





PLAN DE SALUD 2014











INDICE

•	Introducción	02
•	Descripción de la situación de salud de la comuna	
	1. Caracterización de la comuna y su historia	05
	2. Situación de Salud	
	3. Factores Condicionantes	13
	4. Análisis de la Información presentada	45
•	Diagnóstico de la situación Comunal.	
	Diagnóstico Participativo	47
	2. Selección de intervenciones, identificación y análisis de priorización de pr	oblemas 49
•	Lineamientos Estratégicos	68
•	Plan de acción de cuidados de salud	80
•	Programación Operativa	176
•	Dotación de personal	177
•	Programa de Capacitación	181
•	Presupuesto	185
•	Bibliografía	189
•	Anevos	191

Introducción

Este Plan Anual de trabajo, elaborado por la Dirección de la Salud de la Comuna de San Bernardo, actualizó el diagnóstico epidemiológico con la información existente que permitiera comparar la comuna con otras áreas de estudio; se realizó un nuevo Diagnóstico Participativo y se incorporaron los elementos que la comunidad Sanbernardina estableció para la mejora de su salud.

Esta Administración Municipal se ha preocupado constantemente por mejorar la calidad de vida de los vecinos, siendo el Sector Salud, una de las prioridades de la gestión.

En este sentido, hemos realizado todos los esfuerzos por hacer de la entrega de servicios sanitarios, un proceso participativo y vinculante con la comunidad. Este Plan, es el ejemplo de cómo se establecen alianzas colaborativas y de gestión con nuestros usuarios. Aquí están las necesidades que como sector debemos asumir, además de las soluciones, estrategias y aportes que nos han dado para mejorarlos. Queremos una institucionalidad moderna, flexible y que trabaje día a día para entregar servicios dignos y de calidad.

El año 2012 nos propusimos como sector el trabajar fuertemente en dos ejes rectores: Acreditación en Calidad y Certificación en Salud Familiar, que seguirán siendo nuestros lineamientos estratégicos durante el año 2014.

Con orgullo podemos decir que en el corte realizado a finales del 2013, 4 de nuestros Centros de Salud, fueron acreditados como CESFAM y los dos que ya existían obtuvieron nuevamente su revalidación en este modelo. Esta Administración Municipal ha dado el salto cualitativo en materia de gestión y modernización de nuestras instituciones sanitarias acorde al modelo de salud chileno. Podemos indicar que San Bernardo, ha mejorado la implementación y entrega de servicios de salud.

En acreditación en calidad, la comuna es pionera y avanza a pasos agigantados para acreditarse. Este proceso contribuye a realizar una revisión sistemática de nuestros procesos y normas para actualizarlos y de este modo, dar respuesta a los estándares de calidad que debemos brindar, para garantizar la entrega de servicios seguros y de calidad.

Este proceso de trasformación, nos abre un nuevo desafío; cómo seguimos profundizando la gestión que incluya aún más a todos los actores sociales, institucionales y comunitarios en la mejora de los servicios sanitarios.

Frente a este nuevo desafío, es que debemos indicar que como sector salud estamos trabajando en que todos se sientan integrados, nadie se margine de estos procesos, sin importar su condición étnica, cultural, social, religiosa o sexual. Toda la comunidad y sus actores están invitados a participar de este proceso.

Para materializar estos grandes desafíos, nuestros funcionarios son elementales en este proceso. En ellos también estará centrado nuestro esfuerzo para asegurar condiciones para el correcto desempeño de sus funciones. Ellos son la piedra angular de este proceso y estamos conscientes de su esfuerzo y cercanía con nuestros usuarios para brindarles la mejor atención que podemos brindar. Sus organizaciones deben ser garantes de estas condiciones y nuestra política laboral será impulsada en conjunto con ellos.

Antes de finalizar, destacamos el logro que como comuna tenemos al inaugurar el año 2013 el primer Centro de Resolutividad Local de Especialidades del país. Este nuevo Centro de Salud comunal funcionará bajo la coordinación de la Dirección de Salud de San Bernardo, entidad que coordinará las interconsultas emitidas y generadas desde los Centros de Salud, con el fin de establecer atención médica de los especialistas de la Clínica Las Condes en nuestra comuna. Esto beneficiará directamente a nuestros usuarios de San Bernardo, que tendrán la opción de acceder a un Centro de Salud de primer nivel y resolver atenciones de especialistas. Es por eso que valoramos enormemente esta alianza público-privada para mejorar la calidad de vida y de atención los beneficiarios y beneficiarias.

San Bernardo se proyecta al futuro en materia de salud con un fuerte compromiso institucional y comunitario. Debemos seguir profundizando la gestión realizada, además de seguir trabajando día a día por acercar y entregar los mejores servicios a la población más vulnerable, generando condiciones de equidad y acceso a nuestros vecinos.

Trabajaremos para que San Bernardo crezca con todos y para todos!

NOTA METODOLOGICA:

Antes de comenzar, es necesario señalar que se encontrará variadas referencias bibliográficas para describir la situación epidemiológica de la población de la comuna de San Bernardo. Lamentablemente no fue posible encontrar la totalidad de ellas actualizadas, debiendo considerar, en algunos casos, fuentes que poseen más de 5 años de antigüedad. Gran parte de los nuevos estudios que se han desarrollado a nivel país por los distintos actores gubernamentales, no poseen desagregación por comuna y solo permiten acercarse a la realidad a través de la información por región, lo que no logra dar cuenta de la realidad local de la Comuna de san Bernardo. Es por esto que se considerará la información formal y vigente de los estudios que sí poseen ese nivel de desagregación.

Descripción de la Situación de Salud de la Comuna

Caracterización de la comuna y su historia

San Bernardo, comuna ubicada al Sur de Santiago, en la Región Metropolitana, pertenece a la provincia de Maipo junto a otras tres comunas: Buin, Paine y Calera de Tango. Limita al Norte con la comuna de Maipú, Lo Espejo y El Bosque; al Sur limita con la comuna de Buin; al Este limita con las comunas de La Pintana y Pirque y, al Oeste, limita con la Comuna de Calera de Tango y la provincia de Talagante (Talagante, Peñaflor, Isla de Maipo y El Monte). La cuidad se emplaza a 18 Kms. del centro de Santiago.

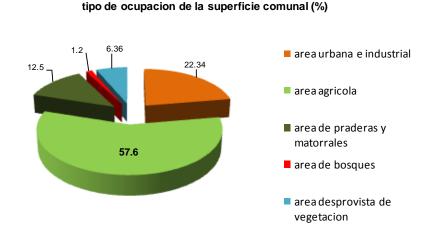
Posee una superficie de 155,10 Kms2, lo que representa el 13,8% de superficie provincial y el 10% de superficie regional, dentro de la cuenca de Santiago.

En su geografía destacan los cordones montañosos de Cerro Chena al noroeste y los Cerros de Lonquén al suroeste, y presenta como red de drenaje principal un trazo del Rio Maipo correspondiente a la Cuenca Hidrográfica del Maipo.

El clima es templado cálido de tipo continental, con estaciones muy marcadas y precipitaciones promedio en la Estación Meteorológica de la comuna que alcanzan los 341 mm.

El área comunal corresponde fundamentalmente a zona rural que posee suelos altamente productivos fértiles y de buena capacidad productiva (clase I-II) de uso predominantemente agrícola y otra urbana e industrial.

Tipo de ocupación de la superficie comunal



La historia de la ciudad tiene orígenes prehispánicos (Pucará del cerro Chena y el cementerio indígena), en el pasado, era un asentamiento Picunche bajo la dominación Inca. Cuando llegaron los conquistadores españoles el año 1541 el valle del río Maipo estaba gobernado por el cacique Picunche Maiponolipillán quién fue asesinado por los españoles, siendo su sucesor el cacique Michimalonco que atacó a la recién fundada Santiago de la Nueva Extremadura el 11 de septiembre de 1541.

En esta zona, durante la Patria Vieja, se llevó a cabo el Combate de las Tres Acequias, el 16 de agosto de 1814, donde las fuerzas independentistas lucharon entre sí, separadas en dos bandos: "Carreristas" y "O'Higginistas".

Fundada en 1821 por el filántropo Domingo Eyzaguirre, recibió su nombre en honor a Bernardo O'Higgins. Surgió como parte de un proceso de subdivisión de los terrenos del Llano de Lepe o Maipo, ubicado al Sur de Santiago. El proyecto fue concebido para fomentar el cultivo de las llanuras del Sur de Santiago, entregándose gratuitamente los terrenos a los combatientes de la guerra de La Independencia, a sus viudas y huérfanos, organizándose un trazado de damero, patrón característico de la fundación de ciudades por los españoles, compuesto por 36 manzanas más su correspondiente Plaza de Armas e Iglesia.

A partir de la década de 1920 se produce la primera transformación urbana de la comuna, producto de la instalación de la Maestranza de Ferrocarriles.

La ciudad creció gracias a la actividad ferroviaria, pues ahí se ubicó hasta 1995 la Maestranza Central de los Ferrocarriles del Estado del país y en la actualidad cuenta con tres estaciones de ferrocarril: San Bernardo, Maestranza y Nos. También a partir de la década de 1980 hasta hoy, se produce la segunda transformación urbana de la comuna, debido al desarrollo de proyectos de viviendas sociales por parte de SERVIU.

En este nuevo proceso de urbanización, se incorporan a San Bernardo (principalmente al sector oriente) habitantes de Lo Espejo, Puente Alto y La Pintana, entre otras comunas.

Esta diferencia en las políticas habitacionales que conformaron la comuna, significó también una diferencia en la morfología urbana y densidades poblacionales.

En el casco antiguo se mantienen tamaños prediales cercanos a los 500m2. En el sector oriente los tamaños prediales son mucho más reducidos, concentrando densidades poblacionales mucho más altas, con menor infraestructura urbana. De acuerdo al censo de 2002, la población comunal era de 246,762 personas. Actualmente se cree que puede bordear las 300.000 personas. La composición por género corresponde a un 50,7% de mujeres y un 49,3% de hombres. El grueso de los habitantes tiene menos de 54 años, lo que corresponde a una población joven.

Situación de Salud

Tasa de Mortalidad General (M.G.) e Índice de Swaroop según sexo. Comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile, año 2010.

