vicio de refracción en usuarios entre 15 y 64 años, junto con la gestión de la entrega de 2.340 lentes ópticos.

Entre enero y agosto de 2018, la cantidad de lentes entregados a nuestros usuarios alcanzó los 1.302, con un total de 906 exámenes de vicio refracción.

3.7. COSAM

Desde 2010, el Centro comunitario de salud mental de Santiago abrió sus puertas, entregando atención especializada a todos los usuarios de la Red que sufren de alguna patología psiquiátrica severa. Trabaja colaborativa y coordinadamente con los otros centros de salud de la Red, incluyendo a los CESFAM dependientes del SSMC, enmarcado y sustentado en el Modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Las prestaciones son realizadas por un equipo multidisciplinario con un enfoque de género, de determinantes sociales y a través del ciclo vital. Además incluye dentro de sus estrategias de abordaje la prevención y promoción de Salud, el trabajo comunitario, así como también desempeña un rol formador dentro de la Red y del SSMC.

COSAM se encuentra ubicado en Av. Vicuña Mackenna 543 y Rojas Jiménez 21 (2° piso). Estos dos espacios permiten contar con box destinados a la atención clínica individual y grupal. En la actualidad, el espacio se encuentra en su límite máximo de uso, motivo por el cual una de las tareas pendientes para 2019 es contar con un nuevo espacio, más grande y adecuado a las necesidades del equipo y usuarios, con la finalidad de continuar dando respuesta satisfactoria y de calidad a nuestros pacientes.

Según el Manual de Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria, publicado durante el año 2018 se plantea un estándar mínimo de horas profesionales cada 50.000 beneficiarios. De acuerdo con ese cálculo, nuestro Centro de Salud Mental cuenta sólo con el 11,6% del equipo requerido para dar respuesta a toda la demanda de la comuna. Lo anterior implica que la brecha de RRHH actual en COSAM es del 88%. Sin embargo, a pesar de esta situación, el trabajo comprometido y permanente de entrega por parte del Equipo, permite que en la actualidad la lista de espera para ingreso sea mínima, contando en promedio con aproximadamente 40 personas.

Da atención a todas las patologías de salud mental derivadas, excepto trastornos de conducta alimentaria y esquizofrenia primer brote en su año 1 de tratamiento, los que son manejados en atención terciaria.

Las prestaciones realizadas en COSAM son evaluaciones por psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y psiquiatra, psicodiagnóstico, consulta con psicólogo, terapeuta ocupacional, psicoterapia individual y grupal, intervención psicosocial grupal, rehabilitación tipo I, visita domiciliaria integral, trabajo en la comunidad, consultorías de adultos e infantojuvenil y capacitaciones en temas de salud mental

Además se entregan atenciones que son financiadas con recursos provenientes del Ministerio de Justicia y de Desarrollo Social, como el Programa de evaluación y respuesta a demanda y el Programa de apoyo a la atención de salud mental, Modalidad Calle, respectivamente.

Cuenta con la Agrupación de Usuarios y Familiares de COSAM "Somos Más", con personalidad jurídica desde el 2016, quienes en 2017 lograron ganar fondos

concurables para la realización del Taller Laboral de Mosaicos. Durante el 2018 se ha fortalecido el trabajo del equipo docente asistencial, que recibe residentes de Psiquiatría de adultos, estudiantes de enfermería, psicología y terapia ocupacional.

3.8. Evaluación Indicadores (Metas IAAPS)

3.8.1 Análisis de situación actual

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

Las Metas Sanitarias están orientadas a promover el incremento de la calidad y de la oportunidad de la atención de salud en los establecimientos de nivel primario, y a proporcionar información que permita evaluar la idoneidad de las instalaciones y políticas existentes. Deben ser realistas y guardar relación con las condiciones locales (incluidas las condiciones económicas, ambientales, sociales y culturales), así como con los recursos financieros, técnicos e institucionales.

Incluyen a las metas sanitarias propiamente tales y a los índices de actividad de la APS (IAAPS).

En las siguientes tablas se ve la evolución de resultados sanitarios desde el año 2016. En el anexo 1 se pueden observar las metas establecidas por cada indicador, y la evolución de su cumplimiento de forma específica desde 2016.

Tabla 84: Porcentaje de cumplimiento de metas sanitarias en relación a lo establecido para años 2016, 2017 y periodo enero a agosto 2018.

Metas sanitarias	2016	2017	Enero a agosto 2018
Recuperación DSM*	92,2%	103%	56,8%
Pap vigente 25-64 años	84,3%	102,8%	75,6%
Cobertura odontológica 12 años	100,5%	111%	57,5%
Alta odontológica embarazadas	100,7%	92,6%	89,1%
Alta odontológica 6 años	89,3%	91%	61,5%
Cobertura efectiva DM2** desde 15 años	79,5%	86,3%	83,1%
Evaluación pie diabético	109%	92,5%	82,2%
Cobertura efectiva HTA*** desde 15 años	78,8%	81,2%	75,3%
Lactancia materna exclusiva 6 meses	100,2%	102,6%	89,0%
Plan de participación social	--	100%	125%

*DSM: desarrollo psicomotor. **DM2: diabetes mellitus tipo 2.

***HTA: hipertensión arterial. Plan de participación social se evalúa desde el año 2017.

A continuación, se describen los resultados de los IAAPS (Tabla 85).

Tabla 85: Porcentaje de cumplimiento de metas IAAPS con respecto a lo establecido para años 2016, 2017 y periodo enero a agosto 2018.

IAAPS	2016	2017	Enero a agosto 2018
CESFAM autoevaluados vigentes	--	100%	100%
Familias evaluadas por riesgo familiar	--	111,80%	90,2%
Gestión de reclamos	99,4%	101%	101%
Análisis de reclamos en institución comunitaria	--	100%	100%
Atención hasta las 20 hrs.	100%	100%	100%
Disponibilidad de fármacos trazadores	100%	100%	100%
Tasa de morbilidad versus controles	--	103%	72,4%
Porcentaje de interconsultas	--	100%	100%
Visita domiciliaria integral	94,7%	109,6%	66,9%
EMPA hombres 20 a 64 años	95,8%	107,5%	73,1%
EMPA mujeres 45 a 64 años	102,2%	105,3%	70%
EMPAM desde 65 años	94,4%	99,9%	65,6%
Evaluación DSM* 12 a 23 meses	87,7%	103,7%	71,3%
Control de salud integral 10 a 14 años	93,2%	115,1%	74,9%
Alta odontológica menores de 20 años	100%	118%	55%
Atención integral de Salud Mental mayores de 5 años	106,3%	94,20%	102,8%
Cobertura de asma cualquier edad y EPOC** desde 40 años	75,7%	74,1%	82,4%
Capacitación a cuidadores de dependientes severos con pago de estipendio	--	111%	53%
Cumplimiento GES	100%	100%	100%
Vacunación antiinfluenza	--	119,8%	112,1%
Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	100,6%	99%	101,7%
Cobertura de métodos anticonceptivos entre 15 y 19 años	--	126,8%	103,1%
Cobertura efectiva DM2 desde 15 años ***	91,6%	86,2%	83,1%
Cobertura efectiva HTA desde 15 años ***	89,8%	81,2%	75,3%
ceod = 0 menores de 3 años	--	línea de base	83,6%

*DSM: desarrollo psicomotor. **EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ***Para año 2016 se evaluó cobertura y desde 2017 cobertura efectiva. -- se evalúa desde el año 2017.

En el periodo entre enero y agosto de 2018 como Red presentamos un cumplimiento de 82,1%, mientras que en el mismo periodo 2017 se logró un cumplimiento global de 86,2%.

Dentro de los factores que explican esta variación se encuentran:

- El indicador IAAPS de capacitación a cuidadores de personas dependientes severas amplió su población objetivo en 2018.
- Aumento desproporcional de personas inscritas a nivel de Red en relación aumento de dotación e infraestructura de la Red.
- Aumento del número de gestantes ingresadas a control de embarazo incluyendo migrantes.

A pesar de esto, algunos indicadores han mejorado: el número de familias con evaluación de riesgo, el porcentaje de consultas resueltas en APS, la cobertura de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor (DSM), la cobertura de asma en mayores de 3 años y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en mayores de 40 años, la cobertura de anticonceptivos en adolescentes, la cobertura de atención integral de trastornos mentales y el índice de caries en menores de 3 años (ceod).

Por el contrario, indicadores principalmente relacionados con el PSCV, lactancia materna y recuperación del desarrollo psicomotor se mantienen bajos, por lo que como Red se están implementando diversas estrategias para mejorarlos.

4 Promoción de salud y participación social

La promoción de la salud se basa en estrategias básicas para la adquisición y el desarrollo de aptitudes y habilidades que llevan a cambios de comportamiento relacionados con la salud.

Los ámbitos de promoción y participación están relacionados con el trabajo con la Red intersectorial, que en conjunto con Salud han desarrollado distintas iniciativas a nivel comunal, enfocados en los siguientes ejes: trabajo intersectorial, trabajo con jardines infantiles, actividades enfocadas en población de adolescentes y jóvenes (Tabla 86).

Tabla 86: Actividades realizadas en conjunto con otras áreas de la Municipalidad y con el intersector, enfocadas en los 3 ejes mencionados.

Trabajo intersectorial	Descripción	Jardines infantiles	Adolescentes
Santiago emprende	Ferías libres de bolsillo	Talleres de autocuidado	Talleres de manejo del estrés
Dispositivos deportivos	Actividades deportivas	Talleres informativos sobre el sistema de salud chileno	De emprendimiento
Charlas educativas	Sobre alimentación, primeros auxilios	Exámenes preventivos a funcionarios y apoderados	De orientación sexual
Capacitaciones	Para cuidadores de adultos mayores	Campañas de vacunación	De prevención de violencia escolar
Operativos de inscripción de usuarios	Regularización de inscripciones	Taller Nadie es perfecto	De alimentación saludable y actividad física
Ferías de salud	Sobre sexualidad y prevención de cáncer de mamas	Charlas informativas sobre alimentación saludable y primeros auxilios	

Existen convenios relacionados con promoción y participación como parte de los programas de refuerzo a la APS, que están descritos en el anexo 1.

De forma específica, el programa Vida Sana se enfoca en la prevención de diabetes e hipertensión de pacientes sanos y tiene varios componentes. Dentro de ellos se encuentran la realización de círculos grupales de Vida Sana, que incluyen estrategias motivacionales, sesiones de actividad física, fomentar la creación de líderes sociales y encuentros y jornadas masivas de actividades adicionales. Además, se encarga de brindar asesoría a centros de padres y apoderados para postulación a concursos para fomentar estilos de vida saludable y para implementación de huertos saludables en colegios. Dentro de las actividades individuales, incluye exámenes preventivos, una consulta médica al año y consultas nutricionales y psicológicas.

4.1 Diagnóstico Participativo

En la comuna los diagnósticos participativos se actualizan cada 2 años. En 2018 se actualizaron en todos los centros, Arauco entre los meses de octubre y noviembre, y Domeyko, Orellana y Viel realizaron el trabajo entre noviembre y diciembre 2017, con lo que hicieron el plan de trabajo 2018 - 2019.

Debido al trabajo reciente de Arauco, no se cuenta con información actualizada definitiva del diagnóstico, la última disponible se encuentra en el Plan de Salud comunal 2018 - 2021.

La mayoría de los centros hizo un llamado abierto a la comunidad para participar de diferentes reuniones, otros como Estación Médica de Barrio (EMB) Balmaceda eligió a representantes de la comunidad y los invitó telefónicamente de forma dirigida.

Se utilizaron diferentes herramientas, definidas de forma local, que incluyeron lluvia de ideas, matriz de problemas y análisis de fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas (FODA).

En la tabla 87, se evidencia el número de asistentes que participaron de forma activa en el diagnóstico en cada polo:

Tabla 87: Número de participantes en reuniones de último diagnóstico participativo por Polo.

Arauco	Domeyko	Orellana	Viel
Alrededor de 90 personas	Más de 92	17	82

Fuente: Datos propios, elaboración local.

Considerar que en el Polo Domeyko no existe registro del número de personas que asistieron a las reuniones de las EMB Concha y Toro y Donofrio, por lo que la información se obtuvo a partir de los otros sectores del polo.

Problemáticas detectadas

En términos generales, se pueden dividir los problemas detectados en las siguientes áreas:

1. Ambiente y seguridad

En todos los polos se menciona el aumento de la delincuencia, con aumento de asaltos y robos de vehículos y casas. En EMB Carol Urzúa y de San Emilio (Orellana) refieren que sus barrios son peligrosos. Además, presencia de tráfico de drogas, por ejemplo en EMB Balmaceda (Domeyko) en las calles Atacama, Chañarillo y Herrera, con consumo de alcohol y drogas en adolescentes.

Con respecto al ambiente, vecinos creen que hay poca protección del medio ambiente y que falta conciencia ambiental. En todos los polos se menciona la presencia de microbasurales, perros abandonados y callejeros, y plagas de roedores y cucarachas, que por ejemplo, se ven incrementados en el sector Viel y Orellana por vendedores ambulantes e ilegales, y presencia de puntos de venta de comida callejera.

Se detecta falta de espacios públicos, áreas verdes y de recreación para niños, de ciclovías y presencia de calles en mal estado, vehículos mal estacionados y destrozo de veredas. En el sector de Viel creen que existe mucho tráfico vehicular.

Además, en Orellana creen que existe poca iluminación, publicidad sexista y sin control educativo.

Se plantea la implementación de talleres preventivos específicos para adolescentes y aumento del número de contenedores de basura y de reciclaje. Además, en EMB San Emilio la contratación de un guardia de seguridad porque se sienten vulnerables ante agresiones o delitos.

2. Salud

En todos los polos se menciona la falta de horas de atención, principalmente de médicos, acompañada de falta de continuidad, especialmente en las horas de morbilidad. También se menciona la falta de horas de podología y de odontólogos para todas las edades. Que en Orellana los profesionales tienen poca capacitación.

En Domeyko resaltan la alta rotación de médicos. En particular usuarios del sector 1 destacan que pacientes embarazadas no disponen de las horas necesarias para dar continuidad a sus controles, se ha retrasado la entrega de resultados de exámenes y los controles de métodos anticonceptivos, entre otros. Además, refieren poca disponibilidad de radiografías y mamografías.

Asimismo, refieren estilos de vida poco saludables, como mala alimentación, estrés, mucha soledad, especialmente en adultos mayores, adicción a drogas y tabaco.

Se sugiere crear un taller para mejorar la alimentación de los adultos, tener un pediatra para atención de niños de forma específica y aumentar la resolutivez para evitar las listas de espera de derivaciones. Usuarios de Viel

refieren que les gustaría contar con especialistas para no tener que acudir al hospital.

3. Social

Se nota poca coordinación con intersector y con otras organizaciones municipales y ministeriales, y poca participación de los vecinos.

Además, ha aumentado la discriminación en general, produciendo violencia de género y multicultural, xenofobia y homofobia, y que, por otro lado, existe falta de respeto de costumbres ajenas (chilenas y extranjeras) y problemas de relaciones interpersonales, por choque cultural asociado a la migración.

En EMB Balmaceda (Domeyko) plantean que adultos mayores que pertenecen a diferentes clubes reciben diferentes prestaciones y beneficios, creen que debería ofrecerse prestaciones similares, apoyado por la EMB.

Sugieren la creación de un taller de integración multicultural.

4. Infraestructura y problemas administrativos

En todos los polos se menciona que hay falta de infraestructura, con pocos box de atención, incluso que en algunos Centros algunos profesionales no pueden atender por no tener lugar para hacerlo, lo que dificulta el trabajo específicamente del equipo psicosocial. Esto se asocia a problemas de dación horas y de trato a los usuarios. Además que no existe sala de lactancia y faltan estacionamientos para los funcionarios.

En Domeyko, usuarios del sector 1 destacan que no hay sillas o están en mal estado en la sala de espera. En sector Brasil (Domeyko) la mala calidad de containers, que produce que usuarios y profesionales sufran frío en invierno y calor en verano. Creen que SAPU es muy pequeño para la cantidad de personas que asisten. En polo Orellana también refieren problemas de temperatura ambiental. EMB Sargento Aldea (Viel) no cuenta con ascensor y tiene mal acceso para discapacitados.

Con respecto a problemas administrativos, en Domeyko refieren que la entrega de alimentos no se realiza de manera continua ni en horario extendido, lo que dificulta el acceso para personas que trabajan. Y que existen dificultades de transporte hacia el centro en el vehículo institucional (les cancelan el traslado, chofer con licencia, vacaciones, problemas con el auto, etc.).

5. Trato usuario, call center y entrega de información

Los principales problemas del call center se relacionan con que usuarios tienen dificultad para ocupar el servicio por no entenderlo bien, especialmente adultos mayores que viven solos. Además, mencionan que llaman para pedir horas pero no encuentran, se acaban rápidamente, el sistema tiene dificultades para reconocer los RUT, incurre en errores de agenda al dar las horas y que las entrega de forma aleatoria independiente de equipo de cabecera.

Usuarios indican del SOME central de Domeyko creen que se encuentra permanentemente saturado de pacientes, lo que favorece la violencia hacia el

personal y dificulta su labor. Además, que causa confusión que atiendan a todo el centro en extensión horaria. Usuarios del SAPU refieren que los profesionales presentan problemas de trato.

En Viel se critica la atención de la OIRS y creen que no es adecuado que se tenga que llegar temprano al CESFAM para obtener horas médicas.

Sugieren la implementación de un sistema telefónico para avisar cuando no se podrá asistir a una cita y para realizar consultas. Y entregar información útil sobre el funcionamiento de los centros y sus respectivas prestaciones, ya que en los sectores existen muchos carteles informativos pequeños que confunden, y que se informe a los usuarios sobre los tiempos máximos de espera para una atención en caso que el paciente llegue atrasado. Usuarios haitianos del sector 3 de Domeyko refieren que necesitan más horas de facilitador para evitar problemas para pedir horas y cuando los atienden, etc.

Fortalezas y oportunidades

Las debilidades y amenazas se incluyeron en las problemáticas descritas. En el análisis FODA se describieron las siguientes fortalezas y oportunidades:

1. Equipo de salud

Buen trato desde funcionarios, calidad humana y cercanía del equipo, alta calidad técnica. Destacan que existe trabajo multidisciplinario, que en EMB Donofrio (Domeyko) siempre resuelven la demanda espontánea y que en EMB San Emilio (Viel) se cumplen metas sanitarias.

2. Temas administrativos y procesos

Hay flexibilidad, atención oportuna y puntual, entrega de información clara y oportuna y avisan cuando se cambian las horas, no hay demoras en la atención en Donofrio y la atención en el SAPU es expedita.

Creen que la toma de exámenes también es expedita y destacan presencia de un anfitrión en Viel. Además, que se fomenta el trabajo en Red.