LUGAR	Tasa de Mortalidad general			Índice de Swaroop		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
San Bernardo	4.3	4.6	4.0	72.7	69.0	76.9
RM	5.4	5.6	5.1	77.1	70.9	83.5
País	5.7	6.2	5.3	76.4	71.1	82.5

Fuente: DEIS 2010

La tasa de morbilidad general de la Comuna de San Bernardo es menor que la Región Metropolitana y el País. En relación el Indice de Swaroop es menor en San Bernardo que en los otros lugares estudiados, resaltando que las mujeres mantienen un índice mayor a los hombres.

Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, ambos sexos. Comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile, año 2010.

	Tasas de Mo	Tasas de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)					
	Infantil	Neonatal	Post neonatal				
	(Menores de 1	(Menores de 28	(28 días a 11 meses)				
Lugar	año)	días)					
SAN BERNARDO	7.6	5.5	2.1				
RM	7.1	5.1	2.0				
PAIS	7.4	5.1	2.3				

Fuente: DEIS 2010

La tasa de mortalidad infantil y neonatal es mayor en la Comuna de San Bernardo al compararla con la Región Metropolitana y Chile. La mortalidad post-neonatal es mayor que la Región Metropolitana pero menor a la del país.

Tasa de Mortalidad Materna, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile, año 2012*.

LUGAR	Tasa de Mortalidad Materna				
	Tasa de mortalidad Materna*	N° de Muertes Maternas Producidas 2012			
San Bernardo	0,00	0			
RM	1,10	12			
PAIS	1,03	26			

Fuente: DEIS 2010

En la tabla anterior se aprecia que la Tasa de Mortalidad Materna en la Comuna de San Bernardo es menor a los otros lugares estudiados.

Tasa de mortalidad por grupo de causas por 100.000 habitantes de 20 a 64 años de edad. Comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile, año 2006.

	Tasa de Mortalidad por grupo de causas por 100.000 habitantes							
Lugar	Tumores Malignos	Cardiovascula r	Traumatismos y Envenenamient o	Cirrosis y otras del Hígado	Respiratorias			
San Bernardo	65,4	54,8	40,5	25,5	10,6			
SSMS	70,0	58,3	51,5	27,5	13,4			
RM	64,3	44,2	44,1	19,8	9,5			
Chile	70,1	49,7	53,7	20,8	9,9			

Fuente: Estadísticas, MINSAL 2006.

Dentro de las causas de mortalidad según causa, los tumores malignos ocupan el primer lugar de mortalidad en la comuna de San Bernardo. Cabe destacar que esta tasa es menor a la que se presenta a nivel país.

En segundo lugar se encuentran las muertes por enfermedades cardiovasculares, siendo superado sólo por el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

La tasa de traumatismos y envenenamientos es menor al compararla con los otros lugares estudiados.

Como cuarto lugar se encuentran las muertes por cirrosis y patologías hepáticas, las que junto a las muertes por causas respiratorias, son mayores en la comuna y Servicio Metropolitano Sur que en el resto del país y región metropolitana.

Tasa de Natalidad (por 1.000 habitantes) en la comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana y Chile, año 2010.

LUGAR	Tasa Natalidad
San Bernardo	15.9
RM	14.7
País	14.7

Fuente: DEIS 2010

La comuna de San Bernardo presenta una tasa de natalidad más alta en comparación con la Región Metropolitana y el País

Evolución de la tasa de natalidad, tasa de mortalidad general, índice de Swaroop y tasa de mortalidad infantil. Comuna de San Bernardo desde el año 1999 a 2010.

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop
1999	19,7	12,2	4,6	77,5
2000	19,4	9,0	4,0	76,2
2001	18,6	8,1	4,0	78,0
2002	18,1	7,9	4,0	83,3
2003	17,6	8,8	4,5	83,6

2004	17,2	8,4	4,6	80,7
2005	17,0	8,4	4,5	82,0
2006	17,2	9,4	4,7	80,1
2007	16,5	10,8	5,3	81,6
2009	17.1	10.1	4.6	72.4
2010	15.9	7.6	4.3	72.7

Fuente: DEIS 2010

Según lo observado en la tabla anterior, existe un claro descenso en la tasa de natalidad de la comuna, llegando a un 15,9 en el año 2010.

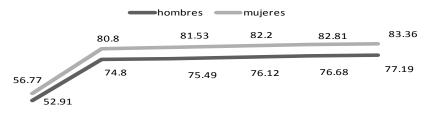
En cuanto a la tasa de mortalidad infantil ha tenido un comportamiento diferente ya que ha experimentado alzas y bajas, sin embargo el último dato, confirma su tendencia a la baja.

La Tasa de mortalidad general se ha mantenido sobre los cuatro puntos en toda la década.

Por último, el índice de Swaroop también tiende a la baja al igual que la tasa de natalidad.

Esperanza de Vida al Nacer





1950-1955 2000-2005 2005-2010 2010-2015 2015-2020 2020-2025

La evolución de este indicador país, utilizado para comparar el nivel general de la mortalidad entre países y a lo largo del tiempo, tiende al aumento. Es decir el número de años promedio de vida, se extiende tanto para hombres como para mujeres y esto también es un indicador del cambio demográfico tendiente al envejecimiento de la población.

La tendencia de este indicador es en aumento, para ambos grupos, pero es mayor en la mujer que en el hombre.

Tasa por 100.000 habitantes menores de 80 años de edad, de Años de Vida Potencial Perdidos ambos sexos, en el período 2003-2010, por comuna, región y país.

Años de Vida Potencialmente Perdidos Tasa por 100000 habitantes (AVPP)									
Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
San Bernardo	7642,30	7616,40	7028,10	7753,30	8389,00	6962,70	7150	6576	
RM	6980,70	7061,70	6749,80	6724,80	6991,10	6795,80	6812	6913	
País	7775,40	7767,30	7505,80	7401,90	7698,70	7613,40	7570	7546	

Fuente: DEIS 2010

La Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos en la Comuna de San Bernardo presenta una tendencia a la disminución desde el año 2003 al 2010, siendo en este último año menor a la Región Metropolitana y el País.

Índice Epidémico de Enfermedades de Notificación Obligatoria para ambos sexos. Comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Región Metropolitana y Chile, año 2013

Enfermedades	INDICE EPIDÉMICO ACUMULADO						
	Semana epidemiológica 26.						
	San Bernardo	SSMS	RM	Chile			
Tuberculosis	1,00	0,84	0,96	0,89			
Sífilis	0,65	0,63	0,90	1,10			
Hepatitis tipo B	0,16	0,06	0,12	0,25			
Tos Ferina	0,87	0,75	0,97	0,80			

Fuente: DEIS 2013

Dentro de las enfermedades de notificación obligatoria registradas a la semana epidemiológica 26, en el año 2013, se observa que Sífilis y Hepatitis B presentan una incidencia baja en la comuna, pero más alta que el Servicio de Salud Metropolitano Sur y la Región Metropolitana (para el caso de Hepatitis B) al compararlas entre sí.

Respecto a la tuberculosis y tos ferina se presenta con una incidencia normal en la comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Región Metropolitana y Chile.

Tasa de egreso hospitalario por 1.000 habitantes según causa de Egreso Comuna de San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile, año 2012

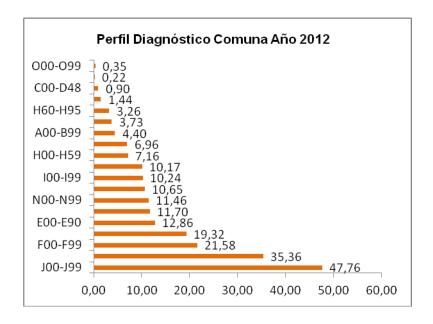
CAUSA DE EGRESO	San Bernardo	SSMS	RM	Chile
Enfermedad isquémica del corazón	82,5	98,3	120,6	134,3
Enfermedad cerebro vascular	75,4	112,4	113,2	121,7

Fuente: DEIS 2012

Tanto la tasa de egreso hospitalario por enfermedad isquémica del corazón como la enfermedad cerebro vascular es menor en San Bernardo que en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, Región Metropolitana y Chile.

Estudio del Perfil de la Morbilidad en la Población de 15 a 64 Años 2012

Análisis de los datos tabulados según asociación diagnóstica por CES entre Enero y Agosto 2012 y clasificados según codificación CIE. Grupo etario 15 a 64 años.



Dentro de los grupos de enfermedades que presentaron mayor frecuencia en el estudio de la consulta de morbilidad se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, enfermedades mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema digestivo y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. La distribución por sexo de los consultantes corresponde a 32,02% en hombres y a 67,97% en mujeres.

Factores Condicionantes

1. Población

1.1 Volumen

De acuerdo a los datos arrojados por el Censo realizado en abril del 2002, San Bernardo tiene una población de un total de 246.762 habitantes, con una densidad de 1.592 Hab. / Km².

1.2 Estructura por edad y sexo

Estructura de la población total, según sexo de la comuna San Bernardo, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile. Censo 2002.

	Población total							
	Ambos Sexos		Mujeres		Hombr	es		
Lugar	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
San Bernardo	246.762	1,6	125.227	50,7	121.535	49,3		
SSMS	1.043.013	6,9	532.734	51,1	510.279	48,9		
RM	6.061.185	40,1	3.123.992	51,5	2.937.193	48,5		
Chile	15.116.435	100,0	7.668.740	50,7	7.447.695	49,3		

Fuente: Deis, MINSAL Censo 2002.

La población de San Bernardo corresponde a 1,6% de la población total de Chile y a 4,1% de la población de la Región Metropolitana. Del total de la población de la comuna el 50,7% corresponde a mujeres y el 49,3% a hombres, al igual de lo que ocurre a nivel país.

Población según grupo etario y estructura de la población de la comuna de San Bernardo y Chile. Proyección año 2009.

Grupo etáreo.	Comuna		Chi	le
	Νō	%	Nō	%
Menor de 15 años	78167	25,5	3814757	22,3
15 a 64 años	208730	68	11737759	68,7
65 y más años	19882	6,5	1541759	9,0
Total	306779	100	17094275	100
Tipo de Estructura				

Fuente: INE, 2009

La estructura de la Comuna es similar a la del país, fundamentalmente en el grupo etario de 15 a 64 años de edad. Las diferencias mínimas se observan en el grupo de menores de 15 años y en el de 65 años y más.

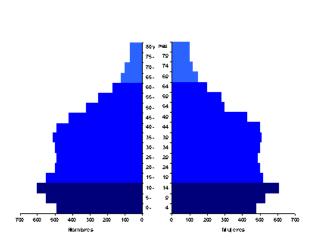
Pirámide de población

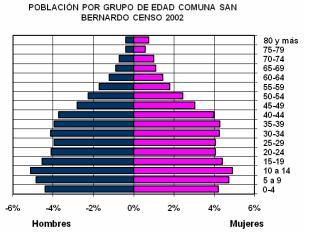
Gráfico Nº 1. Pirámide de población de Chile.

Censo 2002

•

Grafico № 2.Pirámide de población de la comuna de San Bernardo Censo 2002





Fuente: Deis, MINSAL. Censo 2002

En el gráfico Nº 1 la pirámide poblacional de Chile para el año 2002 evidencia la transición demográfica, con un angostamiento en la base y un ensanchamiento hacia los grupos etarios medios, lo que ha provocado un envejecimiento de la población.

Mientras que la pirámide de población de la comuna de San Bernardo muestra una población más joven y con muertes que comienzan a angostar la pirámide después de los 50 años de edad.

1.3 Distribución geográfica Metropolitana y Chile.

		Urbana				Rural			
Lugar	Mujeres		Hombres M		Mujer	es	Hombres		
	Nº	%	Νō	%	Νō	%	Νō	%	
San Bernardo	122.510	49,6	118.628	48,1	2.717	1,1	2.907	1,2	
RM	3.036.403	50,1	2.838.610	46,9	87.589	1,4	98583	1,6	
Chile	6.723.802	44,5	6.366.311	42,1	944.938	6,2	1.081.384	7,2	

Fuente: Deis, MINSAL. Censo 2002.

En la tabla anterior se observa que no hay grandes diferencias en la distribución geográfica de la población entre la comuna y la Región Metropolitana. En comparación con el país, San Bernardo presenta un mayor porcentaje de población urbana y un menor porcentaje de población rural, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de la situación de ruralidad, en la Comuna no hay diferencias según sexo, a diferencia de lo que ocurre a nivel país donde se aprecia un mayor porcentaje de hombres que de mujeres.

1.4 Indicadores demográficos

Indicadores de dependencia; Índice de Masculinidad; Índice de Vejez; % de ruralidad; Tasa de Crecimiento Vegetativo de la comuna de San Bernardo y Chile, año 2010.

INDICADOR	San Bernardo	Chile
Índice de dependencia	0,46	0,45
Índice de masculinidad	0,96	0,98
Índice de vejez	0,25	0,4
% ruralidad	1,57	13
Tasa de Crecimiento Vegetativo %	3,05	2,6

Fuente: INE Año 2010.

Cabe destacar de la tabla anterior, que la comuna de San Bernardo en comparación con el país tiene un mayor índice de dependencia, menor índice de masculinidad y vejez, un menor porcentaje de ruralidad y una mayor tasa de crecimiento vegetativo.

1.5 Medio Ambiente Socio económico

Distribución porcentual de población por pobreza en la comuna de San Bernardo, Región Metropolitana y Chile, año 2006.

Condición	Comu	ına	Región Metropolitana		Chile	
	N	%	N	%	N	%
Indigentes	14.312	5,8	156.345	2,4	516.738	3,2
Pobres no Indigentes	37.261	15,1	534.162	8,2	1.692.199	10,5
Total de pobres	51.573	20,9	690.507	10,6	2.208.937	13,7

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN.

La comuna de San Bernardo presenta un mayor porcentaje de pobreza entre indigentes y no indigentes que la Región Metropolitana y Chile.

Promedio de ingresos (en pesos chilenos) de los hogares. Comuna de San Bernardo, comuna de Vitacura, Región Metropolitana, Chile, noviembre 2006.

Lugar	Autónomo	Subsidio monetario	Monetario
San Bernardo	478.831	6.234	485.065
Vitacura *	3.120.749	71	3.120.820
RM	795.268	4.401	799.669
Chile	613.206	7.269	620.465

^{*} Vitacura es la comuna de la Región Metropolitana y de Chile con mayor promedio de ingresos por hogar Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN

La comuna de San Bernardo presenta un promedio de ingresos por hogar autónomo y subsidio monetario inferior a la Región Metropolitana y el país. Esto se refleja más claramente al observarse un

ingreso seis veces inferior al de la comuna de Vitacura considerada la de mayor ingresos en pesos chilenos por hogar.

Promedio de Escolaridad (en años) y Tasa (porcentual) de Analfabetismo de la población de 15 y más años de la comuna de San Bernardo, Región Metropolitana y Chile, año 2006.

		Tasa de Analfabetismo
Lugar	Promedio de Escolaridad	%
San Bernardo	9,7	3.0
RM	10,8	2,2
Chile	10,1	3,9

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN.

La comuna de San Bernardo tiene el promedio de escolaridad más bajo que la Región Metropolitana y Chile, con una tasa de analfabetismo menor a la nacional, pero mayor a la Región Metropolitana.

Distribución porcentual de la población según Sistema Previsional de Salud. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana, Chile. CASEN 2006.

Lugar	Sistema Público	Isapre	Particular u otro
San Bernardo	80,7	9,8	9,4
RM	70,1	20,4	9,4
Chile	76,9	13,5	9,6

Fuente: CASEN 2006.

La comuna de San Bernardo presenta una mayor concentración de la población en el Sistema público previsional, en comparación con la Región Metropolitana y Chile. Junto con lo anterior se observa una menor afiliación a Isapres en comparación con los grupos estudiados. Por el contrario, la población de San Bernardo presenta una menor afiliación a Isapres (sistema privado) que los otros dos grupos de estudios con los que se compara.

Tasa de Participación en la Fuerza Laboral, Tasa de ocupación y desocupación (por 100 habitantes) de la población de 15 años y más. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana (RM), Chile, año 2006.

Lugar	Tasa de Participación en la Fuerza Laboral	Tasa de Ocupados	Tasa de Desocupados
San Bernardo	57,29	52,36	8,60
RM	61,51	57,22	6,97
Chile	57,30	53,11	7,32

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN.

La tasa de participación laboral y la tasa de ocupados son semejantes entre la comuna de San Bernardo y Chile y más altas en la Región Metropolitana, Por otra parte, la tasa de desocupados es mayor en San Bernardo, que en Chile y la Región Metropolitana.

Distribución porcentual de los hogares por Indicador de Saneamiento. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana (RM), Chile, 2006.

Lugar	Bueno	Aceptable	Regular	Menos que Regular	Deficitarias
San Bernardo	97,16	1,96	0,88	0,00	0,00
RM	93,44	3,08	2,75	0,14	0,60
Chile	81,88	8,11	6,00	0,34	3,67

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN

La tabla anterior muestra que San Bernardo, tiene hogares con valores porcentuales de Indicador de Saneamiento "bueno", muy por encima de la Región Metropolitana y Chile, bordeando el 100%.

Distribución Porcentual de los Hogares por acceso a agua potable. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana, Chile, año 2006.

Lugar	Red pública	Otro
San Bernardo	99,94	0,06
RM	98,98	1,02
Chile	93,18	6,82

Fuente: Encuesta Casen, 2006. MIDEPLAN

Los porcentajes de acceso a agua potable por red pública son altos en los tres grupos a comparar, sin embargo San Bernardo muestra el porcentaje más alto, siendo casi 100%.

2. Índice de Desarrollo Humano.

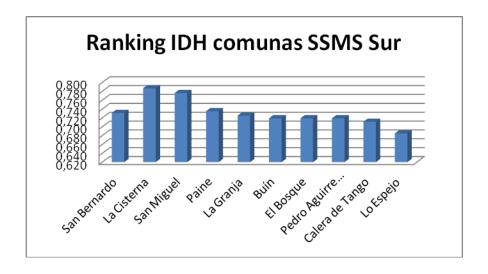
Índice de desarrollo humano en las dimensiones de salud, educación e ingresos en la comuna de San Bernardo, comuna de Vitacura, Región Metropolitana y Chile, año 2000.

Año	IDH	Logro en Salud	Logro en Educación	Logro en Ingresos
2000	0.731	0.729	0.803	0.660
2003	0.712	0.781	0.713	0.642

Fuente: MIDEPLAN-PNUD, 2000 y PNUD, 2006.

Tal como es posible apreciar en la tabla el índice de desarrollo humano disminuyó en términos generales, así como también en las variables de educación e ingresos. La única dimensión que aumentó fue salud en un 0.052.

De un total de 333 comunas que contiene el informe de IDH, la comuna de San Bernardo se posiciona en el n° 60 del ranking, y con relación a las comunas que componen el Servicio de Salud Metropolitano Sur, se ubica entre las cuatro primeras, tal como señala el gráfico que a continuación se presenta:



Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de PNUD, 2000.

3. Estilos de vida.

3.1 Drogas.

Prevalencia (porcentual) de consumo de drogas lícitas en la población general, según sexo. Comuna de San Bernardo, Chile, año 2000.

DROGAS LICITAS	СН	ILE	SAN BERNARDO		
	Hombre %	Mujer %	Hombre %	Mujer %	
Tabaco	52,8	45,4	52,6	48,8	
Alcohol	78,2	68,9	83,0	67,5	
Tranquilizantes	7,5	16,9	8,7	17,5	
Alguna lícita año	83,6	79,2	87,6	77,4	
Ninguna lícita año	16,4	20,8	12,4	22,6	

Fuente: CONACE Cuarto estudio Nacional de Drogas en Población General Chile 2000.

Respecto de la prevalencia de consumo de drogas lícitas, en general ésta es mayor en los hombres que en las mujeres tanto para la comuna de San Bernardo como para el país. Al contrario el uso de tranquilizantes es mayor en las mujeres que en los hombres en la comuna y en el país.

Prevalencia (porcentual) de consumo de drogas ilícitas en la población general, según sexo. Comuna de San Bernardo, Chile, año 2000.

DROGAS ILICITAS	CHILE		SAN BER	NARDO
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	%	%	%	%
Marihuana	9,1	2,9	9,9	4,7
Pasta Base	1,3	0,2	2,2	0,0
Cocaína	2,7	0,5	4,0	0,0
Anfetamina	0,6	0,2	1,9	0,0
Solventes Volátiles	0,2	0,0	0,6	0,0
Alguna ilícita año	10,3	3,2	11,9	4,7
Ninguna ilícita año	89,7	96,8	88,1	95,3

Fuente: CONACE Cuarto estudio Nacional de Drogas en Población General Chile 2000

En la tabla anterior se observa que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas es levemente mayor en la comuna de San Bernardo que a nivel país, además el consumo tanto en la comuna como en el país es mayor en hombres que en mujeres.