3. Infraestructura y equipamiento

Se expresa que los centros tienen infraestructura resistente a terremotos. Sobresale como positivo la presencia de carteles informativos con los integrantes de los equipos de cada sector, las personas destacan que EMB Balmaceda tiene buena ubicación y que Viel presenta buena higiene. Consideran que hay buen stock de medicamentos, con entrega oportuna de medicamentos y alimentos.

4. Comunidad y usuarios

Se destaca que se realicen diagnósticos participativos y que la comunidad está organizada y son participativos, con integración de juntas de vecinos, apoyo de Plan Cuadrante y Seguridad Ciudadana; en Viel y Orellana por ejemplo, destaca la participación de usuarios voluntarios.

Además, la implementación de talleres con los usuarios y que exista inclusión de adultos mayores a talleres y reuniones, y de actividades extraprogramáticas cerca de los centros.

Con respecto a las características del entorno, existen platabandas, luminarias y contenedores, cercanía al parque O'Higgins, y buena ubicación y locomoción de la mayoría de los centros.

5. Satisfacción Usuaría y Calidad de la Atención

En la reforma de salud del año 2000, la Calidad fue incorporada como uno de los pilares para garantizar la seguridad en la atención a los usuarios del sistema de salud. Por lo amplio del concepto de calidad y los múltiples aspectos que esta involucra, se han definido diferentes sistemas para demostrarla y medirla. La certificación de los prestadores individuales y la acreditación de las instituciones de salud, dada por la Superintendencia de Salud, son parte de un sistema de gestión de calidad, que garantiza la seguridad de nuestros usuarios.

La política de calidad de la I. Municipalidad de Santiago declara:

“La Ilustre Municipalidad de Santiago en su propósito de mejorar la calidad de vida de sus vecinos y usuarios, comparte la política que guía nuestro trabajo, y que tiene como fundamentos:

Cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables con nuestros vecinos y usuarios, reordenando las prioridades de nuestra gestión, poniendo como primer objetivo a la comuna y su gente, entregando respuestas de manera amable y oportuna, para elevar los niveles de satisfacción de nuestros vecinos y usuarios.

El desarrollo permanente de las competencias de nuestros funcionarios, incentivando su participación activa en el Sistema de Gestión de Calidad, mejorando de manera sistemática la calidad de nuestros servicios municipales. La materialización de estos fundamentos implica necesariamente que la Calidad es un compromiso de todos, y constituye uno de los pilares que permitirán proyectar a Santiago, comuna capital de Chile, como una comuna moderna, respetuosa de su gente y territorio, reconocida por contar con funcionarios empoderados, comprometidos, interesados en entregar un buen servicio a la comunidad.”

Considerando lo expuesto anteriormente y los objetivos estratégicos descritos en la sección de Planificación Estratégica de la Dirección de Salud, se están trabajando tres ejes: infraestructura, procesos y personas, los cuales se desarrollan en los procesos de mejora de la calidad asistencial de los centros y en el plan anual de capacitación. En la figura siguiente se muestran dichos ejes.

En relación a los procesos, y en el marco de esta política es que en el año 2018 la Dirección de Salud inició el proceso de certificación de procesos administrativos por la norma ISO 9001:2015, certificando el proceso de “Gestión de Convenios de Salud”. Este trabajo continuará el año 2019 con la certificación de otros procesos administrativos de la unidad de Compras y Abastecimiento.

Igualmente, y en relación a los procesos asistenciales, en la actualidad está en ejecución el proceso conducente a la obtención de la acreditación de calidad

como prestadores de Atención Abierta según las normas emanadas por la Superintendencia de Salud. En cada centro se han conformado equipos de trabajo organizados, con un encargado local del tema, quienes, en conjunto con un encargado comunal, han ido avanzando en la evaluación de brechas y elaboración de protocolos. Para 2019, se está actualizando el plan de trabajo con una nueva carta Gantt, y se espera que el próximo año logremos la autoevaluación de las características obligatorias para Atención Abierta.

En el ámbito de infraestructura, actualmente estamos a la espera del término de ejecución de obra del proyecto del CESFAM Erasmo Escala y, en el caso del CESFAM Matta Sur este proceso se inició este año. Con esto se espera contribuir a nivelar las brechas de los territorios Ignacio Domeyko, Benjamín Viel y Padre Orellana.

Además, a través del Programa Mantenimiento de Infraestructura, concertado con el Servicio de Salud Metropolitano Central, se prevé la continuación del trabajo de regularización para los otros centros de salud de nuestra dependencia.

6. Satisfacción Usuaría y Trato

En relación a la calidad relacionada al trato al usuario, según la encuesta que aplica el Ministerio de Salud a nivel nacional (se evalúa con nota del 1 al 7), en la Red los aspectos más relevantes y con una mejor evaluación de los usuarios son los siguientes (Tabla 87):

Tabla 87: Ítems con mejor evaluación en la Encuesta de Satisfacción usuaria 2017, por polo y en promedio en toda la Red.

Ítems mejor evaluados	Orellana	Arauc o	Viel	Domeyk o	Promedi o Red
P31.- La confianza que le generó el (la) profesional que lo atendió.	7,00	6,68	6,83	6,55	6,77
P28.- La explicación que le dio el (la) profesional sobre su problema de salud y tratamiento.	6,97	6,73	6,88	6,40	6,74
P30.- La disposición del (la) profesional para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.	6,95	6,64	6,81	6,51	6,73

De la tabla anterior se puede evidenciar que los usuarios de la Red están satisfechos con la atención recibida por los profesionales de la Red, quienes dan confianza e información adecuada para ellos y se les percibe en actitud de escucha activa. La calidad técnica de los profesionales, dando el tiempo adecuado de atención y su preocupación por los usuarios también es bien percibida por ellos.

Los ítems evaluados con una puntuación menor son los siguientes (Tabla 88).

Tabla 88: Ítems con peor evaluación en la Encuesta de Satisfacción usuaria 2017, por Polo y en promedio en toda la Red.

Ítems peor evaluados	Orellana	Arauco	Viel	Domeyko	Promedio Red
P16.- La rapidez con que fue atendido(a) por personal.	6,67	6,13	6,69	5,80	6,32
P10.- La identificación o piocha que usan las personas que trabajan en este lugar para que Ud. los reconozca.	6,53	6,42	6,55	5,75	6,31
P14.- Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado(a) hasta que fue atendido(a).	6,62	6,24	6,58	5,57	6,25

La menor percepción de satisfacción de los usuarios de la Red se observa respecto al tiempo de espera de la atención y el uso de la credencial de identificación. El trabajo coordinado en el sistema de dación de horas, obtención de horas telefónicas y gestión local de demanda, pretende mejorar estos aspectos. Además, la Dirección de Salud gestiona la obtención de credenciales para los funcionarios que aún no cuentan con ella.

5 Planificación Sanitaria

5.1 Gestión Sanitaria 2018

La Dirección de Salud de Santiago determinó en 2017 que el Plan de Salud Comunal tuviera una perspectiva sanitaria con una mirada en los próximos años. Durante este 2018, como organización, entramos en un proceso de planificación estratégica del cual han surgido nuevos lineamientos, que el plan de este año recoge y hace suyo. Lo anterior, permitirá continuar el trabajo y los objetivos definidos, con el fin de seguir progresando, tanto en el nivel de salud de nuestra población como en la organización de nuestras labores.

En el ámbito de la gestión sanitaria se ha ido relevando una serie de problemas o situaciones visibilizadas, tanto por nuestra población como por nuestros equipos, las que deben ser abordadas con el máximo esfuerzo, eficiencia, participación de la comunidad y articulación con la Red asistencial y el Intersector.

A continuación, se exponen los principales problemas y desafíos abordados durante 2018, los avances que se han obtenido y las estrategias para continuar mejorando el servicio que entregamos a la comunidad.

Tabla 89: Problemas de Gestión.

Problema de gestión	Ámbito estratégico	Progreso 2018	Estrategia 2019
Insuficiente oferta de horas médicas	Gestión Técnica	Se optimiza la entrega de horas de morbilidad, mediante implementación de sistema agenda telefónica (SAT). Implementación de doble turno de atención en CESFAM Ignacio Domeyko, para aumentar oferta de prestaciones de morbilidad y controles de patologías crónicas. Implementación de programa atención domiciliaria para morbilidades respiratorias en usuarios de mayor riesgo.	Mantener estrategia SAT Fomentar extensión horaria y su uso para controles de patologías crónicas. Evaluar brechas y factibilidad de implementar doble turno en otros centros de la Red. Mayor control y monitoreo de agendas y programación de atenciones Implementar sistema de confirmación de horas de atención de programas crónicos.
Inasistencia de la comunidad a las atenciones de salud	Gestión Técnica Participación Social en Salud	Se sistematiza confirmación de horas en programas estratégicos: PSCV, infantil, dental. Se designa encargado SOME en cada centro con el fin de llevar control de agenda.	Avanzar en confirmación de horas en todos los programas y para todos los profesionales y prestaciones de salud. Incorporación de tecnología para asignación, rechazo y confirmación de horas.
Proceso de calidad	Calidad Asistencial	En los 4 centros de salud se conforma equipo de calidad.	Preparación actual y ejecución de primera etapa del proceso de acreditación.
Alta complejidad en el proceso de extracción de información sanitaria para la gestión	Gestión Técnica	Se implementa y está en funcionamiento Sistema de Producción (SIPRO), el cual permite obtener información estratégica en indicadores.	Incorporar nuevos indicadores al sistema SIPRO

Implementación aún parcial de los Programas de Salud en el enfoque del Modelo de Atención (MAIS)	Modelo de Atención	Nombramiento de encargados locales con horas protegidas. Cesfam certificados en modelo. Acompañamiento en planes de mejora y en Cesfam Arauco en su recertificación	Difusión e implementación de manual de definiciones y trabajo con familias. Difusión e implementación de guía de abordaje de crisis normativas y no normativas. Sistematizar monitoreo continuo de planes de mejora de 4 CESFAM
Usuarios adscritos y no inscritos formalmente que reciben atención de salud	Gestión Técnica	Regularización de inscripción tanto en centros de salud como en actividades comunitarias, aumentando los inscritos de la Red en más de 25.000 usuarios de 2016 a 2018	Mejorar proceso de inscripción, con verificación de FONASA cada vez que el usuario concurra a los centros de Salud. Mantener campaña de regularización durante año 2019.

Problemas y condiciones de Salud específicos:

Problema de gestión	Ámbito estratégico	Progreso 2018	Estrategia 2019
Sedentarismo y malnutrición por exceso en niños, adolescentes y adultos	Enfoque Promocional y Preventivo en curso de vida	Se potencia programa "Vida Sana", fomentando derivación desde los centros de Salud. Implementación de actividades promocionales, ferias de salud e intervenciones comunitarias en diferentes eventos públicos municipales Incorporación de programa Elige vivir sano a las actividades promocionales de la Red.	Establecer de forma sistemática intervenciones de comunicación efectiva y educación para la salud en el ámbito de la actividad física y estilos de vida saludables, con el apoyo de profesores de educación física y otros programas, como "Más adultos mayores autovalentes", "Vida Sana". Implementar buenas prácticas basadas en evidencia científica
Problemática adolescente: Suicidio y abuso de alcohol y drogas, entre otras	Enfoque Promocional y Preventivo en curso de vida	Se encuentra en curso el proceso de articulación de Red frente a casos de intento o ideación suicida para abordaje desde centros de salud para usuarios inscritos y no inscritos. Intervención en crisis en casos de suicidio consumado. Funcionamiento de "Espacios amigables" en la Red y difusión de sus prestaciones en la comunidad.	Realizar actividades preventivas y de manejo de suicidalidad en colegios y en la comunidad Potenciar y mejorar articulación en Red con intersector, activando los distintos dispositivos frente a detección de casos de abuso de sustancias y suicidalidad.
Problemas de salud emergentes: VIH y Tuberculosis	Enfoque Promocional y Preventivo en curso de vida	Implementación y ejecución de test rápido de VIH en todos los centros de salud y operativos a instituciones educacionales. Campaña permanente para toma de Baciloscopia (BK)	Ampliar toma de test rápido a mayor población. Implementar campañas sistemáticas de prevención y autocuidado en VIH y otras ITS. Aumentar pesquisa de casos de TBC mediante aplicación de BK en centros de Salud y SAPU.
Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo	Enfoque Promocional y Preventivo en curso de vida	Programa de Salud Cardiovascular: Actualización en sistema de registro del programa.	Programa de Salud Cardiovascular: Actualizar protocolo escrito de manejo de pacientes pertenecientes al programa.

		<p>Estandarización de la evaluación anual de pie diabético por médicos y enfermeras de la Red</p> <p>Implementación y ejecución de programa de auto-monitoreo para usuarios con inicio de insulino terapia.</p> <p>Salud Mental: Actualización de protocolo y de registro en ficha del programa.</p> <p>Horas protegidas para evaluaciones iniciales e ingresos al programa</p> <p>Implementación de encargado local del programa con horas protegidas</p>	<p>Aumentar cobertura, mediante aumento de aplicación de exámenes preventivos (CLAP, EMPA y EMPAM).</p> <p>Capacitar a los equipos de salud, en implementación de estrategias educativas en pacientes bajo control y en la comunidad.</p> <p>IRA - ERA: Aumentar cobertura fomentando pesquisa de casos nuevos y rescate de casos antiguos.</p> <p>Auditar registro clínico, para monitorear sistemáticamente estado de control de usuarios.</p>
Dependencia en el adulto mayor	Enfoque Promocional y Preventivo en curso de vida	<p>Implementación y ejecución del Programa Santiago Cuida a sus Personas Mayores</p> <p>Estandarización de intervenciones del Programa Dependencia Severa</p> <p>Implementación de encargado local del Programa Adulto Mayor y Dependencia Severa</p>	<p>Ampliar la cobertura del Programa Santiago cuida a sus Personas Mayores</p> <p>Monitoreo sistemático del Programa de Dependencia severa</p>

Equidad de género:

En relación a la temática de enfoque de equidad de género, se ha avanzado en trabajar mejoras en nuestra ficha clínica electrónica, como, por ejemplo: gestiones para la incorporación del nombre social y se ha perfeccionado el registro de violencia de género, VIF y abuso sexual en el Programa de Salud Mental. Igualmente, está en proceso la modificación de los protocolos de registro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el que incorporará las atenciones a hombres en dicho contexto de atención (como planificación familiar). Igualmente, es importante intervenir en este tema con la red intersectorial, enfocándose en acciones de nivel colectivo y comunitario y desde una aproximación educativa y preventiva.

En conjunto con otras, estas mejoras contribuirán a sentar una base de información para un buen diagnóstico en el tema, con lo cual progresaremos en dar un cambio en el enfoque de atención considerando el género.

Interculturalidad en salud:

En los últimos años ha aumentado progresivamente el número de usuarios migrantes inscritos en nuestra red y, poco a poco, se han ido incorporando en los distintos programas de salud. Por otra parte, los usuarios que se identifican como parte de algún pueblo originario, si bien tienen menor magnitud, han permanecido y en algunos territorios como Arauco son más prevalentes. Esto nos propone un desafío permanente como red de salud para acogerlos de la mejor forma y lograr entregar atención acorde a sus propias necesidades.

Con el propósito de avanzar en esta materia, se han desarrollado diversas estrategias:

- Desde 2016 es requisito obligatorio al momento de la inscripción registrar la nacionalidad y si el usuario pertenece a un pueblo originario. Con respecto a los usuarios inscritos previo a esto, se están actualizando sus datos, con el fin de determinar correctamente la magnitud de la población que cuenta con estas características.
- En el Parque O'Higgins, lugar Hito de la Comuna, actualmente funciona la "Ruca comunitaria", en la cual se realizan atenciones por un Machi, siendo un aporte fundamental para lograr objetivos de salud en varios de nuestros usuarios.
- Existe un proceso de capacitación en atención de población migrante, abierto a toda la Red de salud.
- Está en funcionamiento y ejecución el "Programa migrantes" cuyo objetivo principal es dar una acogida inicial a usuarios recientemente inscritos en nuestra Red, con un fuerte trabajo con las gestantes.
- Existe una facilitadora intercultural de nacionalidad haitiana para apoyar a los equipos de toda la red en la atención de pacientes que hablen otro idioma y para el año 2019 se contará con uno/a por centro.
- Convenios con instituciones educacionales que durante este año realizaron operativos en patologías específicas como VIH y TBC.
- Finalmente se ha instalado el fomento de inscripción de usuarios migrantes de forma permanente y en diversas actividades municipales, para lograr que se incorporen al sistema de salud, proceso que se continuará y profundizará durante 2019.

Participación Social en Salud:

Durante 2018 cada uno de nuestros centros ha realizado un arduo trabajo en esta temática, realizando diversas actividades desde los equipos de salud y hacia la comunidad, con instituciones educacionales, juntas de vecinos, otras agrupaciones, entre otros.

Están en funcionamiento grupos organizados que abordan diversas temáticas, por ejemplo grupos de huertos, de tejidos, de acogida de salud mental y de acogida de migrantes, compuestos por nuestros usuarios, quienes son acompañados por miembros del equipo de salud y que están abiertos a toda la comunidad.

Además, se ha impulsado el proyecto "CESFAM amigo", el cual busca profundizar la interacción entre la usuarios y los centros de salud, lo cual

seguirá avanzando en 2019, entendiendo que la participación social en salud es un pilar fundamental en nuestro modelo de salud.

Estos ámbitos y objetivos estratégicos de gestión sanitaria propuestos durante la elaboración del plan 2018 -2021 continuarán siendo abordados y trabajados durante los siguientes periodos, ahora incorporándose a los nuevos lineamientos emanados de la planificación estratégica de la Dirección de salud, los cuales se describen a continuación.

5.2 Planificación Estratégica 2019

Santiago continúa como una comuna con un perfil demográfico dinámico, donde la inmigración es un factor de contexto muy importante. Además, estamos observando un aumento en la incidencia y prevalencia de VIH, desafíos importantes para detectar precozmente patología crónica cardiovascular y mantener compensados a nuestros usuarios. En salud infantil y en salud sexual y reproductiva también se observa de forma patente el fenómeno migratorio. En el adulto mayor, prácticamente el 50% de las personas bajo control están en una condición de riesgo dependencia o ya en dicha situación, en cualquiera de sus niveles de severidad.

Por otra parte, persisten desafíos importantes en el ámbito de calidad, como la estandarización de procesos y la nivelación de la infraestructura, así como en el ámbito de la gestión, como son continuar optimizando la gestión de la oferta y la demanda asistencial y lograr una correcta ejecución presupuestaria.

Dado el contexto anterior, y el análisis realizado para el Plan de Salud 2018-2021, los nuevos lineamientos emanados de la planificación estratégica de la Dirección de Salud consideran dichos problemas y objetivos estratégicos, los que continuarán siendo abordados durante los siguientes periodos, pero ahora incorporándose a esta nueva etapa.

A continuación, se describen los resultados del proceso de planificación estratégica 2019.