Datos Proporcionados por Proyecto SBIRT respecto del Consumo de Drogas en la Comuna de San Bernardo.

El proyecto SBIRT desarrollado en la comuna de san Bernardo ha permitido tener información específica sobre el consumo de sustancias en personas mayores de 18 años. El Proyecto se desarrolló entre **Octubre de 2011 y Diciembre de 2012**, y según datos registrados en plataforma, se encuestó a un universo de **2835 usuarios**, de los cuales 1805 fueron hombres, equivalente a un 63.7% del total y 1030 fueron mujeres, equivalente a un 36.3% del total.

De los registros de **riesgos obtenidos**, según la aplicación del cuestionario ASSIST para todas las sustancias, se identifican 1780 riesgos intermedios y 667 riesgos altos dentro de la población.

De los **riesgos intermedios**, las sustancias que representan al 95.6% del total, corresponden a Tabaco (59.5%), Alcohol (17.2%), Marihuana (12.6%) y Cocaína (6.3%). Del resto de las sustancias que representan al 4.4% del total de riesgos intermedios, se ubican a las Anfetaminas (0.5%), Inhalantes (0.2%), Sedantes (2.6%), Alucinógenos (0.2%), Opiáceos (0.1%) y Otras (0.8%).

De los **riesgos altos**, las sustancias que representan al 98.1%, corresponden a Tabaco (67.2%), Alcohol (16.9%), Marihuana (6.2%) y Cocaína (7.9%). Del resto de las sustancias que representan al 1.9% del total de riesgos altos obtenidos, se ubican a las sustancias Anfetaminas (0.0%), Inhalantes (0.0%), Sedantes (1.3%), Alucinógenos (0.0%), Opiáceos (0.0%) y Otras (0.6%).

Prevalencia (porcentual) de último año, para las principales drogas estudiadas en población escolar. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana (RM), Chile, año 2001.

En la tabla se observa en general una prevalencia de consumo de drogas por escolares, similar entre la comuna y el país. Las diferencias principales se observan en el menor consumo de alcohol y en el mayor consumo de pasta base que existe en la comuna en relación a la Región Metropolitana y País.

Drogas	San Bernardo %	RM %	Chile %
Alcohol	55,5	64,7	61,7
Tabaco	56,8	56,7	55,7
Tranquilizantes	8,9	9	8,5
Marihuana	15,3	17,2	14,8
Pasta Base	3,4	2,6	2,2
Cocaína	4,4	4,7	3,1
Cualquier Droga	16	18,2	15,5

Solventes	1,4	1,9	1,8
Anfetaminas	2,6	2,5	2,2
Éxtasis	1,5	1,2	1,1
Heroína	1,2	1,2	1,1

Fuente: CONACE Estudio Nacional Drogas Población Escolar 2001 Chile

Prevalencia de consumo de drogas en población escolar año 2001 – 2003.

En cuanto a los principales resultados obtenidos por comunas, es posible señalar que la comuna de San Bernardo experimentó una disminución de la prevalencia del consumo de drogas del año 2001 al año 2003, tal como lo muestra la tabla, a diferencia de otras comunas que experimentaron un aumento en sus prevalencia.

Año estudio	Muestra comuna	Prevalencia cualquier	Población escolar
		droga año (THC – COC	representada
		– PBC)	comuna.
2001	748	15,7	13.379
2003	832	14,1	14.153

Fuente: CONACE, 2003. "V estudio de consumo de drogas en población escolar".

3.2 ACCIDENTES DE TRANSITO

Accidentes de Tránsito en la Comuna de San Bernardo y Chile, año 2012.

En cuanto a la realidad de la comuna de San Bernardo, el año 2012 se registraron 603 accidentes de tránsito, con 6 víctimas fatales, 47 lesionados graves, 32 menos graves y 349 personas con lesiones leves (CONASET, 2012).

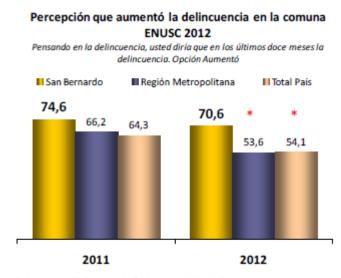
En la tabla es posible visualizar el índice de severidad, tasa de accidentabilidad, de mortalidad y morbilidad, asociados a los accidentes de tránsito ocurridos durante el año 2012, tanto a nivel país, región, como los acontecidos en la comuna. Desde esta información es posible señalar que la tasa de

accidentabilidad es significativamente menor en la comuna que en la Región Metropolitana y que en el país, al igual que el índice de severidad.

	Índice de	Tasa de		Tasa de		Tasa de	
	Severidad ¹	accidenta	bilidad²	Mortalidad ³		Morbilidad⁴	
		100.000	10.000	100.000	10.000	100.000	10.000
		100.000				100.000	
		Hbts.	Vehículos	Hbts.	Vehículos	Hbts.	Vehículos
Total País	2,46	355,07	155,49	8,75	3,83	305,84	133,94
R.M	1,60	331,64	143,28	5,31	2,29	220,23	95,15
San Bernardo	1,00	191,29	156,31	1,90	1,56	135,78	110,94

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos desde Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito.

3.3 DELINCUENCIA



Las variaciones son estadísticamente significativas entre 2011 y 2012.

En el año 2012 la opción que declara que la delincuencia aumentó en la comuna presenta un porcentaje mayor que la región y el país. Entre 2011 y 2012, este indicador varía en -5.4%.

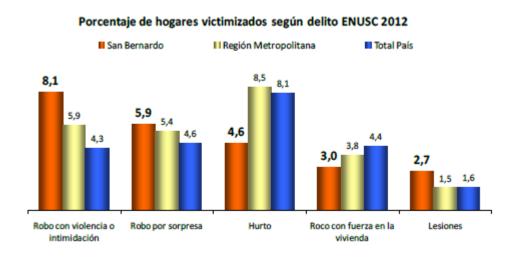
¹ Índice de severidad: hace alusión a la cantidad de víctimas fatales por cada 100 accidentes de tránsito.

² Tasa de accidentabilidad: indica la cantidad de accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes o por cada 10.000 vehículos.

³ Tasa de mortalidad: Cantidad de víctimas fatales por cada 100.000 habitantes o por cada 10.000 vehículos.

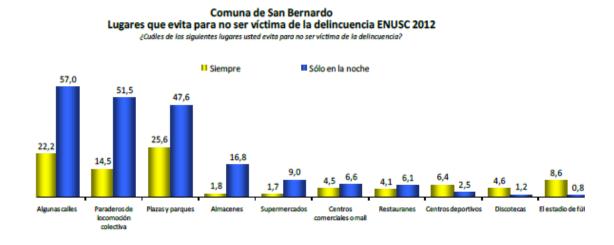
⁴ Tasa de morbilidad: Cantidad de lesionados por cada 100.000 habitantes o por cada 10.000 vehículos.

En 2012, los residentes de la comuna son víctimas con mayor frecuencia de robo con violencia o intimidación, robo por sorpresa y hurto.



Fuente: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2012.

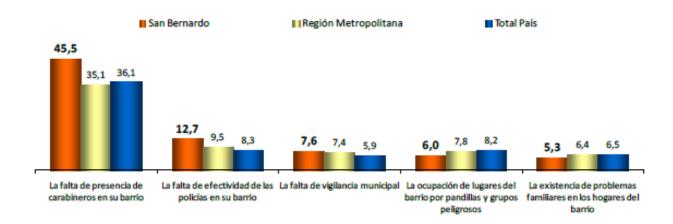
Los principales lugares que se evitan *siempre* para no ser víctima de la delincuencia durante el año 2012 son: "plazas y parques", "algunas calles" y los "paraderos de locomoción colectiva". *Sólo en la noche* se evitan principalmente "algunas calles", "paraderos de locomoción colectiva" y "plazas y parques".



En 2012, para la comuna la primera causa esgrimida es "la falta de presencia de Carabineros en el barrio", y la segunda "la falta de efectividad de las policías en el barrio".

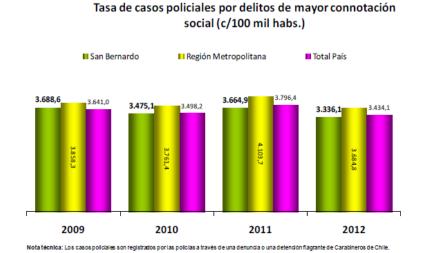
Principales causas de los niveles de delincuencia en el barrio ENUSC 2012

¿Cuáles de las siguientes razones diría ud. que es la principal causa de los niveles de delincuencia que actualmente existen en su barrio? Primera mención



Fuente: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2012.

Desde el año 2010 la comuna registra la tasa de Delitos de mayor connotación social menor que la región y el país.



Fuente: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2012.

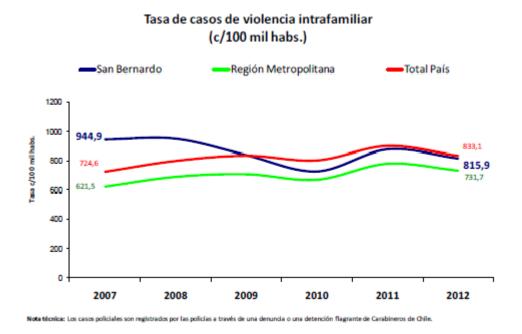
Tasa de Denuncias por Delitos de Mayor Connotación Social -Serie de Años 2001-2012 según Unidad Territorial

	Chile	R.M	Provincia de Maipo	San Bernardo
2001	1693,7	2113,7	1629,2	1765,5
2002	1870,5	2080,1	1695,1	1854,9
2003	2246,4	2473,0	1899,9	2097,7
2004	2482,4	2607,6	2212,4	2346,7
2005	2502,0	2681,3	2243,3	2339,0
2006	2489,5	2734,2	2208,0	2356,9
2007	2667,7	3026,4	2624,0	2831,9
2008	2714,7	2988,1	2730,7	2909,2
2009	2889,7	3024,2	2695,6	2812,8
2010	2780,3	2979,1	2598,9	2695,1
2011	3010,1	3250,1	2622,5	2752,4
2012	2720,4	2946,2	2475,9	2662,6
variación último año	-9,6%	-9,4%	-5,6%	-3,3%

Fuente: Seguridad Ciudadana, 2012.

Al igual que el gráfico anterior, se puede observar que en todos los años estudiados la comuna presenta una mayor tasa que la provincia y menor que en la región. La tasa de la comuna es mayor al país en el año 2001, 2007 y 2008.

Entre el 2007 y 2012, la tasa de casos por violencia intrafamiliar de la comuna disminuyó en 13,6%. La región incrementó su tasa en 17,7% y el país en 15,0%.



Fuente: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2012.

En 2012, la comuna presenta una tasa mayor que la región y menor al país. Respecto a 2011, disminuye en 6,9%. Disminuyen los delitos de VIF hacia la mujer, hombre, niños o niñas y VIF no clasificada y aumentan los delitos de VIF a ancianos o ancianas.

Comuna - Región - País 2012
Tasa de casos de violencia intrafamiliar (c/100 mil habs.)

	San Bernardo	Región Metropolitana	Total País
TOTAL VIF	815,9	731,7	833,1
VIF a mujer	636,1	575,7	660,3
VIF a hombre	115,8	101,9	115,0
VIF a niños o niñas	45,7	39,0	39,6
VIF a anciano o anciana	15,2	12,5	13,2
VIF no clasificada	3,2	2,6	5,0

En 2012, la comuna presenta una tasa mayor que la región y menor al país. Respecto a 2011, disminuye en 6,9%. Disminuyen los delitos de VIF hacia la mujer, hombre, niños o niñas y VIF no clasificada y aumentan los delitos de VIF a ancianos o ancianas.

TASA DE DENUNCIAS POR DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Total Sub Categorías) (2001 – 2012)

Año	Chile	R.M	Provincia	San
			de Maipo	Bernardo
2001	390,3	319,2	435,1	480,4
2002	432,1	370,4	572,0	577,2
2003	495,9	450,6	663,0	689,6
2004	544,9	511,7	688,3	716,6
2005	574,2	514,5	719,1	731,9
2006	583,2	505,2	736,2	747,7
2007	653,9	570,9	845,5	887,9
2008	677,0	590,8	807,9	835,7
2009	676,1	566,0	709,2	677,2
2010	638,5	531,5	642,4	601,7
2011	707,8	615,4	697,8	719,3
2012	650,1	576,7	658,2	685,6
variación último	-8,1%	-6,3%	-5,7%	-4,7%
año				

Fuente: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2012.

La tasa de denuncias en todos los años representados en la serie, manifiesta que San Bernardo es la que posee mayores tasas de denuncias de violencia intrafamiliar, excepto el año 2010.

Políticas de Salud

1. Recursos Físicos

Dentro de La red de atención en salud, la comuna de San Bernardo es parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el cual posee 1.158.335 habitantes, siendo 804.814 beneficiarios inscritos (70 %) en los Centros de Atención Primaria, 31 consultorios de Atención Primaria, 17 Servicios de Atención Primaria de Urgencia, 6 establecimientos hospitalarios, 5.200 funcionarios en los hospitales, 2.300 funcionarios en la atención primaria (SSMS, 2013).

Red Hospitalaria del Servicio Metropolitano Sur, año 2012

Establecimiento	Tipo	Dirección	Comuna
Hospital El Pino	2	Avenida Los Morros 13560	San Bernardo
Hospital Parroquial de San Bernardo	D	Bernardo O'Higgins 04	San Bernardo
Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés	2	Barros Luco 3301	San Miguel
Complejo Asistencial Barros Luco	1	Gran Avda. J. Miguel Carrera 3204	San Miguel

Fuente: MINSAL, 2012

En la tabla se observa la Red Hospitalaria del Servicio Metropolitano Sur, el cual cuenta con un Hospital de alta complejidad o tipo 1.

En el caso de la Atención Primaria de la comuna de San Bernardo, ésta se encuentra bajo la administración de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo, contando con:

- 6 Centro de Salud Familiar (CESFAM) (Joan Alsina, El Manzano, Raúl Cuevas, Raúl Brañes, Juan Pablo II, Carol Urzúa).
- 1 Consultorio General Urbano : Confraternidad.

- 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar CECOFS (Lo Herrera, Rapa Nui, Ribera del Maipo).
- 6 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).
- 1 Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM).
- 1 Centro de atención integral de adolescentes "Rucahueche".
- 1 Laboratorio Comunal de Exámenes.
- 1 Unidad de Atención Oftalmológica (UAPO)
- 1 Centro de Resolutividad local de especialidades "Rosita Benveniste" en convenio con Clínica Las Condes.

Red Ambulatoria del Servicio Metropolitano Sur: Recursos Atención Primaria de Salud, año 2012

Tipo	Establecimiento	Dirección	Comuna
COSAM	COSAM San Bernardo	Martín de Solís N°14260	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar Padre Joan Alsina	Márquez de la Plata N° 05	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar El Manzano	Camino Santa Teresa, N°1876	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II	Santa Marta N°0276	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar Raúl Cuevas (Ex-San Bernardo)	San Alfonso N°1201	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar Carol Urzúa	Mendoza N° 0855, Pobl. Tejas de Chena	San Bernardo
CESFAM	Centro de Salud Familiar Raúl Brañes F.	Carlos Condell N° 1036	San Bernardo

			San
CSU	Consultorio Confraternidad	Martín de Solís N°14210	Bernardo
	SAPU-Raúl Cuevas (Ex-San		San
SAPU	Bernardo)	San Alfonso N°1201	Bernardo
			San
SAPU	SAPU-Carol Urzúa	Mendoza N° 855	Bernardo
			San
SAPU	SAPU-Raúl Brañes F.	Carlos Condell N°1036	Bernardo
			San
SAPU	SAPU-Padre Joan Alsina	Márquez de la Plata N° 05	Bernardo
			San
SAPU	SAPU-Confraternidad	Martín de Solís N°14210	Bernardo
			San
SAPU	SAPU-Juan Pablo II	Santa Marta N°0276	Bernardo
	Centro Comunitario de Salud		San
CECOF	Familiar Cerrillos de Nos	Padre Hurtado N°19825	Bernardo
	Centro Comunitario de Salud		San
CECOF	Familiar Lo Herrera	Volcán Guallatín N°8282	Bernardo
	Centro Comunitario de Salud		San
CECOF	Familiar Rapa Nui	Miguel de Unamuno N°2738	Bernardo
	Centro de Resolutividad Local		San
CRL	Rosita Benveniste	Santa Teresa N°1857	Bernardo
	Unidad de Atención Primaria		San
UAPO	Oftalmológica	Arturo Prat N°993	Bernardo.

Fuente: Elaboración propia.

Los Centros anteriormente expuestos atienden alrededor del 71,15% de los habitantes de la comuna, lo cual se traduce en 224.274 personas inscritas y validadas por FONASA (SINIM, 2013).

Recursos CRS

Tipo	Establecimiento	Dirección	Comuna
CRS	Centro de Referencia de Salud El Pino	Avda. Los Morros 13560	San Bernardo

Fuente: MINSAL

Recursos CDT

Tipo	Establecimiento	Dirección	Comuna
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento Barros Luco.	Gran Avda. J. Miguel Carrera 3204	San Miguel

Fuente: MINSAL

En la tabla anterior se observa la Red Ambulatoria del Servicio Metropolitano Sur, implementada en su mayoría en la Comuna de San Bernardo.

Red Urgencia

Se constituye con la red de SAPU de la APS antes descrita, como también las urgencias del Hospital El Pino, Hospital Parroquial y Barros Luco Trudeau.

2. Recursos Humanos.

Para dar cumplimiento a las actividades programadas para el año 2014, se ha definido la siguiente dotación por categorías.

Dotación de Atención Primaria año 2014 de la Comuna de San Bernardo.

Categoría		Profesión	Dotación 2014 (Jornadas 44 horas)	N° Total de Horas	N° de Funcionarios
		Dentistas	35,86	1577,84	39
		Médicos	88,84	3908,96	89
Categoría A		Químico farmacéutico	2	88,00	2
		Administrador Público	2	88,00	2
		As. Social	31,5	1386,00	32
		Enfermeras	52,18	2295,92	53
		Kinesiólogos	28,75	1265,00	30
		Ingeniero en Administración	0	0,00	0
		Ingeniero Comercial	2	88,00	2
		Ingeniero en Ejecución	7	308,00	7
		Matronas	42,95	1889,80	43
		Nutricionistas	32	1408,00	33
		Psicólogos	35,25	1551,00	38
		Tecnólogo Médico	10	440,00	10
		Ter. Ocupacional	7	308,00	8
		Educ. de Párvulos	8	352,00	9
		Psicopedagoga	0,25	11,00	1
Categoría B		Profesor	1	44,00	1
Categoría C		Téc. Nivel Superior	203,86	8969,84	207
		T. Paramédico E.	100,5	4422,00	103
Categoría D		Otros Técnicos P. (Dental, Labor.)	16,5	726,00	17
Categoría E		Administrativos	211,02	9284,88	214
		Aux. Servicios	58,41	2570	64
		Vigilantes	6	264,00	6
		Chofer	15	660,00	15
Categoría F		Camillero	5	220,00	5
TOTAL			1002,87	44126,28	1030

Jornadas de Profesional por 1000 Inscritos Validados APS San Bernardo. Años 2010 - 20012.

PROFESIONAL		AÑO	
SALUD	2010	2011	2012
MEDICOS	0,31	0,31	0,27
DENTISTAS	0,12	0,15	0,14
ENFERMERAS	0,20	0,21	0,21
MATRONAS	0,18	0,19	0,18
NUTRICIONSTAS	0,11	0,11	0,12
KINESIOLOGOS	0,11	0,12	0,13
ASISTENTE SOCIAL	0,11	0,12	0,12
PSICOLOGOS	0,13	0,13	0,14
TERAPEUTA	0,02	0,03	0,03
OCUPACIONAL			
TEGNOLOGO MEDICO	0,05	0,05	0,04
TOTAL	1,34	1,42	1,39

Fuente: Departamento de RRHH Dirección de Salud de San Bernardo.

En general, la jornada profesional por cada 1000 habitantes, desde el año 2004 al 2009 ha tenido un aumento leve y luego un descenso en el año 2012 en la Comuna de San Bernardo.