5.2.1 Misión

Promover y contribuir a mejorar la salud de la comunidad, a través de la implementación del Modelo de Atención de Salud Integral en Salud Familiar y Comunitaria, incorporando estrategias innovadoras y entregando un servicio oportuno, resolutivo y de calidad, considerando el desarrollo y bienestar de sus colaboradores.

5.2.2 Visión

Santiago, comuna capital, líder en la construcción de una Comunidad Saludable.

5.2.3 Valores

1. Compromiso
2. Responsabilidad
3. Eficiencia
4. Empatía
5. Respeto
6. Probidad
7. Equidad

5.2.4 Objetivos Estratégicos

1. Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.
2. Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud.
3. Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.
4. Perfeccionar el Modelo de Salud familiar interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.
5. Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.
6. Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.
7. Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.
8. Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud

5.2.5 Cuadro de Mando Integral

Como una manera de conseguir los objetivos estratégicos que nos hemos planteado, se utilizará la herramienta del cuadro de mando integral para operacionalizar y monitorear la organización y las actividades a realizar. En esa línea, los nuevos objetivos se orientan al desarrollo de acciones en 4 perspectivas: del usuario, procesos, aprendizaje y desarrollo, y finanzas. Se espera que el adecuado logro del componente financiero permita que las demás perspectivas se vayan consiguiendo, optimizándose procesos y generando nuevos recursos, como el desarrollo de nuevas competencias y conocimientos. Finalmente, ello debe producir la entrega de mejores servicios y a contribuir a elevar el nivel de salud de nuestros usuarios. Para esto, se acordaron indicadores clave de rendimiento, que representarán estos objetivos estratégicos de forma práctica, en relación con las perspectivas descritas, detallados en el anexo 3.

A continuación, se describen algunos de forma específica.

Perspectiva usuarios

Para la perspectiva de los usuarios, y en línea con fortalecer un enfoque preventivo y promocional en salud, se ha decidido seguir 2 indicadores, uno relacionado con este último tema y otro con la prevención del tabaquismo. Para el primero, se busca que se generen proyectos o programas que intervengan desde una perspectiva individual, grupal o colectiva sobre los factores o determinantes que inciden en la salud de la población, de una forma innovadora y basada en el conocimiento científico actual.

Además, se desea continuar con la mejora en la implementación del modelo de salud familiar, optimizando el registro de las actividades relacionadas con el trabajo con familias y los resultados de las certificaciones de cada polo.

Igualmente, se actualizarán los mapas de oportunidades de cada uno de ellos, con el objeto de que permitan posicionar a la Red en el trabajo intersectorial, y también mejorando indicadores evaluados en el MAIS.

Se mejorará la cobertura del nuevo programa Santiago cuida a sus personas mayores, junto actividades de mejora para el logro de metas sanitarias e indicadores de actividad de la APS.

Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

Con respecto a aprendizaje y desarrollo, se realizará un levantamiento periódico de las necesidades de capacitación de los funcionarios, y se monitoreará el adecuado cumplimiento del plan anual de capacitaciones. Además, se fomentará el funcionamiento regular de los Comités locales docentes asistenciales y el desarrollo de proyectos de investigación. En el 2018 se reforzó la conformación de los comités locales de calidad, con encargados y equipos, quienes han continuado el trabajo en el proceso de acreditación de calidad. Durante 2019, se realizarán capacitaciones enfocadas en la sensibilización del proceso de acreditación, centrados en la seguridad de paciente

En el 2018 se realizaron mejoras de infraestructura en centros de salud y estaciones médicas de barrio, permitiendo una optimización en los espacios para la atención de los pacientes. Para el 2019 se realizará una revisión de la esta área en los establecimientos de la Red, que debe ir desarrollándose con miras al correcto cumplimiento de las normas técnicas básicas para garantizar una adecuada atención a nuestros usuarios.

Perspectiva Procesos

Durante el 2019, según la norma ISO 9001:2015, se acreditarán los procesos relacionados con la unidad de compra, para establecer plazos, condiciones y documentación requerida para la adquisición de insumos para la atención de los usuarios de la Red. Además, durante el año 2018 se realizó un levantamiento de los procesos asistenciales que están descritos en la Pauta de acreditación de centros para atención abierta (aspectos obligatorios detallados en anexo 2). Durante el 2019 se plantea conseguir el 100% de cumplimiento en las características que se consideran obligatorias para el proceso de acreditación, que apliquen a cada centro, según su realidad local.

Perspectiva Financiera

En relación a esta perspectiva se comenzará a trabajar monitoreando el correcto cumplimiento del plan anual de compras, con el fin de que se consiga una adecuada ejecución presupuestaria en este ítem.

5.2.6 Planes de Acción por Centro

Una adecuada respuesta sanitaria debe ser eficiente, articulada e integral. Ello significa que se debe hacer el mejor uso de los recursos físicos, humanos y financieros con los que se cuenta, utilizándolos de forma coordinada en el marco de la Red asistencial, sin perder de vista que la construcción de una mejor salud de la población pasa por estrategias que incorporen a la comunidad y a la Red de instituciones y organizaciones del intersector.

Para esto se formuló un plan de acción para el año 2019 en base a los objetivos estratégicos previamente planteados, los cuales se reflejan en la elaboración de un cuadro de mando local por cada polo y COSAM (Anexo 5). En este plan se observa que los 4 polos han priorizado los siguientes temas:

- Fomentar la investigación: Crear comité docente asistencial y realizar e implementar al menos 1 proyecto de investigación por polo en el curso del 2019. Este tema también ha sido priorizado por COSAM.
- Trabajo comunitario: Realizar un mapa de oportunidades del territorio local e instituciones relacionadas.
- MAIS: Mejorar el registro del trabajo con familiar en la ficha clínica electrónica y aumentar porcentaje de certificación MAIS.
- Capacitación de funcionarios: Evaluar las necesidades de capacitación y hacer seguimiento al plan anual de capacitaciones. Este tema también ha sido priorizado por COSAM.
- Personas mayores: Favorecer la derivación al programa “Santiago cuida a sus personas mayores” sensibilizando a los equipos para que deriven a los usuarios y entregando información del Programa a los usuarios que asistan a los Centros.
-

El detalle de los cuadros de mando locales se encuentra descrito en el anexo 5.

Trabajo en Red APS

La comuna de Santiago tiene la particularidad de contar con centros de salud primaria dependientes de 2 entidades administradoras distintas, lo que implica generar estrategias conjuntas entre la Ilustre Municipalidad de Santiago y el Servicio de Salud Metropolitano Central para lograr una adecuada continuidad de la atención, un acceso equitativo y oportuno a los servicios y una visión integrada de la red. En este contexto, el equipo gestor y directivo del CESFAM 1 (DAP dependiente) y los CESFAM Padre Orellana, Benjamín Viel e Ignacio Domeyko (municipales) definió dos ámbitos de trabajo prioritario y conjunto para 2019, los que se detallan a continuación y que complementarán el trabajo descrito en los planes de acción y Cuadro de Mando Integral:

Promoción de la Salud/Prevención de la enfermedad:

En este ámbito se define la importancia de realizar actividades de comunicación en salud, con un enfoque en el curso de vida y considerando la realidad multicultural comunal. Se conformará una mesa de trabajo conjunta para definir específicamente las temáticas a abordar, sin embargo, ya se delinearán las siguientes:

- Promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, en coordinación entre los centros de la Red APS
- Uso de los servicios de salud de toda la red de APS de la comuna, con enfoque en la población inmigrante.

Objetivo 2019:

Elaborar un Plan de trabajo en Promoción de Salud con el fin de establecer actividades coordinadas entre el CESFAM 1 y los CESFAM dependientes de administración municipal

Conocimiento y Flujo de Información

Se determina la importancia de establecer un canal de comunicación efectivo y eficiente que permita compartir información de manera sistemática.

Objetivo 2019:

Establecer un sistema de retroalimentación conjunta de información, entre el CESFAM 1 y los dependientes de administración municipal

5.3 Gestión de las Personas

5.3.1 Dotación

Todas las organizaciones están integradas por personas. Estas constituyen su equipo humano y profesional, y son quienes en definitiva las que llevan a cabo los avances, los logros y los errores de las organizaciones para las que trabajan.

Por lo tanto, se puede afirmar que el personal constituye el bien más apreciado de las organizaciones.

Son condiciones importantes para ello lograr una cantidad suficiente, una distribución y composición adecuada, así como también que posea las competencias apropiadas para alto desempeño.

La dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud, es fijada por la Entidad Administradora de Salud Municipal para cada año, considerando los siguientes aspectos:

- Población beneficiaria inscrita y validada
- Características epidemiológicas de la población beneficiaria.
- Normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud.
- Estructura organizacional.

- Número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la Entidad Administradora de Salud Municipal
- Disponibilidad presupuestaria
- Coeficientes técnicos para el cálculo de necesidad de jornadas de 44 horas/profesional, según número de población.

La dotación de funcionarios de la Red de Salud, año 2019, por categorías funcionarias, fue aprobada por el Concejo Municipal de Santiago, mediante Acuerdo N°407 de fecha 26 de septiembre de 2018.

DOTACION AUTORIZADA PARA EL AÑO 2019	
CATEGORIAS	HORAS SEMANALES
A) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas.	3871
B) Otros Profesionales.	7462
C) Técnicos de Nivel Superior.	5632
D) Técnicos de Salud	484
E) Administrativos de Salud.	1760
F) Auxiliares de servicios.	880

5.3.2 Plan Anual de Capacitación

La capacitación constituye un impacto positivo en el desempeño de las personas y, por ende, en la calidad de los servicios que entrega la organización, que, en este caso, son servicios de salud. Contribuye a generar conductas positivas y mejoras en el clima de trabajo, la productividad y la calidad. Es considerada además como una compensación indirecta, ayuda a mantener la salud física y mental y, por lo tanto, a prevenir accidentes de trabajo. Asimismo, favorece un ambiente seguro que lleva a actitudes y comportamientos más estables.

De igual manera, mantiene al trabajador al día con los avances científicos y tecnológicos, lo que alienta la iniciativa y la creatividad, y ayuda a prevenir la obsolescencia de la fuerza de trabajo.

Este plan se constituye como una herramienta para mejorar la calidad del servicio que entrega la Red a sus usuarios.

El plan completo de capacitación se describe en el anexo 6, sin embargo, en este capítulo se describirán sus principales características.

La presente planificación tiene como **Objetivo General** el “contribuir al desarrollo de competencias funcionales (laborales) necesarias para dar respuestas satisfactorias a los objetivos institucionales, centrados en la atención de calidad y excelencia”. Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Desarrollar las competencias personales y profesionales en relación a la misión y visión institucional.

- Entregar capacitación y perfeccionamiento a los funcionarios de la Red de Salud en beneficio de una mejor atención.
- Asegurar orientación continua para lograr objetivos sanitarios conforme a lineamientos estratégicos ministeriales y locales.
- Mejorar el clima laboral propiciando mejoras en los entornos laborales y favoreciendo el cumplimiento de metas colectivas
- Actualizar y ampliar los conocimientos requeridos en áreas especializadas de actividad.

Se contemplará para su ejecución a oferentes internos y externos de servicios de capacitación, entre los que destacan: Ministerio de Salud y Servicio de Salud Metropolitano Central, Universidades debidamente reconocidas, esta Dirección de Salud, Universidades e Institutos que mantengan convenio vigente con ella, OTEC, SEREMI sectorial, Asociación Chilena de Seguridad, Contraloría General de la República, etc.

Se aplicarán diferentes modalidades y tipos de capacitación de acuerdo al nivel de conocimiento o habilidades que se pretenda desarrollar, considerando el puesto de trabajo y sus funciones. Entre las modalidades se mencionan: actividades de formación, actualización, especialización, perfeccionamiento y complementación, las que se detallan en el anexo ya indicado.

A partir de los lineamientos estratégicos para Gestión de la Capacitación en los Establecimientos de Atención Primaria Municipal entregados por el Ministerio de Salud, se establecen los siguientes impactos esperados y aportes como materia susceptible de capacitación, los que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 90: Impactos esperados en base a ejes estratégicos establecidos por el Ministerio de Salud, con sus respectivas materias susceptibles de capacitación.

Eje estratégico	Impacto	Materias de capacitación
7: Institucionalidad del sector salud	1: Aumentar la información en salud	Identificación del perfil epidemiológico y áreas geográficas
		Interoperabilidad de sistemas informáticos
		Telemedicina
		Proyectos de inversión en tecnologías de la información
		Mejoramiento de procesos clínicos y de registro
		Manejo de Chile Compras
	2: Aumentar la investigación	Bioestadística para estudios poblacionales
	3: Aumentar participación social	Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana
	4: Aumentar la infraestructura	Manejo preventivo de infraestructura y equipamiento
		Abastecimiento y bodega
		Manejo de servicios generales
		Proyecto de mejoramiento arquitectónico
	5: Gestión del personal	Dotación adecuada
		Mejoramiento de condiciones laborales
		Buenas prácticas laborales
		Políticas de gestión y desarrollo de personas
		Manejo de sistemas de información de personas
	Detección y manejo de problemas de gestión de personas	

		Estudios preinversionales
		Proceso de evaluación de resultados de capacitación
		Diseño instruccional
		Procesos de aprendizaje apoyados por tecnología
		Acoso laboral
		Diálogo con organizaciones gremiales
		Conciliación de vida personal, familiar y laboral
	6: Gestión financiera	Gestión de recursos físicos y financieros para centros de salud
		Indicadores de control y evaluación de la gestión
		Implementación de centros de responsabilidad y costos
	7: Redes integradas de servicios de salud	Contabilidad gubernamental
		Cumplimiento de régimen GES
		Consultoría de especialistas
8: Calidad de la atención	1: Más seguridad de la atención	Manejo de SIGGES y SIGTE
		Acreditación de prestadores
		Medidas de prevención de riesgos
		Gestión del riesgo
	2: Más calidad de medicamentos	Análisis de procesos y prácticas relacionadas al trabajo
		Farmacovigilancia
	3: Mayor satisfacción usuaria	Uso racional de medicamentos
		Satisfacción usuaria
		Probidad y transparencia
		Fortalecimiento de OIRS
		Usuario y familia como sujetos de derecho
		Personal de salud como consejero y facilitador
		Cartera de servicios y prioridad de atención
Buen trato y atención usuaria		
Monitoreo de estándares de calidad y seguridad		
9: Emergencia, desastres y epidemias	1: Emergencias, desastres y epidemias	Mejoramiento de procesos de patologías no GES
		Gestión integral del riesgo en emergencias, desastres y epidemias
		Gestión territorial en emergencias y desastres
		Plataforma MIDAS
		Estrategia de establecimientos seguros ante emergencias y desastres
		Telecomunicaciones en emergencias y desastres
		Primeros auxilios psicológicos
Convención marco de cambio climático		

Además de los temas mencionados, los funcionarios refieren necesidad de capacitación en otras materias como: modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria, curación de heridas, reanimación cardiopulmonar, migración y salud, manejo de residuos, intento de suicidio, psicoterapia grupal e intervenciones comunitarias, gestión de la demanda, radiografías dentales, esterilización, evaluación y manejo del poli traumatizado, trastorno del espectro autista, odontopediatría, ley de accidentes del trabajo, etc.

5.4 Gestión Financiera

La gestión de las finanzas es un apoyo primordial para la gestión general de los distintos recursos, incidiendo por ello directamente en el logro de los objetivos planteados.

Es por ello, que, en coherencia con los lineamientos de nuestra planificación estratégica y con los del período 2018-2021, para el presupuesto 2019, se han relevado los siguientes ejes:

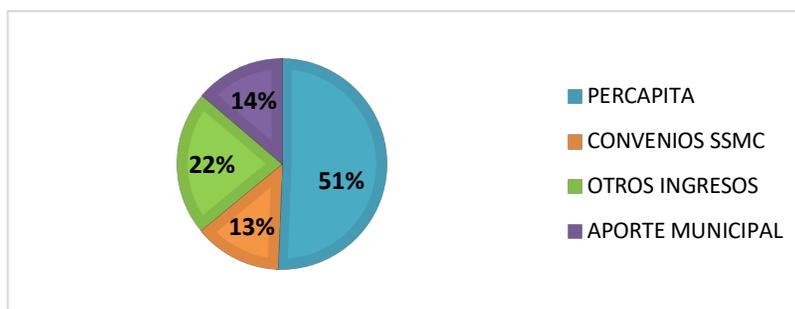
1. Atención de Adultos Mayores
2. Calidad de Atención
3. Mejoramiento de Infraestructura
4. Renovación de Equipamiento
5. Enfoque de Atención centrado en Equidad de Género
6. Enfoque Intercultural

A continuación, se exponen los principales ingresos y gastos proyectados por la Dirección de Salud de Santiago para el año 2019.

Tabla. 91: Presupuesto de Ingresos año 2019

Código	NOMBRE DE LA CUENTA	Presupuesto 2019 M\$
11505	Transferencias Corrientes	17.211.152
1150501	Del Sector Privado	10.000
1150503	De Otras Entidades Públicas	17.301.152
11507	Ingresos de Operación	370.000
1150701	Venta de Bienes	370.000
11508	Otros Ingresos Corrientes	388.229
1150801	Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	320.031
1150899	Otros	68.198
11512	Recuperación de Préstamos	278.370
1151210	Ingresos por Percibir	278.370
11515	Saldo Inicial de Caja	1.800.000
TOTAL INGRESOS PRESUPUESTADOS		20.147.751

Gráfico 32: Composición de Ingresos financieros, Salud Santiago.



Se proyecta una subvención per cápita de M\$ 10.158.442, esto considera una cantidad de 127.500 estimada de inscritos validados por FONASA de los cuales 20.600 corresponde a adultos mayores, es decir que superan un rango etario de 65 años.

Se estima que el monto per cápita basal para el año 2019 sea de \$ 6.534 y el adicional por inscritos mayores de 65 años, de \$ 653.

Tabla 92: Presupuesto de Gastos año 2019

Código	Nombre de la cuenta	Presupuesto 2019 M\$
21521	Gastos en personal	12.567.225
21522	Bienes y servicios de consumo	5.865.466
21523	Prestaciones de seguridad social	500.000
21526	Otros Gastos Corrientes	36.000
21529	Adquisición de Activos no Financieros	346.089
21531	Iniciativas de Inversión	552.419
21534	Servicio de la Deuda	280.552
Total ingresos presupuestados		20.147.751

Detalle del total de gastos para el año 2019

- 62,37% Gastos de remuneraciones.
- 29.11% Gastos en medicamentos, servicios básicos, mantenciones y reparaciones, etc.
- 2,48% incentivo al retiro.
- 0,18% Devoluciones.
- 1,72% Adquisición de mobiliarios y maquinarias.
- 2,75% Obras civiles, gastos administrativos y equipamientos.
- 1,39% Deuda flotante.

A continuación, se describe las partidas más importantes del gasto presupuestario año 2019.