3. Recursos Financieros.

Los recursos financieros para el funcionamiento de los Establecimientos de Salud administrados por la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo, son principalmente de origen Ministerial a través del ingreso per cápita, Convenios y aporte municipal.

Aporte Municipal al Área Salud respecto al Ingreso total percibido municipal. Comuna San Bernardo, Región Metropolitana y Chile. Años 2006 – 2012.

Lugar /año	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
San Bernardo	6,67	7,08	8,03	6,78	6,5	8,4	9,29
RM	4,1	4,5	4,2	4,53	4,16	5,11	5,28
CHILE	4.9	4.72	4.04	4,1	4,23	4,06	4,4

Fuente: SINIM, 2012

El aporte a salud a nivel de la comuna ha tenido múltiples variaciones, triplicándose del año 2005 al 2006, posterior a este año disminuyó hasta el 2008 presentando un leve aumento del 0.28% en el año 2009. En el año 2010 aumentó drásticamente en más de dos puntos porcentuales, bajando hacia los años 2011 y 2012

Porcentaje del Gasto en Personal de Salud sobre el Gasto Total de Salud, Comuna San Bernardo, Región Metropolitana y Chile. Años 2010 – 2012.

	Porcentaje del Gasto en Personal de Salud Sobre el Gasto Total de Salud (%)					
Lugar/año	2012	2011	2010			
San Bernardo	77,66	78,65	77,46			
Región Metropolitana	74,79	72,42	73,15			
Chile	77,42	75,07	75,30			

Fuente: SINIM,2012.

En general el porcentaje del gasto en personal de salud ha tenido fluctuaciones de aumento y disminución, lo cual también es parte de la realidad comunal, la que se vio disminuida durante el último año que existen registros.

Porcentaje de Gasto de Funcionamiento sobre el Gasto Total de Salud. Comuna San Bernardo, Región Metropolitana y Chile. Años 2010-2012.

	Porcentaje de Gasto de Funcionamiento Sobre el Gasto Total de Salud (%)					
Lugar/año	2012	2011	2010			
San Bernardo	18,58	20,31	21,47			
Región Metropolitana	18,96	20,26	20,37			
Chile	18,05	19,47	20,31			

Fuente: SINIM,2012.

En general el porcentaje de gasto de funcionamiento se ha mantenido a la baja en la comuna observándose una disminución de 2.89% del año 2010 al 2012.

Participación Aportes del MINSAL en el Ingreso Total del Área Salud. Comuna San Bernardo, Región Metropolitana y Chile. Años 2010 – 2012.

	Participación Aportes del MINSAL en el Ingreso Total del Área Salud (%)							
Lugar/año	2012 2011 2010							
San Bernardo	52,58	52,58 48,30 55,19						
Región Metropolitana	58,03	58,03 57,99 59,28						
Chile	63,37	61,43	64,77					

Fuente: SINIM, 2012.

En la tabla anterior se puede observar que el aporte del MINSAL ha ido en aumento progresivo en la RM a diferencia de lo ocurrido en la comuna donde en el año 2011 hubo un descenso de 4 puntos porcentuales y que se revirtió durante el año 2012, llegando al 52.58%.

4. Indicadores de Atención en Salud

4.1 Cumplimiento Porcentual del Índice de Actividad de Atención Primaria al 31 de Agosto 2013

ACTIVIDAD	Importanc	Dr. Raúl	J. Pablo II	Confratern	Carol	Dr. Raúl	El	P. Joan	Comuna
GENERAL	ia	Cuevas		idad	Urzúa	Brañes	Manzan	Alsina	
	Relativa						0		
COBERTURA	8,0	100%	84,5%	97,6%	83,1%	88,7%	100%	100%	99%
EMP, en									
Hombres de									
20 a 44 años									
COBERTURA EMPA, en Mujeres de 45 a 64 años	8,5	94,8%	85,3%	92,1%	83,4%	98,1%	100%	98%	95%
COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP) DEL	8,5	98,5%	87,4%	100%	100%	100%	100%	89,7%	98%
ADULTO DE 65 AÑOS Y MAS									
INGRESO A CONTROL DE	8,0	97,3%	95,7%	94,2%	99,4%	90,6%	100%	100%	97,6%

EMBARAZO ANTES DE LAS 14 SEMANAS									
DE SALUD DEL ADOLESCEN TE ENTRE 10 A 14 AÑOS	8,0	95,3%	84,8%	56,6%	100%	24,7%	96,3%	100%	83,2%
COBERTURA DE ALTAS ODONTOLO GICAS TOTALES EN POBLACION MENOR DE 20 AÑOS	8,0	100%	100%	66,2%	100%	89,7%	100%	96,5%	100%
GESTION DE RECLAMOS (90%) de los Reclamos respondidos dentro de los 20 días hábiles, a diciembre 2013 - Meta Comunal 95%	10,0	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DIABETES MELLITUS, en inscritos de 15 y más años	10,0	99,5%	96%	100%	89,2%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA HTA, en inscritos de	10,0	98,8%	87,8%	92,4%	100%	100%	100%	100%	100%

15 años y más									
COBERTURA DE EVALUACIÓ N DEL DESARROLL O PSICOMOTO R EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 - 23 MESES BAJO CONTROL	10,0	97,2%	90,6%	83,5%	100%	81,1%	100%	87,4%	92,4%
TASA DE VISITA INTEGRAL	11,0	100%	96,4%	100%	100%	90,1%	100%	60,2%	100%
Total	100,0	98,4%	91,9%	90,1%	96,1%	88,4%	99,7%	93,1%	97%

4.2 Cumplimiento Porcentual de las Metas Sanitarias al 31 de Agosto de 2013

	Dr. Raúl Cuevas	J. Pablo II	Confraternidad	Carol Urzúa	Dr. Raúl Brañes	EI Manzano	P. Joan Alsina	Comuna
1. RECUPERACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR	100%	100%	100%	88%	100%	94%	100%	100%
2. COBERTURA DE PAP MUJERES DE 25 A 64	88%	92%	93%	96%	87%	100%	100%	93%
3. A COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA EN ADOLESCENTE 12 AÑO	100%	89%	86%	100%	100%	100%	100%	100%
3. B COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA TOTAL EN MUJERES EMBARAZADAS	100%	89%	68%	100%	100%	100%	100%	100%

3.C COBERTURA DE ALTA	100%	98%	68%	100%	100%	100%	100%	100%
ODONTOLOGICA EN								
NIÑOS 6 AÑOS								
3. TOTAL ODONTOLOGICA	100%	92%	74%	100%	100%	100%	100%	100%
4. COBERTURA EFECTIVA	91%	79%	98%	79%	86%	100%	92%	89%
DE DIABETES TIPO II								
5. COBERTURA EFECTIVA	93%	93%	78%	100%	92%	100%	93%	94%
HIPERTENSOS BAJO								
CONTROL EN EL GRUPO								
DE 20 Y MAS AÑOS								
5 005000 10 511 11500	10001	2221		2221		2221	1000/	2121
6. OBESIDAD EN NIÑOS	100%	93%	83%	89%	77%	93%	100%	91%
MENOR DE 6 AÑOS BAJO								
CONTROL (9,4%)								
7.100% de los Consejos de	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Desarrollo de Salud con								
plan evaluado y ejecutado								
8. EVALUACIÓN ANUAL	66%	54%	44%	100%	23%	89%	51%	63%
DEL PIE EN PERSONAS								
DIABÉTICAS BAJO								
CONTROL.								
Total	91%	88%	84%	94%	83%	97%	92%	91%

4.3 Indicadores de Atención Médica a Nivel de Hospital según establecimiento de derivación, año 2013

Indicador/Hospital	Barros Luco Trudeau	Dr. Exequiel González Cortés	El Pino	Parroquial de San Bernardo
Índice Ocupacional	96	80	87	84
Promedio Estada	8	5	6	5
Coeficiente de Rotación	38	56	51	47
Tasa de Letalidad	5	0	4	2

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

El Hospital Barros Luco Trudeau presenta un mayor Índice Ocupacional y Promedio de Estada que los otros establecimientos de la red. El Coeficiente de Rotación es menor en el Barros Luco Trudeau y Parroquial de San Bernardo al compararlo con el Hospital Dr. Exequiel González Cortés y El Pino.

4.4 Indicador de cobertura de usuarios de sistema de salud público porcentual Comuna de san Bernardo, Región Metropolitana y Chile (2010 – 2012).

	Beneficiarios FONASA(%)				
Lugar/Año	2010	2011	2012		
San Bernardo	72,68	75,85	71,15		
Región	72,32	70,89	69,30		
Metropolitana					
Chile	75,02	75,43	75,02		

Fuente: SINIM, 2013

Se observa un aumento y luego un descenso en la cobertura evolutiva en estos tres años en la comuna de San Bernardo. En cuanto a la Región Metropolitana y Chile, esta tiende a la baja.

5. Educación

Porcentaje de Puntajes Prueba de Selección Universitaria PSU (a partir del 2003) igual o superior a 450 puntos, año 2012

Porcentaje de Puntajes PSU (a partir del 2012) Igual o Superior a 450 Puntos	Comunal	Nacional
Establecimientos Municipales de Educación	34,09	38,07
Establecimientos Particulares Subvencionados de Educación	71,25	57,65
Establecimientos Particulares Pagados de Educación	96,70	95,92

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de Sistema Nacional de Información Municipal, año 2012)

El Porcentaje de Puntajes Prueba de Selección Universitaria (PSU) igual o superior a 450 puntos en la comuna de San Bernardo es inferior en los establecimientos municipales con relación al país, y superior al nacional en los establecimientos particulares subvencionados y en los particulares pagados.

Puntaje SIMCE Educación Matemática y Lengua Castellana de 4º y 8º Básicos de las comunas de San Bernardo, Vitacura, María Pinto, año 2011 – 2012.

Puntaje SIMCE	San Bernardo	Vitacura	María Pinto
Educación Matemática - 4º Básicos 2012	248	297	243
Lengua Castellana - 4º Básicos 2012	256	295	251
Educación Matemática - 8º Básicos 2011	245	309	243
Lengua Castellana - 8º Básicos 2011	240	290	250

Fuente: SINIM

El Puntaje SIMCE Educación Matemática y Lengua Castellana de 4º y 8º Básicos en San Bernardo es menor a la comuna más rica y mayor que la comuna más pobre, excepto en los resultados de SIMCE lengua castellana 8º básicos, donde San Bernardo está por debajo de la comuna más pobre de la región.

6. Otros antecedentes comunales relevantes:

Densidad de población por Km2 2012	2.003,68
Población estimada por INE	315.221
Población femenina	50.88 %
Población masculina	49.12%
Porcentaje de población rural	1.15%

Distribución Porcentual de los Hogares por acceso a sistema de eliminación de excretas. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana, Chile, 2006.

Lugar	WC conectado alcantarillado	WC conectado a fosa séptica	Otro	No dispone
San Bernardo	97,16	1,96	0,06	0,82
RM	93,80	3,09	1,06	1,99
Chile	82,49	8,79	7,22	1,50

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN

El porcentaje de acceso a sistema de eliminación de excretas por medio de conexión a alcantarillado es más alto en San Bernardo que en la Región Metropolitana y mucho más alto al comparar con Chile.

Distribución Porcentual de los Hogares por Acceso a Energía Eléctrica. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana, Chile, año 2006.

Lugar	Con Red pública	Sin Red pública	No Dispone
San Bernardo	100,00	0,00	0,00
RM	99,87	0,06	0,07
Chile	99,05	0,32	0,63

Fuente: Encuesta Casen 2006, MIDEPLAN

Los porcentajes de hogares con acceso a energía eléctrica por medio de red pública son altos en los tres grupos a comparar. San Bernardo tiene una cobertura de 100% y Chile 99,05%.

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN PRESENTADA

Los datos que se presentaron para comparar la situación socio epidemiológica fueron obtenidos desde fuentes secundarias y reflejan la información obtenida de la Comuna de San Bernardo, del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Región Metropolitana (RM) y Chile.

El análisis de los datos surge de la información consignada anteriormente y cruza las variables que se mencionaron en la descripción de la situación de salud.

La tasa de natalidad en la comuna de San Bernardo es mayor a la registrada para el SSMS, RM y Chile. Esto se atribuye al proceso migratorio que ha evidenciado San Bernardo, unido a antecedentes que entrega el CENSO 2002, donde se refiere que el grueso de la población tiene menos de 54 años, lo que corresponde a una población joven.

La pirámide poblacional de la comuna representa claramente esta situación demográfica, donde se aprecia bien desarrollado el centro de la misma que corresponde a las edades reproductivas, persistiendo la base amplia, a diferencia de la imagen de la pirámide poblacional de Chile, que muestra claramente la transición demográfica que está viviendo el país en general. Otro indicador que manifiesta esta situación es el índice de vejez, el que se evidencia en los datos obtenidos como menor al del país.

La tasa de mortalidad infantil considerado un indicador del nivel de vida o de desarrollo de una sociedad, es en la comuna de San Bernardo más alto respecto al SSMS, RM y Chile. El año 2010 bajó porcentualmente, pero sigue siendo relevante al compararla. La literatura, atribuye como factor de riesgo para esta causa el nivel educacional de la madre; en este caso San Bernardo presenta un promedio de escolaridad sólo un poco menor que el resto del país, por lo que la más alta mortalidad infantil no se puede atribuir con certeza a la escolaridad. Cabe destacar que no existen datos de causas específicas de mortalidad infantil en la comuna lo que ha generado dificultad al analizar este indicador en su total magnitud. Otro dato importante que podría explicar las diferencias de mortalidad entre la comuna y el servicio de salud sur y región metropolitana es el mayor número de adolescentes embarazadas que en el resto del país.

Otro gran determinante que puede influir en la mortalidad infantil es el nivel de pobreza. La comuna de San Bernardo presenta un porcentaje de pobres visiblemente superior a la RM y Chile cuadro que puede equipararse con una tasa de desocupación mayor a la que presenta el país. Sin embargo, a pesar que San Bernardo muestra una desventaja en relación a los niveles de pobreza, casi el cien por ciento de las viviendas poseen agua potable, luz y conectado al sistema de eliminación de excretas. En este punto, existen discrepancias entre la información obtenida de fuentes secundarias y el equipo de salud. Ejemplo de esto es el campamento San Francisco, sector El Manzano no posee redes de alcantarillado, información que no se encuentra disponible en los registros nacionales. Además, en zonas agrícolas y rurales persisten problemas de saneamiento, ya que ese sector de la población no posee alcantarillado en vastos sectores.

Respecto a la Mortalidad General, la comuna de San Bernardo presenta la tasa más baja al compararla con el SSMS y Chile e igual a la RM. A pesar de esto, los varones mueren más que en la RM y más jóvenes que la población total del SSMS, RM y Chile.

Se atribuye esta situación a que existe un problema de alcoholismo en la comuna que está oculto, (ratificado en Diagnóstico Participativo realizado el año 2010 y 2013) lo que contribuye a un aumento de las muertes por cirrosis hepática. Existe registro de que el 83% de los hombres consume alcohol, siendo más alto que el nivel del país y al revisar los datos del grupo de riesgo para morir por cirrosis hepática por alcohol (hombres entre 45 a 64 años). Éstos presentan una mayor mortalidad respecto al país, además de presentar un índice de Swaroop menor que a nivel nacional. La cirrosis ocupa el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad en la comuna de San Bernardo y es ésta la que presenta la tasa de muerte más alta al compararla con la RM y Chile y menor que el SSMS.

Continuando con las principales origenes de mortalidad en la comuna nos encontramos con las clásicas causas de muertes que presenta el país, como son: Tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, traumatismos y envenenamiento, cirrosis hepática y respiratoria. Respecto a éstas, en la comuna de San Bernardo encontramos que las enfermedades cardiovasculares, cirrosis y otras enfermedades del hígado y las enfermedades respiratorias tienen registros de tasas mayores que la RM y Chile.

Al analizar los factores de riesgo para estas patologías, nos encontramos que:

El consumo de tabaco tanto en hombres como mujeres es similar al que se presenta a nivel país. Por otra parte, la tasa de obesidad en el adulto mayor es menor a la que presenta Chile. El problema radica en tasas más alta de adultos mayores con desnutrición.

En relación a los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, no hay registros de la comuna sobre tipo de actividad física y la frecuencia con que ésta se realiza o si existe fomento del deporte. Un dato importante es la baja cobertura de atención a pacientes hipertensos sobre todo al compararla con la registrada a nivel nacional, lo que representa una gran proporción de personas con enfermedad cardiovascular que podrían tener complicaciones fatales prevenibles, con lo que se explicaría la tasa de mortalidad más alta de la comuna en enfermedades cardiovasculares.

Dentro de otras causas de morbilidad analizadas, nos encontramos con las enfermedades de notificación obligatoria. Al llegar la semana epidemiológica 26, en la comuna de San Bernardo, nos encontramos sólo con casos nuevos de Tuberculosis, Tos Ferina, Sífilis y Hepatitis tipo B, todos con índices epidemiológicos bajos.

En relación al gasto en salud en la comuna se puede apreciar evolutivamente en los datos obtenidos del Aporte Municipal al área salud respecto al ingreso total percibido presenta una disminución a partir del año 2006 (9.29%) que aumentó en 0.28 puntos porcentuales del año 2008 al 2009 (6.78%). En la actualidad la tendencia ha sido a la baja en relación al presupuesto que recibe el sector salud. (6,67 el año 2012) Esta asignación presupuestaria es mayor a la de la región y el país en todos los años.

El aporte ministerial en el ingreso total del área salud presentó un aumento el año 2010, el año 2011 se registró una baja de 6,89%, recuperándose el año 2012 para llegar a 52,58. Cabe destacar que gran parte del aporte en gasto para salud en las comunas se destina a recursos humano el mismo que ha

aumentado evolutivamente al igual que la infraestructura. El financiamiento per cápita en salud corresponde a una comuna urbana "no pobre" siendo una comuna pobre de la región, lo cual va en desmedro de la cobertura en salud de la población.

A modo de pronóstico, podemos decir que los indicadores de salud, como por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, tenderá a aumentar. La tendencia positiva está supeditada a determinantes claves de la salud, como lo es, por ejemplo, la educación que si no es abordada de manera integral seguirá condicionando este indicador.

En relación a lo económico y el gasto en salud, no podemos prever la continuidad de un aumento progresivo ya que la tendencia es la mantención del dinero asignado a salud, aun cuando los ingresos del municipio se han incrementado.

Por otro lado, la comuna de San Bernardo va aumentando cada día su área urbana en desmedro del área rural, lo que permite la creación de nuevas soluciones habitacionales a través del asentamiento de poblaciones erradicadas de otras comunas de la región metropolitana, lo que podría implicar el mantenimiento de la pirámide poblacional que se constata en la comuna, lo que es una mayor población juvenil y principalmente pobre.

El sector oriente de la comuna está viviendo una situación de crecimiento inorgánico basado en la falta de regulación urbanística, lo que redundará en el aumento exponencial de la concentración de habitantes en estos territorios, muy concordante con la cantidad de atenciones y población inscrita y valida en los centros de salud que cubren ese lugar.

Diagnóstico Participativo

El Diagnóstico Participativo es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y los equipos de salud, recogen y comparten información que permite conocer la percepción de la situación de salud de la comunidad, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o debe actuar.

El Diagnóstico Participativo es el primer paso de un proceso en conjunto en el que se comparten decisiones, entre la comunidad y profesionales. Es un proceso, en el que se deben elegir prioridades y futuras soluciones en conjunto para mejorar la situación de salud.

Es importante recalcar que cuando se trabaja mancomunadamente entre comunidad y equipo de salud se genera un conocimiento mucho más detallado de la realidad existente y de los problemas de salud que se desean abordar. Este proceso se complementa con la información sobre el perfil epidemiológico de la población en estudio.

Dichos insumos permitieron el desarrollo del Plan de Salud del año 2014, el cual pretende dar respuesta a las prioridades enumeradas tanto en el diagnóstico epidemiológico como participativo.

El Plan de Salud participativo es la herramienta de gestión que tiene el sector salud, donde se plasman los intereses y necesidades de todos los actores involucrados, generando acuerdos, estrategias y metodologías para mejorar la salud de la población.

Metodología de trabajo para el desarrollo del diganóstico participativo:

Como Diagnóstico entendemos que es una herramienta fundamental para detectar problemas y necesidades, así como para tomar conciencia de los recursos, capacidades y potencial con que se cuenta para enfrentarlos. (FOSIS, 1993).