El gasto de remuneraciones contempla el nuevo servicio con modalidad mixta de atención domiciliaria entre los meses de mayo - agosto del año 2019, mejorando así la calidad de la atención para los adultos mayores de la red de salud, adicional a esto la mayoría de los convenios con el Servicio Metropolitano Central son ejecutados bajo la contratación de personal contratada a plazo fijo y a honorarios.

En el año 2018 el gasto del ítem bienes y servicios de consumo correspondía a 20% del gasto total del presupuesto, el cual para el año 2019 fue incrementado en 8.8% para la adquisición de medicamentos, mantenciones y otros.

Anexos

Anexo 1: Programas de reforzamiento en APS

Convenio / Programa	Objetivo	Población objetivo	Lugar de ejecución	Cumplimiento / Logros
Apoyo al desarrollo Bio-Psicossocial en la Red Asistencial (PADB)	Fortalecer el desarrollo de los niños y niñas	Niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, inscritos	Centros de salud de la Red	Es de continuidad. De enero a agosto de 2018, se ha realizado fortalecimiento de desarrollo integral a 1.010 niños, desarrollo prenatal a 580 gestantes, atenciones a 124 niños vulnerables
Piloto de control de salud del niño y la niña en el establecimiento educacional	Mejorar acceso a actividades promocionales y preventivas	Niños y niñas de 5 a 9 años de edad	Establecimientos educacionales municipalizados o particulares subvencionados	De enero a agosto 2018, se han intervenido 23 colegios, se han evaluado a 4.628 escolares, realizando 2.943 sospechas de problemas de salud
Programa IRA	Disminuir complicaciones y mortalidad prematura infantojuvenil, aumentar la calidad de vida	Menores de 20 años que presentan enfermedades respiratorias crónicas y cursan con infecciones respiratorias agudas	SAPU Domeyko	Desde el 9 de junio al 9 de septiembre 2018 se realizaron 349 atenciones
Refuerzo campaña de invierno (mediados de junio hasta mediados de septiembre)	Mejorar la gestión y el funcionamiento, con énfasis en calidad, oportunidad y continuidad de la atención	Población que requiera atención médica y kinésica (inscrita o no en la Red)	CESFAM y SAPU Domeyko	Se cuenta con refuerzo médico, TENS y kinesiólogo en SAPU; y con refuerzo de médico en extensión horaria y compra de fármacos en CESFAM
Apoyo a la gestión a nivel local multifactorial	Mejorar condiciones de los vacunatorios de Red	Beneficiarios del PNI	CESFAM Orellana, Arauco y Domeyko	Compra de 5 refrigeradores de vacunatorio y de cooler para el transporte de vacunas
Apoyo a Inmunización de influenza y neumococo en APS	Apoyar con recursos la ejecución del plan de la estrategia de inmunización anti influenza	Personal de Salud, niños entre los 6 meses y 5 años de edad, embarazadas a partir de las 13 semanas de gestación, personas de 6 a 64 años con enfermedades de riesgo, personas de 65 años y más, trabajadores de	Centros de salud, operativos en colegios, jardines y vía pública	Se adquirió vehículo durante el periodo de campaña de vacunación de marzo a junio para facilitar la inmunización de los grupos objetivos. Horario extendido de enfermeras y TENS de lunes a sábados para inmunización

		avícolas y criaderos de cerdos		Entre el periodo de marzo a agosto 2018 se realizó un total de 43.196 inmunizaciones
	Apoyar con recursos la ejecución del plan de la estrategia de inmunización anti neumococo	Personas de 65 años y más sin antecedentes de vacunación; Personas con 66 años y más con una segunda dosis de vacuna 5 años después de la primera dosis		
Acompañamiento Psicosocial en APS	Elevar el nivel de salud mental de población infantojuvenil de familias de alto riesgo, a través de un acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo	Personas de 0 a 24 años, de familias con alto riesgo psicosocial, inscritos	En terreno, a través de contactos telefónicos y visitas a domicilio, establecimiento escolar y/o lugar de trabajo	Desde marzo a agosto 2018 se han atendido a 215 usuarios, realizando un total de 1.134 visitas de seguimiento y 4246 llamados telefónicos
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)	Consolidar el MAIS en APS apoyando con la entrega de recursos anuales	Usuarios y funcionarios de la Red	Centros de salud de la Red	100% de cumplimiento a agosto: todos los Centros cuentan con plan de mejoras con seguimiento de logros
Imágenes diagnósticas	Mejorar la detección precoz de cáncer de mama, displasia luxante de caderas y patología biliar y cáncer de vesícula	Mamografías para mujeres 50 a 69 años, radiografía de pelvis para niños de 3 a 6 meses, ecografía abdominal a personas de 35 a 49 años de edad con síntomas y/o factores de riesgo	Laboratorio Blanco (Providencia)	Se han realizado 4.095 mamografías (cobertura de 120%), 1.653 radiografías de pelvis (132%), 1.161 ecografías abdominales (193%)
Sembrando Sonrisas	Promoción de hábitos saludables y aplicación de medidas de protección específicas para mantener y mejorar la salud bucal de preescolares	Niños y niñas de 2 a 5 años de edad	Jardines y establecimientos educativos de la comuna	A agosto, se han realizado 5.179 exámenes de salud bucal (107% de la meta) y 5.179 aplicaciones de barniz flúor (53%)
GES Odontológico	Asegurar el cumplimiento de las	Niños y niñas de 6 años de edad inscritos	Centros de salud de la Red	A agosto, se han realizado 749 egresos de tratamiento (60% de la meta)

	garantías GES odontológicas	Gestantes ingresadas a control de embarazo	Centros de salud de la Red	De las 1.755 gestantes ingresadas a control entre enero y agosto, 1.087 han sido dadas de alta (62% de la meta)
		Adultos de 60 años de edad inscritos	Centros de salud de la Red	A agosto, se ha logrado un total de 180 altas odontológicas integrales (58% de la meta anual)
Mejoramiento al acceso a la atención odontológica	Mejorar el acceso a la atención odontológica a poblaciones vulnerables	Actividades recuperativas en mayores de 20 años en extensión horaria	Centros de salud de la Red	A agosto, se han realizado 7.232 actividades recuperativas (obturaciones, exodoncias) (75% de la meta)
		Prótesis Removible		Se han realizado 142 prótesis removibles (95% de la meta)
		Endodoncia		Se han realizado 19 endodoncias (27% de la meta)
Odontológico Integral	Mejorar el acceso a la atención odontológica a poblaciones vulnerables	Altas odontológicas en hombres de escasos recursos	Centros de salud de la Red y establecimientos educativos	A agosto, se han otorgado 120 altas odontológicas (170% de la meta)
		Altas odontológicas programa Más Sonrisas para Chile		Se han otorgado 234 altas odontológicas (33,4% de la meta)
		Altas odontológicas programa 3° y 4° medios		Se han otorgado 1.625 altas odontológicas (27,6% de la meta)
Vida Sana	Disminuir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	Usuarios de la Red	Jardines infantiles, colegios, dependencias municipales	1.630 usuarios atendidos por médico, psicólogo y/o nutricionista, 100% de cumplimiento del programa (corte agosto).
Migrantes	Garantizar acceso a salud a usuarios migrantes	Usuarios migrantes de la Red	Centros de salud de la Red	95% de cumplimiento del programa (corte agosto)
Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)	Mejorar la salud de pueblos indígenas	Usuarios de la Red y vecinos de la comuna	Centros de salud y Ruka municipal	100% de cumplimiento del programa (corte agosto)
Más adultos mayores autovalentes (MAMAV)	Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos	Usuarios adultos mayores de la Red autovalentes, con riesgo o en riesgo de dependencia	Espacios comunitarios (COSAM, Centros Comunitarios, juntas de	A septiembre han ingresado 950 adultos mayores, representantes del 44% de los adultos mayores bajo control. De ellos

	mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al MAIS		vecinos, iglesias, etc.)	38% mantiene o mejora su condición funcional. Cumpimiento del 87% del programa (corte agosto).
Espacios amigables	Resolver las demandas de salud de este grupo, quienes no acuden a los establecimientos de salud debido a diversas barreras	Adolescentes y jóvenes de 10 a 25 años de la comuna	Itinerante en colegios de la Red y en Espacio amigable Santiago Joven	778 usuarios ingresados a agosto 2018, 100% de cumplimiento del programa (corte agosto).

Anexo 2: Evolución de Metas e IAAPS desde 2016

Tabla 93: Resultados de Metas Sanitarias en 2016 y 2017.

Metas sanitarias	2016			2017		
	Meta	Logro	% cumplimiento	Meta	Logro	% cumplimiento
Recuperación DSM*	82%	75,6%	92,2%	82%	84,5%	103%
PAP vigente 25-64 años	50,3%	42,4%	84,3%	100%	102,8%	102,8%
Cobertura odontológica 12 años	73%	73,4%	100,5%	73%	81%	111%
Alta odontológica embarazadas	69%	69,5%	100,7%	69%	63,9%	92,6%
Alta odontológica 6 años	73%	65,2%	89,3%	73%	66,5%	91%
Cobertura efectiva DM2** desde 15 años	32,4%	25,8%	79,5%	29%	25,0%	86,3%
Evaluación pie diabético	81%	88,3%	109%	82%	75,8%	92,5%
Cobertura efectiva HTA*** desde 15 años	42,4%	33,4%	78,8%	46%	37,4%	81,2%
Lactancia materna exclusiva 6 meses	55%	55,1%	100,2%	57%	58,5%	102,6%
Plan de participación social□	--	--	--	100%	100%	100%

*DSM = Desarrollo psicomotor. **DM2 = diabetes mellitus tipo 2. ***HTA = hipertensión arterial.

□ Plan de participación social se incluyó desde 2017.

Tabla 94: Resultados de IAAPS en 2016 y 2017. *EMPA = examen de medicina preventiva del adulto.

IAAPS	2016			2017		
	Meta	Logro	% cumplimiento	Meta	Logro	% cumplimiento
CESFAM autoevaluados vigentes []	--	--	--	100%	100%	100%
Familias evaluadas por riesgo familiar []	--	--	--	21%	23,5%	111,80%
Gestión de reclamos	100%	99,4%	99,4%	99%	100%	101%
Análisis de reclamos en institución comunitaria []	--	--	--	100%	100%	100%
Atención hasta las 20 hrs.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Disponibilidad de fármacos trazadores	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tasa de morbilidad versus controles []	--	--	--	89%	91%	103%
Porcentaje de interconsultas []	--	--	--	9,7%	6,7%	100%
Visita domiciliaria integral	22%	20,8%	94,7%	19%	21%	109,6%
EMPA* hombres 20 a 64 años	17,4%	16,7%	95,8%	17%	18,4%	107,5%
EMPA* mujeres 45 a 64 años	26%	26,6%	102,2%	26%	27,4%	105,3%
EMPAM** desde 65 años	54%	51%	94,4%	51,9%	51,8%	99,9%
Evaluación DSM*** 12 a 23 meses	100%	87,7%	87,7%	94%	97,5%	103,7%
Control de salud integral 10 a 14 años	10%	9,3%	93,2%	12%	13,8%	115,1%
Alta odontológica menores de 20 años	27%	27%	100%	27%	31,9%	118%
Atención integral de salud mental mayores de 5 años	16,5%	17,5%	106,3%	17%	16%	94,20%
Cobertura de asma cualquier edad y EPOC**** desde 40 años	15%	11,4%	75,7%	16,6%	12,3%	74,1%
Capacitación a cuidadores de dependientes severos con pago de estipendio []	--	--	--	90%	100%	111%
Cumplimiento GES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vacunación antiinfluenza []	--	--	--	80%	95,9%	119,8%
Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	83%	83,5%	100,6%	85,1%	84,2%	99%
Cobertura de métodos anticonceptivos entre 15 y 19 años []	--	--	--	16,5%	20,9%	126,8%
Cobertura efectiva DM2[desde 15 años (en 2016 era cobertura no efectiva)	54%	49,5%	91,6%	29%	25,02%	86,27%
Cobertura efectiva HTA] desde 15 años (en 2016 era cobertura no efectiva)	62,3%	55,9%	89,8%	46%	37,4%	81,2%
CEOD = 0 menores de 3 años[]	--	--	--	línea de base	26,5%	línea de base

EMPAM = EMPA adulto mayor. *DSM = Desarrollo psicomotor. ****EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [DM2 = diabetes mellitus tipo 2.]HTA = hipertensión arterial. [] Se incluyó desde 2017.

En la siguiente tabla, se observan los resultados de metas de enero a agosto 2018, comparados con los resultados de enero a agosto 2017. Se ve un cumplimiento global de 84,3% en 2017 y de 82,1% en 2018.

Tabla 95: Resultados de metas sanitarias de enero a agosto 2017 y 2018.

Metas sanitarias	Enero a agosto 2017			Enero a agosto 2018		
	Meta	Logro	Cumplimiento	Meta	Logro	Cumplimiento
Recuperación DSM*	82%	67,1%	81,9%	83%	47,1%	56,8%
Pap vigente 25-64 años	100%	66,9%	66,9%	100%	75,6%	75,6%
Cobertura odontológica 12 años	73%	47,1%	64,5%	74%	42,5%	57,5%
Alta odontológica embarazadas	69%	61,2%	88,7%	69,5 %	61,9%	89,1%
Alta odontológica 6 años	73%	41,1%	56,2%	77%	47,4%	61,5%
Cobertura efectiva DM2** desde 15 años	29%	25,1%	86,6%	29%	24,1%	83,1%
Evaluación pie diabético	82%	72,6%	89%	82%	67,4%	82,2%
Cobertura efectiva HTA*** desde 15 años	46%	34,4%	74,8%	47%	35,4%	75,3%
Lactancia materna exclusiva 6 meses	57%	59,7%	104,7%	60%	53,4%	89,0%
Plan de participación social	100%	100%	100%	80%	100%	125%

*DSM = Desarrollo psicomotor. **DM2 = diabetes mellitus tipo 2. ***HTA = hipertensión arterial.

En la siguiente tabla, se observa la comparación de resultados de los IAAPS en el mismo periodo 2017 y 2018. Se logró cumplimiento global de 91% versus 86% en 2018.

Tabla 96: Resultados de IAAPS entre enero y agosto 2017 y 2018.

IAAPS	Enero a agosto 2017			Enero a agosto 2018		
	Meta	Logro	Cumplimiento	Meta	Logro	Cumplimiento
CESFAM autoevaluados vigentes	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Familias evaluadas por riesgo familiar	21%	23,5%	111,8%	30,75 %	27,7%	90,2%
Gestión de reclamos	99%	100%	101%	99%	100%	101%
Análisis de reclamos en institución comunitaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Atención hasta las 20 hrs.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Disponibilidad de fármacos trazadores	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tasa de morbilidad versus controles	89%	63%	70,8%	96%	70%	72,4%
Porcentaje de interconsultas	9,7%	6,7%	100%	6,72%	6,2%	100%
Visita domiciliaria integral	19%	13%	68,4%	23%	15%	66,9%
EMPA* hombres 20 a 64 años	17%	13,4%	78,5%	19,3%	14,1%	73,1%
EMPA* mujeres 45 a 64 años	26%	19,8%	76%	27%	19%	70%
EMPAM** desde 65 años	51,9%	37,3%	71,9%	53,3%	35%	65,6%
Evaluación DSM*** 12 a 23 meses	94%	66,7%	71,0%	100%	71,3%	71,3%

Control de salud integral 10 a 14 años	12%	9,8%	81,9%	14,5%	10,9%	74,9%
Alta odontológica menores de 20 años	27%	20%	72%	21%	11,6%	55%
Atención integral de salud mental mayores de 5 años	17%	18,4%	108,1%	16,5%	17%	102,8%
Cobertura de asma cualquier edad y EPOC**** desde 40 años	16,6%	12,2%	73,7%	17,2%	14,2%	82,4%
Capacitación a cuidadores de dependientes severos (con pago de estipendio sólo en 2017)	90%	81%	90%	75%	40%	53%
Cumplimiento GES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vacunación antiinfluenza	80%	95,9%	119,8%	80%	89,7%	112,1%
Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	85,1%	85,3%	100,3%	84,5%	86%	101,7%
Cobertura de métodos anticonceptivos entre 15 y 19 años	16,5%	20,7%	125,2%	22%	22,7%	103,1%
Cobertura efectiva DM2[desde 15 años (en 2016 era cobertura no efectiva)	29%	25,1%	86,6%	29%	24,1%	83,1%
Cobertura efectiva HTA] desde 15 años (en 2016 era cobertura no efectiva)	46%	34,4%	74,8%	47%	35,4%	75,3%
ceod = 0 menores de 3 años	línea de base	15,6%	línea de base	45%	37,6%	83,6%

*EMPA = examen de medicina preventiva del adulto. **EMPAM = EMPA adulto mayor.
 DSM = Desarrollo psicomotor. *EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 [DM2 = diabetes mellitus tipo 2.]HTA = hipertensión arterial.

Anexo 3: Aspectos obligatorios del Manual de acreditación para prestadores de atención abierta

Tabla 97: Características Obligatorias para acreditación para prestadores de atención abierta, Manual de Acreditación de Atención Abierta.

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la Dignidad del Paciente	D.P. 1.1	Instrumento de difusión de Derechos de los Pacientes.
	D.P. 4.1	Regulación de las actividades docentes de pregrado.
Gestión de Calidad	CAL 1.1	Programa de mejora continua de la calidad a nivel asistencial.
Gestión Clínica	GCL 1.2	Sistema de selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 1.4	Uso de anticoagulantes orales.
	GCL 1.8	Procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
Acceso, Oportunidad y continuidad de la Atención	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.
	AOC 2.1	Sistema de derivación de pacientes.
Competencia del Recurso Humano	RH 1.1	Certificado de título de médicos y cirujanos dentistas con funciones permanentes o transitorias.
	RH 1.2	Certificado de títulos de Técnicos y profesionales de la salud con funciones permanentes y transitorias.
Registros	REG 1.1	Sistema de ficha clínica.
Seguridad del Equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

Anexo 4: Indicadores claves de rendimiento, en base a objetivos estratégicos y perspectivas descritas, según resultados de planificación estratégica de la Dirección de Salud 2018.

Tabla 98: Descripción de cálculo, periodicidad de cálculo y meta a corto plazo, de indicadores clave de rendimiento según perspectivas de acción definidas por objetivos estratégicos.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	KPI (Indicador clave de rendimiento)						
		Indicador	Fórmula de cálculo	Unidad de medición	Fuente	Periodicidad	Metas Corto Plazo	
Usuarios	1.-Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.	Tabaquismo	(número de personas con tabaquismo activo/ número de personas con CLAP/EMPA/EMPAM realizado) x 100	Proporción	REM y OMI	Mensual	Disminuir en 1% línea de base de tabaquismo activo en población bajo control preventivo	
		Proyectos de Promoción de la Salud	Suma del número de proyectos anuales por cesfam, realizados, evaluados y con cumplimiento de al menos un 85% de su meta propuesta	Número	Documento de Evaluación del Proyecto	Semestral	2 proyectos anuales por cesfam realizados, evaluados y con cumplimiento de al menos un 85% de su meta propuesta	
	4.-Perfeccionar el Modelo de Salud Familiar, interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.	Mejora del sistema de registros electrónico unificado de Atención de Salud Familiar.	Cualitativo: SI - NO			Pauta de cotejo de las fichas clínicas	Una vez	Registro mejorado en un plazo de 6 meses.
		Cumplimiento de los ejes Enfoque de Salud	Porcentaje promedio de cumplimiento en ejes en 2019 - Porcentaje	Proporción	Pauta de Evaluación MAIS	Anual	Aumento de un 15%	

PLAN DE SALUD 2018-2020

		Familiar e Intersectorialidad (Pauta MAIS).	promedio de cumplimiento en ejes en 2018				
	7.-Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.	Mejora en evaluación anual de calidad del trato al usuario.	Nota de encuesta de satisfacción usuaria actual del Centro de Salud - nota de encuesta de satisfacción usuaria del centro en periodo anterior	Nota	Encuesta de calidad del trato al usuario (diciembre 2018)	Anual	Mejora en al menos 2 décimas la nota de la encuesta de satisfacción usuaria para cada centro de salud
		Cobertura de atención Programa Santiago Cuida a sus Personas Mayores	(Número de adultos mayores con prestaciones del programa realizadas en el año 2019/ número de adultos mayores con dependencia leve, moderada y severa) x 100	Proporción	OMIap	Anual	50%
Procesos	3.- Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.	Existencia de mapa del territorio local de cada centro de salud, actualizado y que contenga identificación de los sectores y/o equipos de cabecera y de las instituciones operativas del territorio (mapa	Existencia de mapa de oportunidades por polo, dividido	Mapa de oportunidades	Registro local	Anual	Mapa realizado a junio 2019

PLAN DE SALUD 2018-2020

		de oportunidades)					
	7.- Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.	Mejorar cumplimiento de metas sanitarias	Cumplimiento 2019 - Cumplimiento 2018	Porcentaje de cumplimiento	REM	Anual	Aumento anual de 0,5%
		Mejorar cumplimiento de IAAPS	Cumplimiento 2019 - Cumplimiento 2018	Porcentaje de cumplimiento	REM	Anual	Aumento anual de 0,5%
Aprendizaje y Desarrollo	2.- Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud	Detección de necesidades de capacitación	Estudio de necesidades de capacitación según descripción de funciones	Estudio	Documento del estudio	semestral	Dicotómico Realizado / No realizado
		Cumplimiento del plan de capacitación	Número de capacitaciones realizadas / Número de Actividades programadas x 100	Actividades	Registro de RRHH	Trimestral	80%
	6.- Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.	Funcionamiento de los Comités Locales Docente Asistenciales (COLDA)	Número de sesiones del COLDA realizadas / Número de sesiones programadas	Sesiones	Acta de reunión	Trimestral	3 reuniones de COLDA al año
		Desarrollo de Trabajos de Investigación	Número de Trabajos de Investigación en temáticas sanitarias relevantes para la realidad comunal	Número absoluto	Documento de Trabajo de Investigación	Semestral	1 Trabajo de Investigación anual por Centro

PLAN DE SALUD 2018-2020

	5.- Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.	Plan de inversiones	Plan de proyectos de inversión para mejorar la infraestructura de la Red de salud	Plan	Documento del Plan	Trianual	Análisis anual de avance del plan
Finanzas	8.- Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud	% de cumplimiento del Plan Anual de Compra (PAC)	N° de Ítems Ejecutados * 100 N° de Ítems planificados	Ítems	Plan anual de compras	Anual	1.- Línea de base 2019 2.- Establecer mejora anual

Anexo 5: Cuadros de mando integral de cada polo

1. Polo Arauco

Perpectiva: Usuarios

Objetivo estratégico 1: Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.

Meta	Estrategia(s)	Actividad(es)	Indicador
Disminuir en 1% la línea base de tabaquismo activo en población bajo control preventivo.	Sensibilizar y educar a los usuarios, comunidad y funcionarios sobre los riesgos del tabaco.	1. Celebrar día mundial del tabaco (31 de mayo de 2019).	1. Realización de jornada anti tabaquismo.
		2. Realizar al menos 6 educaciones sobre los riesgos del tabaco a los usuarios	2. Número de educaciones antitabaco realizadas / programadas x 100.
		3. Jornada de autocuidado del equipo incluyendo temática de tabaquismo.	3. Realización de jornada con equipo de salud.
Realizar proyectos de promoción de la salud.	Promover estilos de vida saludables en la comunidad.	1. Caminata "Muévete por tu salud en abril 2019.	Número de proyectos de promoción realizados/ programados x 100.
		2. Feria cardiovascular en agosto.	

Objetivo estratégico 4: Perfeccionar el Modelo de Salud Familiar, interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar el sistema de registro electrónico relacionado	Creación de protocolos de registros electrónicos estandarizados en temas de consejerías y guías anticipatorias.	1. Creación de protocolo para registros electrónicos.	100% de fichas clínicas auditadas que cumplan con protocolo de registro según pauta de cotejo.
		2. Difusión del protocolo	
		3. Auditoría de fichas de registro según protocolo.	
Mejorar cumplimiento de pauta MAIS, especialmente de ejes enfoque de salud Familiar e intersectorialidad	Implementar plan de mejoras post evaluación de certificación de agosto 2018.	1. Ejecutar plan de mejoras.	Número de mejoras propuestas implementadas y en ejecución / Total de mejoras propuestas x 100.
		2. Sensibilizar a los equipos en importancia de estos ejes.	
		3. Difundir información y planes de acción en equipos.	
		4. Evaluar y auditar plan de mejoras.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

Objetivo estratégico 7: Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejora en evaluación anual de calidad del trato al usuario.	Medir y mejorar según métodos de autocontrol la apreciación de los usuarios por los servicios entregados.	1. Mejorar planes de acción y gestión de mejoras en base a reclamos.	Nota de encuesta satisfacción usuaria 2018 - Nota 2019
		2. Difusión y ejecución de mesas redondas por estamento sobre el protocolo de buen trato	
		3. Creación de encuesta local de satisfacción usuaria auto aplicable con buzón itinerante.	
		4. Difundir encuesta en equipo.	
		5. Medir resultados de esta encuesta y generar plan de mejoras local	
Cobertura de atención Programa Santiago Cuida a sus Personas Mayores.	Mejorar coordinación, derivación, retroalimentación e impacto de programa en el territorio del CESFAM.	1. Difundir funcionamiento del programa al equipo del CESFAM.	Número de adulto mayores con prestaciones del programa realizadas / número de adultos mayores con dependencia leve, moderada y severa x 100
		2. Mejorar derivaciones según criterios	
		3. Generar reuniones de equipo de dependencia severa con equipo del programa.	

Perspectiva: Procesos

Objetivo estratégico 3: Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Existencia de un mapa del territorio local de cada centro de salud, que contenga identificación de los sectores y/o equipos de cabecera y de las instituciones operativas en el territorio.	Generar un mapa territorial que sirva de insumo para implementar estrategias junto con la comunidad.	1. Solicitar creación de mapa territorial por sector a DISAL.	Existencia de mapa de territorio sectorial con las características requeridas.
		2. Catastro de organizaciones que operan por sector.	
		3. Retroalimentación de la información de territorio a los equipos de cabecera de los sectores.	
		4. Identificar en un mapa las organizaciones operativas por territorio.	
		5. Generar reuniones y actividades con intersector y la comunidad.	

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo estratégico 5: Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar cumplimiento de metas sanitarias e IAAPS	Análisis mensual de metas e IAAPS, implementación de estrategias específicas para peores resultados.	Socializar resultado de monitorización mensual en reuniones de sector.	Lograr indicadores
		Tarjetero infantil actualizado	
		Identificar a la población de mayor riesgo y crear protocolo de rescate, incluir VIDOM y evaluaciones en domicilio	
		Identificar a la población de mayor riesgo y crear protocolo de rescate, incluir VIDOM y evaluaciones en domicilio	
		Mejorar la comunicación entre sala de estimulación y equipo del CESFAM	

PLAN DE SALUD 2018-2020

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar cumplimiento de metas sanitarias e IAAPS	Análisis mensual de metas e IAAPS, implementación de estrategias específicas para peores resultados.	Mejorar la comunicación entre sala de estimulación y equipo del CESFAM	Lograr indicadores
		Talleres PSCV. Rescate de inasistentes por más de 1 año Evaluaciones de pie diabético en control médico. Incentivar la insulinización de pacientes DM2 descompensados. Incentivar educación en automonitoreo de pacientes DM2. Derivación a actividad física	
		Obtener reporte periódico de pacientes por cumplir 6 años 11 meses 29 días para rescate. Incorporar nuevos centros educacionales para realizar operativos. Fortalecer las relaciones en el intersector educación / salud. Sensibilizar al equipo para el cumplimiento de la meta.	
		Análisis de cartolas familiares en reunión equipo. Mejorar retroalimentación de estadística respecto a familias no visitadas.	
		Favorecer la realización EMPAs espontáneos Pesquisar usuarios en taller de primeros Inscritos. Entrega de hora EMPA al momento de la inscripción.	
		Rescatar pacientes inasistentes desde bodega PACAM. Confirmación telefónica de horas. Extensión horaria con módulos para EMPAM.	
		Solicitud de envío mensual de reporte de niños de 12 a 23 meses. Confirmación de horas. Conocer la población bajo control.	

Objetivo estratégico 5: Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Disminuir la brecha de infraestructura para la atención en el CESFAM.	Detectar funcionarios que no cuenten con espacio adecuado para atención.	Determinar funcionarios sin box que necesiten espacio físico de atención (ej. podología).	Entrega de plan de necesidades y ampliación espacio físico a DISAL.
		Generar plan de ampliación de espacio físico en conjunto con DISAL.	

Perspectiva: Finanzas

Objetivo estratégico 8: Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Generar plan de compras 2019	Levantar necesidades del CESFAM para el año 2019.	Conocer el presupuesto asignado al CESFAM	Existencia plan de compras 2019
		Levantamiento de necesidades del CESFAM (físicas y de RRHH)	

2. Polo Domeyko

Perspectiva: Usuarios

Objetivo estratégico 1: Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Lograr al menos 30% de los tabáquicos activos mayores de 40 años que asisten a control tenga espirometría anual realizada.	Derivar a espirometría a cada usuario evaluado como tabáquico en el CLAP, EMPA y EMPAM.	Realización de espirometría a todos los tabáquicos activos detectados en el CLAP, EMPA y EMPAM.	Porcentaje de tabáquicos activos mayores de 40 años con espirometría realizada en el último año
Disminuir en 1% la línea de base de tabaquismo activo en población bajo control preventivo	Realizar consejerías a cada usuario evaluado en el CLAP, EMPA y EMPA.	Revisión de listados emitidos desde OMI de tabáquicos que requieran espirometría y consejería para rescatar.	Porcentaje de tabáquicos activos bajo control en 2019 versus los existentes según línea de base en el periodo.
Existencia de al menos 1 proyecto de promoción de salud	Desarrollar proyectos de salud orientados a necesidades específicas de los usuarios y del equipo de salud, enfocados en mejorar la calidad de atención	Realizar al menos 1 proyecto de promoción de salud	Existencia de documento
Existencia de al menos 1 proyecto de salud originado en la comunidad	Desarrollar proyectos de salud orientados a necesidades específicas de los usuarios, originados desde la comunidad	Realizar al menos 1 proyecto de salud originado en la comunidad, para fondos concursables del CDL	Existencia de documento

PLAN DE SALUD 2018-2020

Existencia de al menos 1 proyecto de buenas prácticas en prevención de enfermedades	Desarrollar proyectos de salud orientados a necesidades específicas de los usuarios y del equipo de salud, enfocados en mejorar la calidad de atención	Realizar al menos 1 proyecto de buenas prácticas en prevención de enfermedades	Existencia de documento
---	--	--	-------------------------

Objetivo estratégico 4: Perfeccionar el Modelo de Salud familiar interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Registro mejorado de procesos asociados al trabajo con familias en un plazo de 6 meses.	Generar un plan de mejora para el registro de las cartolas familiares y estudios de familia en OMI.	Registrar las nuevas cartolas familiares en la ficha electrónica.	Registro electrónico unificado de atenciones de trabajo con familias.
		Traspaso de cartolas manuales al sistema OMI.	Porcentaje de cartolas ingresadas al sistema OMI versus cartolas realizadas a la fecha.
		Generar la posibilidad de ingresar el genograma en la ficha electrónica.	Genograma disponible en ficha electrónica.
Aumento de 10 % en el puntaje de la pauta MAIS.	Desarrollar plan de mejora de últimos resultados de certificación MAIS.	Realizar plan de Mejora MAIS y asegurar seguimiento.	Cumplimiento de los ejes Enfoque de Salud Familiar e Intersectorialidad de la pauta.
	Desarrollar protocolos y actividades pendientes	Realizar protocolos pendientes.	

Objetivo estratégico 7: Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejora en al menos 2 décimas la nota de la encuesta de satisfacción usuaria para cada centro de salud.	Realizar un plan de mejora del Buen Trato Usuario en función de la evaluación anterior.	Diseño y difusión Plan de Mejora de Buen Trato en función de la evaluación MINSAL anterior	% de mejora en evaluación anual de calidad del trato al usuario.
	Realizar un plan de mejora OIRS en función de los ítems más repetidos durante el año anterior.	Diseño y difusión Plan de Mejora de OIRS	
	Generar instancias de buen trato usuario con los equipos de salud y usuarios, a través de jornadas, cursos o sensibilizaciones.	Jornada Buen trato usuario a través de capacitaciones a los equipos de Salud. Trabajar el protocolo de Buen Trato con la comunidad por sector.	
70% de los adultos mayores (AM) evaluados con dependencia severa ingresados al Programa Santiago cuida a sus personas mayores.	Derivar y evaluar AM con EMPAM al día, que tengan dependencia severa o moderada, al programa.	Derivar AM bajo control evaluados con dependencia severa al programa para su ingreso.	Porcentaje de AM ingresados al programa de dependencia severa y moderada del CESFAM, que hayan sido atendidos en el programa Santiago cuida a sus personas mayores.
30 % de los AM evaluados con dependencia moderada ingresados al programa.	Seguimiento por parte de los equipos y supervisión de AM dependientes ingresados al programa.	Derivar AM con dependencia moderada al programa.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

Aumentar en 2,5% la recuperación del desarrollo psicomotor (DSM) en niños y niñas de 0 a 23 meses.	Mantener un listado actualizado de niños (as) diagnosticado(as) con riesgo para seguimiento.	Aumentar el N° de consultas por déficit y para reevaluación del DSM por enfermera	Porcentaje de cumplimiento versus 2018
	Seguimiento activo de niños (as) diagnosticado (as).	Realizar visita domiciliaria a niños(a) inasistentes.	
Disminuir brecha PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años de edad en un 1 %.	Revisar de forma regular y periódica listados del sistema REVICAN.	Realización de campañas de PAP.	Porcentaje de cumplimiento versus 2018
	Obtener listado de mujeres inscritas en CESFAM de 25 a 64 años de edad.	Rescate y citación de mujeres para PAP en horario extendido. Llamar telefónicamente a mujeres inscritas para citar a PAP	
	Módulos disponibles para PAP en agendas de matronas según lo comprometido	Toma de PAP espontáneos. Derivación por parte de todo el equipo a toma de PAP espontáneo.	
Aumentar en 1% la cobertura de alta odontológica total en usuarios de 6 y 12 años.	Revisión de forma periódica de listado de usuarios inscritos de 6 y 12 años.	Citación telefónica periódica para atención odontológica.	Porcentaje de cumplimiento versus 2018
	Gestionar atenciones en colegios.	Atención en colegios a usuarios.	
	Derivación de otros profesionales a consulta dental en estas edades.	Mantener agenda disponible de odontólogos para atención de edades prioritarias.	
Aumentar en 3% la cobertura efectiva de tratamiento de DM y en 2% la de HTA en	Revisión periódica de pacientes descompensados o inasistentes.	Citar dirigidamente a pacientes descompensados. Realizar visita domiciliaria a pacientes descompensados.	Porcentaje de cumplimiento versus 2018

PLAN DE SALUD 2018-2020

personas de 15 años y más.		Citar a toma espontánea de HBAIC a usuarios inasistentes o descompensados.	
	Mantener módulos disponibles y protegidos para control abreviado CV por médico.	Mantener horas protegidas de toma de muestras para toma de HBAIC	
	Derivación desde médicos de usuarios de insulina a seguimiento de HGT	Hacer consultas de seguimiento de HGT por enfermera o nutricionista a pacientes descompensados.	
	Aumentar insulinización de pacientes descompensados que no responden a hipoglucemiantes orales.	Hacer consultas de seguimiento de HGT por enfermera o nutricionista a pacientes descompensados.	
	Incluir a psicólogo en ingreso CV según flujograma	Citar dirigidamente a pacientes ingresados	
Aumento del 1% de las gestantes ingresadas antes de las 14 semanas	Optimizar agendas de matronas y disponibilidad de otros profesionales e insumos de farmacia, para cubrir con las necesidades de horas según lo programado.	Mantener apoyo de hrs. de matrona de extensión.	Porcentaje de cumplimiento de 2019 versus 2018
No sobrepasar el 6,72% de interconsultas (IC) derivadas a especialidad	Apoyo a través de laboratorio Blanco y de canasta complementaria con exámenes radiológicos y ecotomografías	Solicitud de exámenes por profesionales	Porcentaje de interconsultas realizadas / N° atenciones médicas.
	Apoyo desde UAPO y COSAM	Derivación interna desde profesionales	

PLAN DE SALUD 2018-2020

	Apoyo de especialistas en APS: medicina familiar, ginecología, pediatría	Derivación interna desde profesionales	
	Médico contralor filtra IC enviadas	Evaluar la atingencia de la derivación	
Cumplimiento de 100% de GES en APS	Monitoreo continuo de GES y su cumplimiento.	Monitor SIGGES controla diariamente garantías próximas al vencimiento y envía correos informativos a los distintos jefes de sectores para realizar seguimiento de garantías dentro de los 30 y 15 días, y 24 horas de vencimiento.	Cumplimiento de GES / Patologías GES notificadas.
	Seguimiento de verificación de la información transmitida al paciente de su patología GES a través de ficha clínica OMI y de notificación GES en SIGGES.	Profesionales en consultas informan al paciente a través de notificaciones GES de sus patologías	
	Actualización de información de contacto de pacientes en FONASA para dar cumplimiento a sus garantías GES.	Asistentes sociales y administrativos realizan actualización permanente de datos de pacientes que lo requieran en FONASA y ficha clínica	

Perspectiva: Procesos

Objetivo estratégico 3: Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con mapa del territorio local actualizado, que contenga identificación de los sectores y/o equipos de cabecera y de las instituciones operativas del territorio (mapa de oportunidades)	Generar la información local para la elaboración de mapa de oportunidades de cada sector y EMB.	Realizar barrido del sector para visualizar en terreno las instituciones operativas.	Existencia de mapa de oportunidades.
	Solicitar a Disal la elaboración de un mapa territorial actualizado.	Solicitar a Disal que envíe catastro actualizado de instituciones del territorio.	

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo estratégico 2: Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Pauta de necesidades de capacitación de funcionarios, creada a Diciembre/2018.	Aplicar pauta de necesidades de capacitación de temas transversales y de temas específicos por estamento	Creación de pauta de detección de necesidades de capacitación de temas transversales y de temas específicos por estamento.	Pauta creada
Pauta aplicada, analizada y enviada a RRHH de DISAL a septiembre/2019.	Análisis de necesidades de capacitación que respondan a necesidades locales.	Los funcionarios completarán la pauta de detección de necesidades de forma obligatoria, la que será recopilada por las jefaturas y entregadas a la subdirección, donde se analizarán los resultados y serán remitidos a Disal.	Pauta aplicada y resultados enviados a Disal
90% de funcionarios capacitados en MAIS.	Capacitar en MAIS a todos los funcionarios que ingresaron en periodo anterior y que no cuenten con formación en el tema.	Catastro de funcionarios sin capacitación en MAIS y asignación de cupos con prioridad.	% de funcionarios capacitados en MAIS/ funcionarios contratados
80% del plan de capacitación el cumplido.	Hacer seguimiento del plan de capacitación anual.	Realizar un plan de capacitación local, según las directrices del nivel central acorde con el análisis de las pautas de necesidades de capacitación y las necesidades del centro de salud informadas por jefaturas o dirección. Participar en las reuniones de planificación de capacitaciones a nivel central.(Bipartito)	% de Cumplimiento de plan de capacitación.

Objetivo estratégico 5: Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar la infraestructura del CESFAM mediante 3 proyectos, cumplidos a diciembre 2019	Reposición y cambio de techumbre de SOME y pasillos.	Seguimiento a licitación existente.	Trabajo de techumbre ejecutado.
	Estudio de climatización.	Orden de compra por estudio de climatización.	Licitación aprobada.
	Reposición de ambulancia.	Orden de compra por reposición de ambulancia.	Adquisición de ambulancia.
Nuevo proyecto de inversión sector norponiente en próximos 3 años.	Propuesta de construcción de nuevo CESFAM para 20.000 inscritos en el sector norponiente de la comuna, en mesa de Proyectos DISAL	Hacer presentación de nuevo proyecto con necesidad a instancias superiores durante 2019.	Proyecto presentado a diciembre 2019. Aceptado en rediseño de la red al 2020.

Objetivo estratégico 6: Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Puesta en Marcha de Comité Docente Asistencial (COLDA)	Nombrar Encargado de COLDA	Crear descripción de cargo para el nombramiento	Existencia de encargado
	Conformar COLDA	Definir integrantes	COLDA funcionando
	3 reuniones de COLDA al año.	Definir calendario de reuniones	Total de reuniones planificadas realizadas con acta y lista de asistentes

Perspectiva: Finanzas

Objetivo estratégico 8: Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Plan de compras local enviado a DISAL durante el mes de septiembre del año en curso	Realizar programación anual de todas las compras según necesidades, en base a los requerimientos proyectados.	Conocer el presupuesto asignado al CESFAM	Porcentaje de ejecución de lo programado.
80% del plan ejecutado durante el periodo		Proyectar compras para el año.	Porcentaje de compras extra programáticas.
		Ejecutar órdenes de compra mensual con especificaciones.	
Programación de insumos y medicamentos enviada según calendario	Realizar programación anual de insumos y medicamentos.	Ejecutar la programación anual.	Porcentaje de programación anual ejecutada
90% de pedidos realizados en fechas programadas.	Revisar consumos mensuales para proyectar base real de solicitudes por mes.	Monitorear el consumo versus lo planificado.	Porcentaje de pedidos mensuales en fechas programadas.
90% de despachos en fechas programadas, señalando motivos en caso de faltantes.	Realizar pedidos en plazos establecidos y para 45 días considerando desfases de entregas.	Monitorear pedidos y despachos versus lo planificado.	Porcentaje de despachos según programación mensual. Porcentaje de insumos y medicamentos con quiebres de stock por mes.

3. Polo Orellana

Perspectiva: Usuarios

Objetivo estratégico 1: Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Realizar 10 actividades anuales de promoción en salud fuera del CESFAM	Realización de Ferias y Talleres de Promoción y Prevención	Planificar 10 actividades de promoción (ferias/talleres/conmemoración de fechas) en salud en la comunidad	N° de actividades ejecutadas / planificadas x 100
		Ejecutar las ferias planificadas	
Contar con un programa de consejerías para población con conductas de riesgo, en al menos cuatro temáticas.	Implementación de Programa de consejerías	Elaborar un Programa de consejerías orientada a la población de riesgo, considerando el/los profesional(es) que participará(n), horas requeridas, duración de cada sesión y temática, entre otros.	Programa de consejerías implementado y reflejado en agenda.
		Gestionar la agenda.	
		Difundir el programa entre los funcionarios y usuarios, para que se realice la derivación y toma de hora.	
		Llevar a cabo el programa	
Aumentar en 5% las consejerías antitabaco, orientadas a la población fumadora con patologías crónicas	Implementación de estrategias antitabaco enfocada en esa población.	Mejorar registros de las consejerías que se realizan.	Porcentaje de consejerías antitabaco realizadas a la población fumadora con patologías crónicas respiratorias.
		Mantener bajo control a los usuarios con patologías crónicas respiratorias.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

respiratorias, respecto al año 2018.			
Implementar 2 nuevos proyectos de Promoción de Salud que se mantengan en forma anual.	Realización de talleres.	Implementar taller de piso pélvico	Número de talleres de promoción que se mantienen en forma anual.
		Implementar Espacio Amigable Adolescente	

Objetivo estratégico 4: Perfeccionar el Modelo de Salud familiar interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con registros específicos para el trabajo con familias, enfocados en la Consejería.	Implementación de registros específicos.	Mantener reuniones con encargado/a MAIS de Disal, donde se elaboren los registros específicos para el trabajo con familias.	Implementación de registros SÍ - NO
		Capacitar a los funcionarios. Evaluar registros cada 3 meses.	
Aumentar en un 20% el cumplimiento ambos ejes en relación al porcentaje alcanzado en el año 2017 respecto de diciembre 2019.	Control, seguimiento y coordinación a través del encargado MAIS.	Autoevaluación a junio y diciembre de 2019.	Porcentaje de cumplimiento de los ejes Enfoque de Salud Familiar e Intersectorialidad de Pauta MAIS, en relación al año 2017.

Objetivo estratégico 7: Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar la evaluación anual de calidad del trato al usuario.	Mejorar en al menos 2 décimas la nota de la encuesta de satisfacción usuaria respecto de calificación 2018.	Desarrollo de Encuesta de Satisfacción Usuaria bimensual.	Solicitar pauta de encuesta de satisfacción usuaria a Subdirector de gestión sanitaria.
			Aplicar bimensualmente encuesta de satisfacción usuaria a una muestra seleccionada.
			Evaluar la encuesta bimensual.
			Implementar estrategias de mejora periódicamente según resultados
100% de usuarios clasificados como dependientes severos evaluados por programa Santiago cuida a sus personas mayores, con plan de cuidado vigente.	Derivación será realizada por enfermera de cada sector en paralelo al ingreso al programa de dependencia severa (PDS).	Presentar Programa en reuniones de Sector y en Consejo Técnico.	Porcentaje de usuarios evaluados por el Programa con plan de cuidado vigente, en relación a los usuarios ingresados al PDS.
		Formulación de mecanismo de derivación.	
Aumentar en 2% el cumplimiento de metas sanitarias e IAAPS en	Implementación de estrategias locales por encargados de	Monitorear mensualmente los cumplimientos, e informar a los funcionarios.	Porcentaje de cumplimiento de metas e IAAPS

PLAN DE SALUD 2018-2020

relación al año anterior, o alcanzar el 90% en caso de que no se haya logrado.	programa, evaluadas de forma trimestral.	Solicitar a encargados la entrega de estrategias para mejorar indicadores durante diciembre y enero.	
		Llevar a cabo estrategias.	
		Evaluar resultados cada 3 meses y realizar mejoras en caso que lo requieran.	

Perspectiva: Procesos

Objetivo estratégico 3: Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
100% de los sectores / EMB pertenecientes al CESFAM Padre Orellana cuentan con el mapa del territorio actualizado y visible a la comunidad.	Elaboración de mapa de territorio actualizado y visible a la comunidad.	Adquisición de los 6 mapas.	Porcentaje de sectores / EMB con mapa actualizado y visible a la comunidad.
		Identificación de organizaciones comunitarias	
		Ubicar el mapa en un lugar visible para la comunidad, en cada sector / EMB.	

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo estratégico 2: Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con listado de necesidades de capacitación, individualizado por funcionario, estamento y unidad de desempeño, de forma semestral.	Levantar información de necesidades de capacitación de forma semestral.	Solicitar a funcionarios que envíen necesidades de capacitación de forma individual, cada 6 meses	Contar con listado de necesidades de capacitación
		Solicitar a jefes de equipo el envío de necesidades de capacitación de sus funcionarios, de forma semestral.	
		Consolidar listado de necesidades, individualizado por funcionario, estamento y unidad de desempeño.	
		Enviar listado a encargado de capacitaciones de Disal.	
80% de cumplimiento del plan de capacitación.	Fomentar cumplimiento de plan de capacitación.	Mantener flujograma de selección para participar en capacitaciones de Disal.	% de cumplimiento de plan de capacitación
		Promocionar capacitaciones autogestionadas relacionadas con necesidades.	
		Planificar capacitaciones internas, según necesidades.	

Objetivo estratégico 5: Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con al menos 2 Sectores / EMB con infraestructura inclusiva.	Lograr un CESFAM inclusivo.	Elaborar plan de infraestructura con mirada inclusiva en cada Sector / EMB, con apoyo de arquitectos de Disal.	Contar con al menos 2 Sectores / EMB con infraestructura inclusiva (SÍ / NO).
		Gestionar orden de compra de elementos necesarios.	
		Acondicionar Sectores / EMB.	
		Mantener comunicación con Disal respecto a factibilidad de modificar / ampliar espacios.	

Objetivo estratégico 6: Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con un COLDA local, con definición de participantes y capacidad formadora.	Conformación de COLDA.	Definir funcionarios que participarán. Incluir al menos Director, Subdirector, encargado de Calidad y jefes de equipo	COLDA conformado: participantes y capacidad formadora.
		Analizar la capacidad formadora del CESFAM.	
Crear al menos 1 Trabajo de investigación de investigación anual	Conformación de equipos de investigación, realización e implementación de proyecto	Establecer al menos un equipo de investigación.	Contar con al menos 1 trabajo de investigación desarrollado durante el año
		Apoyar durante proceso de investigación, entregando información requerida o tiempo, según requerimientos.	

Perspectiva: Finanzas

Objetivo estratégico 8: Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
83% de sectores / EMB mantienen actualizado trimestralmente plan de compras.	Mantención de plan de compras actualizado.	Elaborar un formato de plan de compras por Sector / EMB.	Porcentaje de sectores / EMB con plan de compra actualizado trimestralmente.
		Elaborar un sistema de priorización de los materiales e insumos incluidos en el plan.	
		Solicitar a jefes de equipo el envío de listado de materiales e insumos necesarios para mantener el correcto funcionamiento de cada unidad, máximo cada 3 meses.	
		Realizar Orden de Compra según solicitudes, enviando además el Documento por mail a Jefe de Adquisiciones para considerar priorización.	

4. Polo Viel

Perspectiva: Usuarios

Objetivo estratégico 1: Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Implementar y evaluar al menos 2 iniciativas promocionales con participación activa de la comunidad.	Involucrar a la comunidad en las actividades de promoción que se realizan.	Organizar el grupo de usuarios voluntarios del CESFAM.	Proyecto ejecutado y evaluado.
		Capacitar a los usuarios voluntarios en temáticas de promoción de salud.	
		Diseñar o rediseñar iniciativas promocionales trabajadas con los usuarios voluntarios.	
Publicar un boletín informativo 3 veces al año, que incorpore información sobre actividades del CESFAM, educación en temas de salud y entrevista a profesionales sobre temas determinados.	Impresión y difusión de boletín informativo.	Conformar equipo editorial	Boletín realizado (Sí - NO)
		Elección de información y temas a tratar	
		Impresión y difusión	

Objetivo estratégico 4: Perfeccionar el Modelo de Salud familiar interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar en 95% el registro de protocolos relacionados con MAIS en ficha clínica electrónica.	Definir un profesional a cargo de la auditoría de salud familiar local, idealmente jefe de equipo.	Auditar el registro en OMI de cartolas y estudios familiares mensualmente	N° de cartolas auditadas correctamente registradas en OMI / N° total de cartolas auditadas x 100 N° de estudios de familias auditados correctamente / N° total de estudios auditados x 100
Existencia de manual de registro de salud familiar local, con al menos el 80% de los funcionarios capacitados en temas relacionados.	Crear manual de registro.	Confeccionar manual de registro para la inducción de profesionales nuevos y de refuerzo frente a consultas para los funcionarios antiguos	Existencia de manual (SÍ / NO)
	Realizar capacitación en dicho manual anualmente a funcionarios nuevos y antiguos.		Lista de asistencia a capacitación firmada como medio verificador.
			N° de funcionarios del CESFAM capacitados en registro de salud familiar / N° total de funcionarios x 100
Realizar al menos 2 consejerías de crisis normativas y 2 de crisis no normativas en	Crear un protocolo de crisis normativas y no normativas.	Identificar las crisis normativas y no normativas recurrentes en reuniones de equipo.	Cualitativo SÍ / NO

PLAN DE SALUD 2018-2020

cada semestre por cada sector.		Crear flujograma respecto a las crisis identificadas.	Cualitativo Sí / NO
		Revisión o diseño de material educativo.	Cualitativo Sí / NO
		Difusión del protocolo.	N° de profesionales asistentes a sesión de difusión / N° total de profesionales
		Supervisión de fichas de familias que cursen con crisis.	Existencia de registro en ficha OMI.
Aplicar el sistema de evaluación de riesgo al menos al 30,75% de las familias inscritas (cumplir con IAAPS).	Creación de protocolo de intervención en familias con factores de riesgo, incluyendo resultados obtenidos, capacitaciones autogestionadas, discusión de casos, entre otros.	Actualizar y sensibilizar a los funcionarios sobre cuáles son los factores de riesgo que generan la necesidad de realizar una cartola familiar	N° de funcionarios asistentes a la actualización / N° total de funcionarios
		Distribución de cantidad de cartolas a realizar por equipos al año	Cualitativo Sí / NO
		Reforzar registro de cartola de salud familiar con clasificación de riesgo en OMI	
	Auditoría de fichas	Cualitativo Sí / NO	
Aumentar el porcentaje de familias evaluadas	Aumentar horas protegidas para el trabajo en salud familiar.	N° de familias evaluadas / N° de familias inscritas	

PLAN DE SALUD 2018-2020

	por los equipos de cabecera de cada sector.	Supervisar cumplimientos personales y colectivos.	
Realizar el porcentaje de estudios de familia comprometidos.	Definición de plan de intervención de familias con riesgo.	Conformar equipos de trabajo (duplas - tripletas).	N° de familias en riesgo bajo y medio con estudio de familia realizado / N° total de familias en riesgo bajo y medio x 100.
		Realización de estudios de familia y gestión con el equipo.	
		Registro adecuado en OMI.	
		Presentación de estudio de familia en reunión de equipo.	
		Ejecución de plan de intervención a familias de riesgo bajo y medio.	
		Auditoría de fichas.	
Convertir talleres en controles grupales dirigidos a pacientes con patologías crónicas y no crónicas y sus familias.	Involucramiento familiar en el tratamiento de patologías crónicas y no crónicas de los usuarios.	Difusión a los equipos de controles grupales disponibles para mejorar derivación.	Acta de reuniones de equipo donde se registre el trabajo de difusión constante.
		Derivación a controles grupales a usuarios y familias pesquisados con factores de riesgo de contraer enfermedades crónicas.	N° de pacientes asistentes a controles grupales / N° de pacientes derivados a controles grupales x 100
		Derivación a controles grupales en seguimiento por enfermedades crónicas.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

		Auditar derivación a talleres.	N° de pacientes derivados y registrados en ficha clínica / N° de fichas auditadas.
		Auditar listados de asistencias.	Cualitativo SÍ / NO
Mejorar el registro de las derivaciones al intersector.	Activación de la red intersectorial para optimizar el abordaje de problemas de los usuarios.	Reforzar el registro en OMI de la derivación al intersector.	Cualitativo SÍ / NO
		Auditoría de fichas.	N° de pacientes derivados y registrados en ficha / N° de fichas auditadas.
Identificar las que componen el intersector.	Creación de un mapa de territorio local.	Definir territorio del CESFAM y sus sectores.	Cualitativo SÍ / NO
		Identificación del intersector atingente a sus territorios.	Cualitativo SÍ / NO
		Solicitud a encargado de promoción de listado del intersector.	Cualitativo SÍ / NO
		Configuración de mapa de intersector.	Cualitativo SÍ / NO
Articulación adecuada con el intersector	Crear un protocolo de articulación con el intersector.	Identificar la dirección de relación y ámbitos de cooperación.	Cualitativo SÍ / NO
		Identificar personas de contacto.	Cualitativo SÍ / NO
		Generar flujograma de comunicación.	Cualitativo SÍ / NO

Objetivo estratégico 7: Mejorar los indicadores de salud y satisfacción usuaria, a través de un servicio oportuno y de calidad, de acuerdo a la realidad de la Red.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
80% de los funcionarios del polo asisten a pausas activas.	Aumentar N° de pausas activas y proteger el tiempo para la asistencia.	Realizar una pausa activa diaria de 15 minutos.	N° de asistentes / N° total de funcionarios x 100.
Convertir las tardes saludables en un espacio efectivo de autocuidado de los funcionarios.	Diagnosticar necesidades de funcionarios y planificar tardes saludables según necesidad.	Planificación anual de tardes saludables según necesidad. Realizar tardes saludables de sector y del CESFAM.	Existencia de planificación anual de tardes saludables (SÍ / NO).
50% de los TENS del polo asisten a capacitación.	Incluir en el plan de capacitación anual instancias de manejo del paciente difícil.	Capacitación anual para funcionarios/as en estrategias de manejo para paciente difícil.	N° de asistentes / N° total de funcionarios x 100.
70% de los nuevos inscritos asisten a "Taller Nuevos Inscritos".	Implementar taller para nivelar expectativas versus realidad y sobre Ley de derechos y deberes de los usuarios.	Asistencia obligatoria a Taller de Inscritos para todos los nuevos usuarios.	N° de asistentes / N° total de nuevos inscritos x 100.
Disminuir la brecha de RRHH faltantes versus población en un 30%.	Dotación de RRHH adecuada a población inscrita validada.	Gestionar contratación de RRHH faltantes y optimizar espacios físicos dentro del CESFAM.	Dotación de 2019 / Dotación marzo 2018 x 100
Aumentar oferta de atenciones en horario de extensión.	Evaluación de brecha de RRHH y compensar con horario de continuidad.	Gestionar contratación de RRHH u horas extras en horario extendido.	Atenciones en horario de extensión 2019 / Atenciones en horario de extensión 2018 x 100

PLAN DE SALUD 2018-2020

<p>Aumentar en 15% la cobertura del programa geriátrico integral a través de la correcta derivación de usuarios desde los equipos.</p>	<p>Sensibilización y orientación a encargados y equipos sobre PDS.</p>	<p>Reforzar correcto registro de información del PDS en la ficha a encargados de equipo en visitas de supervisión de programa.</p>	<p>Visitas de supervisión realizadas / visitas programadas x 100.</p>
		<p>Revisión del PDS en reuniones de equipo con especial énfasis en la optimización de los registros y entrega de información oportuna sobre casos a jefaturas.</p>	<p>Pacientes ingresados al PDS informados a encargada de programa / Pacientes ingresados al PDS x 100.</p>
	<p>Implementación y difusión de mecanismos de gestión de la información del PDS.</p>	<p>Elaboración de base de datos compartida y actualizada diariamente de pacientes dependientes en plataforma OnlyOffice.</p>	<p>Base de datos elaborada y actualizada.</p>
		<p>Gestionar acceso a plataforma a encargados de sector y equipo geriátrico integral.</p>	<p>Profesionales de los equipos de cabecera y del Unidad geriátrica integral (UGI) con acceso activo a plataforma.</p>
<p>Diseñar mecanismo de retroalimentación de intervenciones realizadas entre equipos de cabecera y programa geriátrico integral</p>	<p>Diseño, implementación y difusión de mecanismo de retroalimentación de información de los equipos de sector en casos evaluados por UGI derivados a sector y viceversa.</p>	<p>Email de derivación y registro en ficha.</p>	

PLAN DE SALUD 2018-2020

Cumplir el 100% de los PAP comprometidos en mujeres de 25 a 64 años.	Módulos protegidos de PAP en agendas de matrona.	Planificación de agenda en base a la programación de módulos necesarios para cumplimiento.	N° de PAP realizados población objetivo / N° de mujeres comprometidas x 100.
		Revisión en REVICAN a todas aquellas mujeres en edad de PAP en los SOMES.	
		Campañas de PAP una vez al mes.	
	Incorporación de atención de matrona en extensión horaria.	Registro de fecha de próximo PAP en flash de ficha.	
Rescate telefónico con participación de voluntariado, de mujeres con PAP vencido según REVICAN.			
Cumplir meta del 77% de niños de 6 años con alta odontológica.	Módulos protegidos de atención dental de 6 años en agenda de odontólogos.	Planificación de agenda en base a la programación de módulos necesarios para cumplimiento.	Altas odontológicas de 6 años / N° total de niños de 6 años inscritos x 100.
	Identificar en base de datos a los niños de 6 años inscritos.	Rescate telefónico y/o en domicilio de los pacientes identificados.	
Cumplir con meta de un 82% de evaluación de pie diabético en personas diabéticas bajo control de 15 años y más.	Módulos protegidos de control cardiovascular.	Planificación de agenda en base a la programación de módulos necesarios para cumplimiento.	N° de usuarios diabéticos con evaluación vigente / total diabéticos x 100.
	Coordinar y supervisar la realización de la evaluación	Reuniones periódicas del PSCV.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

	del pie diabético en el control de pacientes diabéticos.	Auditorías de fichas.	
Cumplir con meta de un 60% de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida.	Planificación de módulos semanales de clínicas de lactancia materna (CLAC en OMI) grupales.	Creación en agenda de CLAC en módulo SALAS.	N° de niños con lactancia materna exclusiva al sexto mes / N° de niños controlados a los 6 meses x 100.
		Realizar calendario de profesionales a realizar CLAC.	
		Creación de módulos CLAC de urgencias individuales en agendas de matrona y nutricionista.	
	Mejorar registros en ficha clínica para el cumplimiento de la meta.	Elaboración de instructivo de registro para profesionales y alumnos que realizan controles sanos.	
		Auditorías de fichas.	
Cumplir con IAAPS de tasa de visita domiciliaria integral (VDI) de un 23% de las familias inscritas.	Módulos protegidos por profesional para la realización de VDIs.	Planificación de agendas profesionales mensuales según requerimientos de VDI para cada sector.	N° de VDIs realizadas / N° de familias x 100.
	Protocolo de usuarios que requieren VDIs.	Realización de protocolo de VDI donde se identifiquen todos aquellos pacientes que deben contar con VDI.	
	Mejorar registros en ficha.	Capacitar a los funcionarios en el correcto registro.	

PLAN DE SALUD 2018-2020

		Auditorías de fichas.	
Cumplir con IAAPS de cobertura de EFAM de un 53,3%.	Módulos protegidos de EFAM en agendas de enfermeros.	Planificación de agendas de enfermería mensuales según requerimientos de EFAM.	N° de adultos mayores con EFAM vigente / N° total de adultos mayores inscritos x 100.
	Identificar a los adultos mayores sin EFAM anual.	Rescate de adultos mayores sin EFAM en las distintas unidades del centro.	
		Rescate telefónico de los adultos mayores sin EFAM.	
		Campañas de extensión horaria de enfermería en periodo estival para realización de EFAM.	
Cumplir con IAAPS de cobertura de capacitaciones a cuidadores de personas con dependencia severa según meta 2019.	Diseñar un plan de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa, ya sea grupal o en domicilio.	Ejecutar capacitación anual a cuidadores de pacientes con dependencia severa.	N° de cuidadores de personas con dependencia severa capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100.
		Identificar a inasistentes a la capacitación anual de cuidadores de pacientes con dependencia severa.	
		Programar capacitaciones en domicilio a los cuidadores inasistentes.	
	Supervisión de la cobertura de las capacitaciones a los cuidadores de dependencia severa.	Auditorías de fichas y de PDS.	

Perspectiva: Procesos

Objetivo estratégico 5: Mejorar la infraestructura disponible para satisfacer el crecimiento y complejización de la población, con una mirada inclusiva.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Lograr el mejoramiento estructural en al menos 3 de los 4 sectores del CESFAM.	Levantar necesidades de infraestructura que tengan un mayor impacto para los usuarios y los equipos.	Diagnóstico de necesidades de infraestructura.	Plan entregado a Disal.
		Propuestas de mejora o adquisición.	
		Coordinación con Departamento de apoyo logístico de Disal.	

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo estratégico 2: Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con un plan local de capacitaciones que refleje las necesidades de capacitación de al menos el 80% de los funcionarios.	Recoger necesidades de capacitación de los funcionarios.	Elaborar instrumento local de detección de necesidades.	Plan de capacitación elaborado y enviado al Departamento de RRHH de la Disal.
		Aplicación del instrumento en asamblea general.	
		Tabulación de resultados.	
		Recogida cualitativa de retroalimentación de capacitaciones del 2018 en reuniones de equipo.	
		Envío a Departamento de RRHH de la Disal.	

Objetivo estratégico 6: Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Realizar un trabajo de investigación anual.	Conformar un grupo de Investigación (GI) con personal interesado en la investigación en APS.	Informar en Reunión de equipo.	Listado de participantes del GI.
		Convocar a una inscripción voluntaria de participantes.	
		Realizar lista de participantes por sector y entregarla a Subdirección.	
		Reunión de participantes del GI.	Acta de constitución que indique: Objetivos, roles de participantes y periodicidad de las reuniones.
	Capacitación en metodología de la investigación a los miembros del GI.	Identificar las necesidades de capacitación del GI.	Registro de necesidades de capacitación.
		Indagar en las capacitaciones disponibles para el equipo: Cursos, material bibliográfico para autoformación, etc.	Registro de capacitaciones disponibles.
	Diseño de trabajo de investigación.	Planificación: Elección del tema y planteamiento de metodología de la investigación.	Entrega de informe de 1era etapa.

PLAN DE SALUD 2018-2020

		Ejecución del trabajo de investigación: recolección de datos, análisis y tabulación de resultados.	Entrega de informe de 2da Etapa.
		Análisis de resultados.	Entrega de trabajo final a Director.
	Publicación de Resultados	Exposición interna de resultados en Asamblea.	Presentación de ppt.
		Exposición en al menos una instancia externa.	Presentación final de resultados.

Perspectiva: Finanzas

Objetivo estratégico 8: Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Contar con plan de compras anual.	Elaboración de plan de compras en conjunto con encargadas de sector.	Definir ítems de compra e insumos requeridos.	Existencia plan de compras 2019 enviado a Disal.

5. COSAM

Perspectiva: Usuarios

Objetivo estratégico 1: Fomentar el autocuidado de los usuarios, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación ciudadana.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Lograr usuarios activos e involucrados en su tratamiento.	Fomentar actividades realizadas en fomento del autocuidado y responsabilidad personal.	Taller sobre deberes y derechos a usuarios ingresados, con firma de consentimiento informado sobre el proceso terapéutico.	N° de personas que asisten al taller de ingreso x 100 / N° de personas ingresadas al año.
		Difusión de prestaciones y temas de salud mental en actividades comunitarias.	
Involucrar a las familias en el apoyo de los usuarios.	Aumentar el N° de actividades que involucren familiares.	Taller para familiares de usuarios ingresados.	N° de familias que asisten a taller x 100 / N° de usuarios ingresados.

Objetivo estratégico 4: Perfeccionar el Modelo de Salud familiar interactuando con organizaciones comunitarias y el intersector.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Aumentar las intervenciones comunitarias, interactuando con organizaciones y el intersector.	Aumentar las intervenciones comunitarias del territorio.	Instalar taller de salud mental en los 4 polos incluyendo a profesionales de COSAM y de cada polo.	N° de talleres realizados x 100 / N° de talleres programados.
	Mantener las actividades intersectoriales.	Continuar trabajo con DIDECO municipal, colegios del territorios, Instituto Geriátrico de Chile, OPD, hogares de SENAME, comunidades de rehabilitación, Hospital Psiquiátrico El Peral, etc.	N° de actividades intersectoriales realizadas en 2019 x 100 / N° total de actividades de 2018.

Perspectiva: Procesos

Objetivo estratégico 3: Posicionar a Salud en la Red intersectorial, mediante su activa presencia en la formulación de políticas que favorezcan la Salud Comunal.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Posicionar a la Salud Mental en la red intersectorial, mediante su activa presencia en las actividades que tengan incidencia en la salud comunal.	Participación activa de los equipos en reuniones, actividades promocionales y preventivas y Consultorías.	Continuar trabajo con DIDECO municipal, colegios del territorios, Instituto Geriátrico de Chile, OPD, hogares de SENAME, comunidades de rehabilitación, Hospital Psiquiátrico El Peral, etc.	N° de actividades intersectoriales realizadas en 2019 x 100 / N° total de actividades de 2018.
Dar altas integrales, a través de un servicio oportuno y de calidad.	Mantener o aumentar el N° de altas.	Mantener acompañamiento y seguimiento de usuarios en proceso terapéutico para que lo completen.	Cumplimiento año 2019 - Cumplimiento año 2018

Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo

Objetivo estratégico 2: Promover el constante desarrollo de competencias y bienestar de las personas que trabajan en la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Realizar al menos un estudio de necesidades de capacitación al semestre.	Detectar necesidades de capacitación según descripción de funciones.	Realizar estudio de necesidades de capacitación de los funcionarios.	Existencia de documento.

Objetivo estratégico 6: Generar y promover el conocimiento en salud, a través de la docencia, investigación y formación de actores de salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Apoyar el desarrollo de profesionales desde el modelo comunitario de Salud Mental.	Funcionamiento adecuado del Equipo docente asistencial.	Seguimiento de actividades programadas.	N° de actividades docentes realizadas x 100 / N° de programadas
	Mejorar el reconocimiento y abordaje de la red en temáticas de Salud Mental	Capacitaciones realizadas a equipos de APS y de Educación.	N° de capacitaciones realizadas.
	Desarrollar al menos 1 trabajo de investigación al año	Realizar e implementar proyecto de investigación.	Proyecto realizado.

Perspectiva: Finanzas

Objetivo estratégico 8: Mejorar la planificación de compras para facilitar la adquisición oportuna de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Red de Salud.

Meta	Estrategia (s)	Actividad (es)	Indicador
Mejorar la planificación y seguimiento de compras	Establecer línea de base y mejorar en comparación con 2018	Realizar seguimiento a plan de compras local 2 veces al año.	N° de ítems ejecutados x 100 / N° planificados
			N° de seguimientos ejecutados x 100 / N° planificados

Anexo 6: Plan Anual de Capacitación y Desarrollo de recursos humanos 2019

I. LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO, COMO FOCO DE DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO.

La Red de Salud de Atención Primaria de la I. Municipalidad de Santiago, tiene como objetivo principal entregar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario.

Para ello estableció como Misión, el contribuir a elevar el nivel de Salud de los usuarios de los Centros de Atención Primaria de la Comuna de Santiago, propiciando el modelo de Salud Familiar, con una participación activa de sus usuarios y una preocupación central por el bienestar integral de los funcionarios de la Red de Salud.

A la vez que se proyecta en ser una Red de Atención Primaria referente en Chile, con un modelo de Salud Familiar consolidado y una alta participación usuaria, preocupada de innovar y utilizar tecnologías para entregar un servicio digno, eficiente, equitativo y de calidad, junto con favorecer el constante desarrollo y bienestar de sus funcionarios.

Para cumplir con sus actuales propósitos y lograr su proyección efectiva como organización, la Red de Salud Municipal de Santiago debe contar con personal idóneo y capacitado que responda estos desafíos y que esté en constante mejora de su actitud, conocimiento, habilidades y conductas.

II. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO.

El personal representa el recurso más importante en cualquier organización. Esto cobra especial importancia en organizaciones que prestan servicios a la comunidad en el ámbito público municipal, como lo es la Red de Salud Municipal de Santiago.

En este sentido, además de ser un factor de motivación, la capacitación, constituye un impacto positivo en el desempeño de las personas y, por ende, en la calidad de los servicios que entrega la organización.

En concordancia con esto, se plantea el presente Plan de Capacitación Anual en el Área del Desarrollo del Recurso Humano, como una herramienta para mejorar la calidad del servicio que entrega la Red de Salud Municipal de Santiago a sus usuarios.

Este planeamiento está centrado en el funcionario y encaminado a desarrollar en éste competencias que permitan mejorar sus funciones y lograr las debidas certificaciones profesionales.

Marco Jurídico y Reglamentario de base.

La Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de la y sus reglamentos (General de la ley 2.296/95 y de la Carrera funcionaria, Decreto 1889/95), consideran las siguientes precisiones relacionadas con la capacitación:

Artículo 22: “Las entidades administradoras serán autónomas para determinar la forma de ponderar la experiencia, la capacitación y el mérito para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, según los criterios objetivos que al efecto se fijen en el reglamento municipal respectivo.”

Artículo 38: Define que para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos”.

Artículo 42: Indica que se reconocerán las actividades de capacitación, los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.

Artículo 43: “Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal. Los funcionarios del Sistema tendrán derecho a participar, hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento, reguladas por el reglamento”.

III. ALCANCE DEL PLAN DE CAPACITACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO.

La presente planificación tiene como horizonte de ejecución el año 2019 y como destinatario principal todo el personal de dotación de la Red de Salud APS Municipal de Santiago, de todas las categorías funcionarias, según lo señalado en la Ley 19.378.

IV. OBJETIVOS DEL PLAN DE CAPACITACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO.

La capacitación tiene como fin estimular el empuje organizacional, por lo que se lleva a cabo para contribuir a elevar el nivel de rendimiento de los trabajadores y, con ello, el incremento de la productividad y rendimiento de la organización.

Asimismo, contribuye a generar conductas positivas y mejoras en el clima de trabajo, la productividad y la calidad y, con ello, a elevar la moral de trabajo.

Es considerada además como una compensación indirecta, y ayuda a mantener la salud física y mental en tanto ayuda a prevenir accidentes de trabajo, y un ambiente seguro lleva a actitudes y comportamientos más estables.

De igual manera, mantiene al trabajador al día con los avances tecnológicos, lo que alienta la iniciativa y la creatividad y ayuda a prevenir la obsolescencia de la fuerza de trabajo.

Consecuente con esto, la presente planificación tiene como Objetivo General, el "contribuir al desarrollo de competencias funcionales (laborales) necesarias para dar respuestas satisfactorias a los objetivos institucionales, centrados en la atención de calidad y excelencia".

Como Objetivos Específicos, se plantean los siguientes:

- Contribuir al desarrollo de las competencias personales y profesionales en relación a la misión y visión institucional.
- Entregar capacitación y perfeccionamiento a los funcionarios de la Red de Salud en beneficio de una mejor atención.
- Asegurar orientación continua para lograr objetivos sanitarios conforme a lineamientos estratégicos ministeriales y locales.
- Mejorar el clima laboral propiciando mejoras en los entornos laborales y favoreciendo el cumplimiento de metas colectivas
- Actualizar y ampliar los conocimientos requeridos en áreas especializadas de actividad.

V. AREA DE CAPACITACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. COMPOSICION Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

En la Red de Salud Municipal de Santiago, el Área de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos, está radicado orgánica y operativamente en el Departamento De Recursos Humanos, Unidad de Calidad de Vida.

En esta área de gestión, se reconocen los siguientes elementos constitutivos:

- 1) Recursos humanos: son aquellos que el Departamento de RR.HH. pone a disposición para operativizar y llevar a cabo esta actividad.
- 2) Recursos físicos: Se busca que las actividades de capacitación se desarrollen en ambientes adecuados, proporcionados por la Dirección de Salud y/o los oferentes/prestadores de servicios de capacitación.

- 3) Prestadores / oferentes: Se contempla oferentes internos y externos de servicios de capacitación, a saber:
- Actividades Formales del SSMC (Curso presenciales, semi presenciales, modalidad E-learning y B-Learning).
 - Ministerio de Salud, a través de las Pasantías Internacionales.
 - Consejo para la transparencia. Departamento atención al Usuario. Educatransparencia.
 - Ministerio de Salud -Sistema de Aprendizaje a Distancia (UVIRTUAL).
 - Ministerio de Salud, quien coordina con Instituciones Externas.
 - PAC Municipal.
 - Capacitaciones de Carácter voluntario, auto gestionadas.
 - Capacitaciones a pares.
 - Universidades debidamente reconocidas.
 - Universidades e institutos que mantienen convenio vigente con la Dirección de Salud.
 - OTEC, Institutos Profesionales con experiencia en el ámbito de la Salud Pública.
 - SEREMI sectorial.
 - Asociación Chilena de Seguridad. ACHS.
 - Sistema de Inscripción Nacional SIAD-SPS. Sistema de Aprendizaje a Distancia del Sector Público de Salud programa de aprendizaje a distancia Móvil.
 - Contraloría General de la República.

4) Fuentes de recursos presupuestarios para su financiamiento.

El Costo de esta programación, es financiado en conjunto entre la I. Municipalidad de Santiago y el Servicio de Salud Metropolitano Central.

5) Comité Bipartito de Capacitación (CBC):

Según lo determinado en el Párrafo 7º, art. 123, del Reglamento Interno de los Establecimientos de APS de la I. Municipalidad de Santiago, de fecha 15/09/2011; sancionado por el Concejo Municipal de Santiago, Acuerdo N° 347 del 19/10/2011, el Comité Bipartito de Capacitación, estará conformado por un dirigente de las asociaciones gremiales existentes; más un representante de los no asociados, elegido por votación directa; y un representante del Departamento de Recursos Humanos.

A esta conformación, se añadirán los Subdirectores Administrativos de los CESFAM de la Red.

Este Comité tendrá como función seleccionar a los postulantes de los cursos, talleres o diplomados impartidos en el Plan Anual de Capacitación.

6) Modalidades y tipos de capacitación.

Formación: Su propósito es impartir conocimientos básicos orientados a proporcionar una visión general y amplia con relación al contexto de desenvolvimiento.

Actualización: Se orienta a proporcionar conocimientos y experiencias derivados de recientes avances científico - tecnológicos en una determinada actividad.

Especialización: Se orienta a la profundización y dominio de conocimientos y experiencias o al desarrollo de habilidades, respecto a un área determinada de actividad.

Perfeccionamiento: Se propone completar, ampliar o desarrollar el nivel de conocimientos y experiencias, a fin de potenciar el desempeño de funciones técnicas, profesionales, directivas o de gestión.

Complementación: Su propósito es reforzar la formación de un colaborador que maneja solo parte de los conocimientos o habilidades demandados por su puesto y requiere alcanzar el nivel que este exige.

Se fomentará también en la Red, el desarrollo de capacidades de investigación en materias de salud primaria y otros temas atinentes a las diversas profesiones existentes en los equipos de salud.

Se pretende también fomentar las capacidades existentes en la Red, en cuanto a contar con profesionales que puedan capacitar a sus pares en las materias en las cuales cuentan con mayor conocimiento.

Además, transitar desde las capacitaciones auto gestionadas, de interés particular, a las programadas institucionalmente en las mismas materias, de interés colectivo.

VI. LINEAMIENTOS RECTORES DE LA CAPACITACION EN LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO.

La capacitación en la Red de Salud Municipal de Santiago, está direccionada básicamente por dos lineamientos:

- 1) Ejes Estratégicos Ministeriales.
- 2) Necesidades Institucionales priorizadas de capacitación.

Lineamientos Estratégicos Ministeriales.

El Ministerio de salud, a través de la Subsecretaría de Subsecretaría de Redes Asistenciales, impartió las Orientaciones para la planificación y programación en Red, 2019.

El Anexo 8 de dicho documento, tiene como objetivo orientar la elaboración de Planes y Programas de Capacitación 2019 del personal adscrito a las Leyes 19.378,18.834, 19.664/15.076 y del personal de establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal, para contribuir al desarrollo de capacidades y de competencias laborales necesarias para implementar los objetivos sectoriales.

En este Anexo se determina los Lineamientos Estratégicos para Gestión de la Capacitación en los Establecimientos de Atención Primaria Municipal, los que podrían aportar capacitación en conjunto con otras estrategias, a satisfacer en el corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la realidad y prioridades locales.

Para esto, se dará prioridad a los siguientes Ejes Estratégicos, los impactos esperados y aportes como materia susceptible de capacitación:

EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.

IMPACTO 1: AUMENTAR LA INFORMACION EN SALUD

- Identificación del perfil epidemiológico de la población del territorio a cargo.
- Identificación de las poblaciones y/o áreas geográficas (Mapas georreferenciados)
- Uso de estándares para las comunicaciones en sistemas de información.
- Interoperabilidad de los sistemas.
- Incorporación de la Telemedicina y otras tecnologías para brindar asesoría remota de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico.
- Formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de inversión en tecnologías de información y comunicación para la utilización y aplicación en salud.
- Gestión del cambio para proyectos de mejoramiento de los procesos clínicos y procesos con registro clínico electrónico.
- Incorporación al Gobierno Electrónico. Agenda Digital. Manejo del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE). Manejo del Sistema Chile Compras.

IMPACTO 2: AUMENTAR LA INVESTIGACION EN SALUD

- Bioestadística para estudios poblacionales.

IMPACTO 3: AUMENTAR LA PARTICIPACION SOCIAL.

- Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado de los Directivos del Sector
- Fomento de la participación deliberativa de los usuarios y ciudadanos en la toma de decisiones relacionadas con la salud de la población y comunidad.
- Potenciar la valoración y confianza de la ciudadanía.
- Énfasis de la participación ciudadana desde el enfoque de derechos en salud.

IMPACTO 4: AUMENTAR LA INFRAESTRUCTURA.

- Mantenimiento o manejo preventivo de instrumental, equipamiento médico y odontológico.
- Mantenimiento o manejo preventivo de la infraestructura de los establecimientos de salud.
- Gestión logística de establecimientos de salud.
- Abastecimiento. Manejo de stock críticos.
- Manejo de Bodega.
- Manejo de servicios generales de establecimientos de salud: alimentación, aseo, transporte, electricidad, lavandería, gasfitería, calderas, manejo de basuras y residuos, etc.
- Estándares de pertinencia cultural y participación, en el diseño del Proyecto de Mejoramiento Arquitectónico.

IMPACTO 5: GESTION DEL PERSONAL DE SALUD

- Dotación adecuada de personal en el Sector Salud (ENS).
- Adquisición y desarrollo de competencias (ENS).
- Mejorar condiciones laborales

Buenas prácticas laborales en Desarrollo de personas en el Estado: Fortalecimiento del rol del servidor público, promoviendo los principios de probidad, Transparencia y buen trato.

- Instructivo Presidencial Sobre Buenas Practicas en el Desarrollo de Personas en el Estado.
- Desarrollo e implementación de Políticas de Gestión y Desarrollo de Personas: Definición y evaluación de Planes Estratégicos para su materialización.
- Manejo del Sistema de Información de personas y Capacitación para la gestión del RR.HH.
- Aplicación de estudios y metodologías de estándares de personal para satisfacer las demandas de atención y determinar las brechas existentes.
- Metodologías de detección y solución de problemas en el área de gestión.
- Estrategias de intervención organizacional o gestión del cambio en establecimientos en estudios Preinversionales o en Puesta en Marcha.
- Incorporación activa de Modelos y Proceso de Evaluación de los Resultados de la Capacitación en forma gradual desde evaluación de reacción, aprendizaje, aplicabilidad, resultado e impacto.
- Incorporación de Modelos y Proceso de Diseño Instruccional que permitan asegurar la calidad del aprendizaje que se ofrece a los Funcionarios.
- Planificación y gestión estratégica de la Capacitación: Uso de tecnologías y metodologías educativas pertinentes, centradas en el aprendizaje y en la adquisición y desarrollo de competencias de

PLAN DE SALUD 2018-2020

desempeño. Gestión de procesos de aprendizaje apoyados por tecnología para los funcionarios de salud (e-Learning, b-Learning, m-Learning, simulación)

- Ley N° 20.607, sanción de las prácticas de acoso laboral.
- Gestión y dialogo social con Organizaciones Gremiales.
- Programas proyectos orientados a potenciar la promoción de la conciliación de la vida, personal-familiar y laboral

IMPACTO 6: GESTION FINANCIERA

- Aplicación de marcos legales y reglamentarios en la gestión de recursos físicos y financieros para la estructura y funcionamiento de establecimientos de salud.
- Desarrollo y uso de indicadores e instrumentos de control y evaluación de la gestión administrativa, física y financiera de los establecimientos
- Capacitación en Metodología de Estudio pre inversiones y en mantención actualizada de registro de equipamiento en Hospitales.
- Articulación para la detección y satisfacción de necesidades de capacitación relacionadas con la mantención y adquisición de nuevos equipamientos médicos, odontológicos e industriales.
- Estrategias para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos. Implementación de Centros de Responsabilidad y de Costos.
- Aplicación de herramientas para análisis y control de las finanzas públicas. Contabilidad Gubernamental. Formulación presupuestaria

IMPACTO 7: REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD-RISS.

- Cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud GES. Monitoreo de la implementación y mejoramiento de la atención de las patologías y problemas de salud incorporados al Sistema GES.
- Desarrollo de estrategias de consultoría y consejería de especialistas para mejorar la resolutiveidad de los niveles de menor complejidad respecto a patologías GES.
- Énfasis en manejo del Sistema de información y registro para la gestión de las garantías explícitas en salud (SIGGES). y otros sistemas de registro, como repositorio nacional de lista de espera (RNLE).

IMPACTO 1: MAS SEGURIDAD DE LA ATENCION

- Sistema de acreditación de prestadores institucionales e individuales para la calidad de la atención y seguridad del usuario, y sus características.
- Aplicación de medidas de prevención de riesgos biológicos, físicos, mecánicos y de factores causantes de enfermedad y de problemas de salud adicionales.
- • Gestión del riesgo asociado a factores que afectan la calidad, seguridad y continuidad de la atención de salud.
- • Equipos Críticos, Derecho a saber. Análisis de procesos y de prácticas asociadas de trabajo. Promoción, desarrollo, difusión e intercambio de buenas prácticas.

ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.

IMPACTO 2: MAS CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

- Farmacovigilancia y reporte de efectos adversos.
- Uso racional de medicamentos.

IMPACTO 3: MAYOR SATISFACCION USUARIA.

- Satisfacción de los usuarios con los espacios y la atención de las instituciones de salud (ENS).
- Probidad, Transparencia y Ética Pública aplicada a la gestión de los servicios de salud en todos los niveles del sistema.
- Énfasis en el fortalecimiento de las OIRS: Sistemas de gestión de reclamos y sugerencias, considerando la gestión de tiempos de demora y la calidad de las respuestas.
- Consideraciones éticas, de pertinencia cultural y legal que plantea la implementación de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud.
- Visualización del usuario y familia como sujeto de derecho.
- Énfasis del rol del personal de salud como consejero y facilitador en salud, en el proceso de toma de decisiones del usuario.
- Definición de la cartera de servicios y prioridades de atención de la Red local, regional y supra regional.
- Protocolos de atención, monitoreo y seguimiento del trato amable, digno, acogedor, inclusivo y de no discriminación, mediante metodologías participativas.
- Definición, monitoreo y evaluación de metas, indicadores y estándares de calidad y seguridad de la atención y trato al usuario. Formulación, implementación y evaluación de un plan de mejoramiento continuo.
- Evaluación del grado de satisfacción usuaria respecto a la atención de salud proporcionada en los establecimientos de la Red. Aplicación

de metodología para evaluar de manera sistemática, periódica, atinente y confiable la satisfacción usuaria.

- Mejoramiento de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades no incluidas en el GES.
- Desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas, en forma prioritaria en el personal de las oficinas que atienden público y/o con gran interacción con el usuario. Mediación en salud de conflictos derivados de negligencias o malas praxis.

EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.

IMPACTO 1: EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

- Gestión integral del riesgo en emergencias, desastres y epidemias para el sector salud: Marco conceptual, institucionalidad nacional y sectorial.
- Elaboración y actualización de Planes de gestión de Riesgos en emergencias, desastres y epidemias para el sector salud.
- Elaboración Plan de Emergencia Interno de Hospitales.
- Planeamiento hospitalario, Sistema de Comando de Incidentes para hospitales.
- Aspectos operativos de la respuesta sectorial ante emergencias, desastres y epidemias: Adaptación del sistema de comando de incidentes, Constitución de salas de crisis, Implementación de acciones de protección de la salud mental, Vigilancia epidemiológica, Comunicación del riesgo, Emergencias radiológicas, Primera Respuesta a Incidentes con Materiales Peligrosos (PRIMAP), entre otros.
- Uso de información georreferenciada para la Gestión Territorial en Emergencias y Desastres.
- Implementación y uso del módulo de emergencias de la plataforma MIDAS.
- Instrumentos de reporte en situaciones de emergencias, desastres y epidemias. Aplicación del índice de Seguridad Hospitalaria
- Desarrollo de la Estrategia de Establecimientos Seguros frente a Emergencias y Desastres.
- Desarrollo y gestión de las telecomunicaciones ante emergencias y desastres. Desarrollo y conformación de Equipos médicos (EMT) ante Emergencias, Desastres y Epidemias.
- Marco general de funcionamiento, Orientaciones del Equipo (EMT) y estándares, Aspectos operativos de la Gestión Clínica de Emergencias.
- Capacidades del sector para la prevención, cuidado y promoción del bienestar psicosocial de la población en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Estrategias para la protección de la Salud Mental ante emergencias, desastres y epidemias.

PLAN DE SALUD 2018-2020

- Respuesta intersectorial, apoyo familiar y comunitario para la prevención, cuidado y promoción del bienestar psicosocial de la población en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Primeros auxilios psicológicos o primera ayuda psicológica con énfasis en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Convención Marco de Cambio Climático. Plan de Adaptación al Cambio Climático del sector Salud.

Las materias y temáticas contenidas en estos Ejes Estratégicos, serán insumos para la realización de cursos de capacitación destinados a los funcionarios, con el objeto de dar cumplimiento a lo determinado por el Ministerio de Salud.

Necesidades Institucionales de capacitación.

Los siguientes temas son los que la institución ha considerado para ser objeto de posible capacitación para el periodo 2019.

No obstante, existen una dinámica constante de ajustes en estas temáticas y priorizaciones, ya sea adicionando tópicos o cambiando la prioridad de ejecución, de acuerdo a las necesidades que presente localmente la Red de Salud Municipal de Santiago y de los presupuestos asignados para este efecto.

- Salud Familiar Básico y avanzado
 - Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS
 - Actualización en curación de heridas
 - Manejo de residuos - REAS
 - RCP básico y avanzado
 - Migración y necesidades en salud
 - Actualización en la prevención y manejo de protocolo intento suicidio
 - Capacitación en farmacia
 - Psicoterapia grupal e intervención comunitaria en salud mental
 - Manejo de OMI y correcto registro de fichas y protocolos.
 - Lenguaje de señas
 - Prescripción de medicamentos
 - Planificación estratégica
 - Control de gestión
 - Gestión de demanda
 - Metodologías de investigación en salud
 - RX dental
 - Electrocardiogramas
 - Esterilización (técnicas vigentes del MINSAL)
 - Capacitación en manejo de pacientes difíciles
 - Manejo avanzado de heridas
 - Manejo de poli traumatizado
 - Manejo de material corto punzante
 - Manejo de farmacia, bodega y sistema Bincard
 - Aproximación a los trastornos de espectro autista.
-
- Entrevista a niños/as y adolescentes en contextos de intervención de Salud Familiar.
 - Aproximación gerontológica para potenciar a los equipos en las intervenciones de adultos mayores.
 - Adquisición de herramientas de trabajo comunitario, realización de reuniones exitosas, dinámicas de grupo en metodología de educación para la salud.
 - Elementos socioculturales y determinantes sociales latinoamericanos para contextualizar e intervenir de manera más efectiva nuestra población migrante inscrita.

- Liderazgo
- Actualización en Odontopediatría
- Manejo en enfermedades sistémicas en la atención odontológica
- Manejo urgencias médicas dentales
- Actualización en cirugía Bucal
- Manejo de urgencias para TENS
- Actualización en procedimientos para enfermería
- Actualización Ges y monitores (as)
- Promoción y participación social para encargados de promoción.
- Calidad en la atención y acreditación.
- Administración de RRHH.
- Clima Organizacional y liderazgo de equipo
- ACLS categoría A y B
- Actualización en Microsoft office, sistema operativo básico, medio y avanzado.
- Administración y configuración de sistema operativo para servidores (Ej: LINUX PROFESIONAL,etc)
- Incorporación de nuevas herramientas de programación. Ejemplo: JAVA Profesional.
- Actualización en Redes de Comunicación y Enlaces. Telefonía VO IP avanzado.
- Ergonomía y autocuidado en oficinas.
- Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, DECRETO N° 40 Y 54.
- Prevención y control de incendios(extintores)
- Técnicas de movilización y traslado de pacientes.

- Prevención de riesgos para comités paritarios y comunicación efectiva
- Cursos de actualización y conocimiento impartidos por organismos del Estado (Contraloría General de la Republica, por ejemplo).
- Actualización de normas técnicas y reglamentarias de personal, remuneraciones y financieras.
- Análisis, formulación u evaluación de proyectos.

VII. METAS E INDICADORES DE GESTIÓN.

Las metas e indicadores de gestión del presente Plan, se plantean en tres dimensiones:

- 1) Cobertura de las acciones de capacitación (cantidad de funcionarios capacitados).

Meta: aumentar en un 10%, respecto de lo logrado en ejercicio 2018 (Línea base: lo logrado en 2018)

Indicador:

N° Funcionarios capacitados

_____ x 100

Total de funcionarios contratados

- 2) Ejecución del presupuesto asignado para capacitación.

Meta: aumentar en un 5% respecto de lo devengado en ejercicio 2018 (Línea base: lo ejecutado en 2018)

Indicador:

Presupuesto devengado 2019

_____ x 100

Total presupuesto autorizado 2019

- 3) Aplicabilidad de conocimientos adquiridos a través de las capacitaciones al interior de la Red (cantidad de funcionarios capacitados por sus pares).

Meta: lograr que un 5% de los funcionarios capacitados, efectúe capacitación a sus pares en las materias aprendidas.
(Línea base: no existe)

Indicador:

N° de funcionarios capacitados por sus pares

_____ x 100

Total funcionarios contratados 2019

Responsables de la formulación del Plan de Salud

Responsables

Sr. Dante Villalobos, Director de Salud de la I. Municipalidad de Santiago

Dr. Andrés Flores, Subdirector de Gestión Sanitaria

Colaboradores

Subdirección de Gestión Sanitaria:

E.U. Carolina Arellano

Dr. Rodrigo Farías

E.U. Claudia Gárate

Dra. Pilar Jerez

Dra. Pamela LLantén

Dr. Blas Alid, Jefe Departamento de Epidemiología y Gestión de Información

Sra. Luz Sepúlveda, Jefa Departamento de Finanzas

Salvador Salas, Jefa Departamento Gestión de Personas

Corresponsables de la Programación por Centros

Dr. Oscar Álvarez, Director del Cesfam Arauco

Dra. Sandra León, Directora del Cesfam Ignacio Domeyko

QF. Rodolfo Morales, Director del Cesfam Padre Orellana

T.S. Carolina Córdova, Directora del Cesfam Benjamín Viel

Agradecemos también el aporte de los equipos de salud y la comunidad, los que permitieron elaborar este documento