Desde el sector Salud, el Diagnóstico comprende la sistematización de la información y datos sobre la situación problema. (Epidemiológicos, bio demográficos, económicos, sociales, etc) (Orientaciones y normas del Asistente Social, división de Programas de Salud, Departamento APS, Mayo 1993)

Para su realización se convocó a toda la institucionalidad del sector que trabaja en Salud. Se optó por dividir a la asamblea en tres grandes grupos. Comunidad / Funcionarios / Tomadores de decisiones.

En este proceso participaron 128 personas. Estas se dividen en:

Тіро	N°
Comunidad	31
Funcionarios	84
Tomadores de decisiones	13
Total	128
personas	

Ya subdivididos los grupos, se les entregó material de apoyo sobre la metodología de trabajo de la jornada, además de antecedentes epidemiológicos de la comuna con la finalidad de contar con más elementos que guiaran la discusión.

Posteriormente, cada grupo debía identificar problemáticas que afectaran a su comunidad para después otorgarles orden de prioridad de acuerdo a los criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Para ello, se les entregó la siguiente instrucción:

"Todos los problemas identificados se anotan en el casillero de problemas. Todos se anotan según vayan surgiendo. (Los principales problemas vía de lluvia de ideas) Luego a cada uno de los problemas, se le asigna una nota con escala de 1 al 5 (donde 1 es el menos importante y 5 el más importante) según **Magnitud, Trascendencia y Vulnerabilidad.** Cada criterio lleva nota. Al final se suman las calificaciones y se permite indicar en términos absolutos la importancia de cada problema siendo con calificación más alta los prioritarios".

Los resultados de cada sub grupo fue negociad con los otros existentes, con la finalidad de definir prioridades comunes, constituyendo la base de este diagnóstico participativo.

Problemas detectados en el Diagnóstico Participativo:

Para efectos de tabulación, las tablas que observará a continuación están detalladas por grupo de trabajo.

Priorización del primer grupo de autoridades.

Tomadores de decisiones N°1

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Consumo de alcohol y drogas	15
2	Diabética	14.5
3	Violencia intrafamiliar y salud mental	14
4	Obesidad infantil	13
5	Embarazo adolescente	12.5
6	Tuberculosis	11.5
7	Ideación suicida adolescente	11
8	Discapacitados altos índices	9
9	Violencia de usuarios a funcionarios	7

Priorización del segundo grupo de tomadores de decisiones .

Tomadores de decisiones N°2

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	I.T.S	15
2	Obesidad	15
3	Pobreza	15
4	Alcohol y drogas	15
5	Embarazo adolescente	15
6	Tuberculosis	14

7	Adulto mayor sin red de apoyo	14

Priorización final de tomadores de decisiones.

PRIORIZACIÓN FINAL DE TOMADORES DE DECISIONES.

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Obesidad	15
2	Alcohol y drogas	15
3	Embarazo adolescente	13
4	Adulto mayor sin redes de apoyo	12
5	Tuberculosis	12

PRIORIZACION CENTROS DE SALUD

Priorización centro de Salud Funcionarios El Manzano

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Consumo de drogas licitas e ilícitas (OH)	15
2	Deserción escolar falta y difícil acceso a escuelas técnicas lo que disminuye proyecto de vida (embarazo)	15
3	Alto nivel de delincuencia	15
4	Hacinamiento con espacio insuficiente que favorece las problemáticas expuestas (ante movimiento social)	15
5	Falta de áreas recreativas y que sean seguras y mantención de ellas	15
6	Falta de plan cuadrante (no se observa presente en forma permanente)	14
7	Embarazo adolescente de 10 y 14 años	13
8	Mantención de altas tasas de ETS por prostitución sin control.	13
9	Abandono de A.M sin redes de apoyo por difusión familiar.	12
10	Alto porcentaje de trabajo no formal	12

11	Alta prostitución sin control de salud	11
12	Escasa participación de la comunidad en capacitaciones que ofrece la Municipalidad	9

Priorización centro de Salud Funcionarios CESFAM Joan Alsina y CECOFS Ribera del Maipo

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Embarazo adolescente	14
2	VIF	14
3	C.V descompensado (HTA-DM)	13
4	Depresión en mujeres de 25 años	12
5	Obesidad infantil	12
6	Tuberculosis	11
7	Población de postrados	11
8	Adulto mayor abandono vive solo	10
9	Consumo de drogas	10
10	Suicidio en adolescente	9

Priorización centro de Salud Funcionarios CESFAM Juan Pablo II

CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Aumento de patologías de salud mental	13
2	Obesidad infantil	11
3	Abandono del adulto mayor	10
4	Disminución en lactancia materna exclusiva	8
5	Consumo de alcohol y drogas de 15-45 años	7
6	Violencia intrafamiliar	6

Priorización centro de Salud Funcionarios CESFAM Raúl Brañes Farmer

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Alto consumo de alcohol y drogas	15
2	Embarazo adolescente y reincidencia	15
3	Obesidad transversal en el ciclo vital	15
4	Disminución de lactancia materna	14
5	Falta de compromiso del usuario familia con su salud	12
6	Analfabetismo baja escolaridad y deserción	11
7	Violencia intrafamiliar	10
8	Delincuencia	10
9	Abandono del adulto mayor	9
10	Poca coordinación con sector educación	8
11	Horas especialistas	8

Priorización centro de Salud Funcionarios CESFAM Raúl Cuevas y CECOFS Lo Herrera

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Falta de horas médicas en los centros de APS y medicamentos	15
2	Obesidad familiar	14
3	Escasa horas de especialista en nivel 2	14
4	Acceso a tratamiento dental del adulto	14
5	Adulto mayor escasa red de apoyo, asisten solos a control, no administran medicamentos de forma adecuada, se encuentran viviendo solos, con bajos ingresos	14
6	Niños abusados sin acceso oportuno para reparación	13
7	Falta de resolutividad falta de acceso a exámenes de mayor complejidad de forma oportuna (a bajo costo)	12

8	Inexistencia de centros de rehabilitación para adolescentes	11
9	Perros vagos en los centros en las poblaciones	9
10	Accesibilidad falta de movilización al centro	9

Priorización centro de Salud Funcionarios CESFAM Carol Urzúa y CECOFS Rapanui

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Consumo de alcohol, tabaco, drogas	15
2	Falta de horas médicas	15
3	Obesidad infantil	14
4	Adulto mayor sin red de apoyo	13
5	Embarazo adolescente	13
6	Deserción escolar	13
7	Aumento de patología de salud mental	13
8	Falta de higiene ambiental	12

Priorización Final de Funcionarios.

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	OH y Drogas (Consumo)	13
2	Obesidad	13
3	Embarazo Adolescente	12
4	Adulto Mayor (Abandono o Escasa Red de Apoyo)	11
5	Salud Mental (Aumento Prevalencia)	7
6	Deserción Escolar	7
7	Falta de horas médicas	5
8	VIF	5
9	Disminución de la lactancia materna exclusiva	4

10	Delincuencia	4

Priorización de primer grupo de usuarios

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Tráfico de drogas	15
2	Violencia intrafamiliar	15
3	Adulto mayor abandono	15
4	Obesidad infanto / juvenil	15
5	Atención dental en adulto mayor de 60 años y más	15
6	Empoderar a la comunidad en las actividades de la salud para que la participación sea eficiente	15
7	Falta de exámenes	15
8	Solución falta de médico y medicamentos	15
9	Embarazo adolescente delincuencia	13
10	Discriminación. Buen trato al usuario mutuo	13
11	Información del sistema de salud	12

Priorización de segundo grupo de usuarios

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Falta de medicamentos	15
2	Falta calidad de los insumos	15
3	Promoción de salud efectiva en TBC	15
4	Más control de sicotrópicos ampliar el control en programa de salud mental (deficiencia en atención)	15
5	Medicamentos de calidad y con stock apropiado en cada centro	13
6	Maltrato del funcionario al usuario (algunos)	9

Priorización de tercer grupo de usuarios

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Incumplimiento del horario de inicio de atención de los SAPU	15
2	Inasistencia del A.M a sus controles por falta de redes de apoyo	12
3	Falta de fiscalización a lugares de expendio de alcohol	12
4	Falta de capacitación al usuario a la comunidad en general en terreno	12
5	Falta compromiso de la comunidad	12

Priorización Final de usuarios

N°	Problema priorizado	Puntaje
1	Falta médicos, medicamentos e insumos	15
2	Obesidad infanto juvenil	15
3	Falta canasta de exámenes	15
4	Ampliar cobertura programa salud oral	15
5	Empoderar a la comunidad en actividad de salud	15
6	Falta de accesibilidad del usuario con discapacidad	15
7	Falta de información del sistema de salud TBC	13
8	Pérdida de horas entregadas (A.M)	12
9	Ampliar cobertura de programa salud mental	12
10	Necesidad del buen trato (funcionario)	11

Priorización Final Todos los grupos. Resultado Diagnóstico Participativo.

N°	Problemas Priorizados	Problemas de Salud (plan)	Plan estratégico
1	Obesidad	Obesidad	
2	OH y Drogas	OH y Drogas	
3	Embarazo Adolescente	Embarazo Adolescente	
4	Adulto Mayor (Abandono o escasa red de apoyo)	Adulto Mayor (Abandono o escasa red de apoyo)	
5	Falta de Médico en la APS		Falta de horas médicas
6	Falta de accesibilidad del Usuario con discapacidad	Falta de accesibilidad del usuario con discapacidad	
7	Falta canasta de prestaciones de exámenes		Falta de canasta de Prestaciones de exámenes
8	Falta cobertura Problemas de Salud Oral.		Falta cobertura Problemas de salud oral
9	Falta empoderamiento de la comunidad	Empoderamiento de la comunidad	

PLAN DE SALUD PARTICIPATIVO 2014

Con el fin de elaborar el Plan participativo 2014, se realizó una jornada de trabajo que convocó a los distintos actores sociales, al igual que en la jornada de diagnóstico participativo. El trabajo realizado refleja las reales necesidades de la población en específico, respetando sus particularidades, siendo una de las funciones esenciales de la salud pública el aseguramiento de la participación social en salud, contribuyendo a fortalecer la capacidad institucional de planificación y manejo de la salud pública.

La metodología de trabajo se basó en trabajo en pequeños grupos quienes por afinidad eligieron uno de los problemas priorizados en el diagnóstico participativo. La composición de dichos grupos fue heterogénea, existiendo participación de usuarios, funcionarios y autoridades.

La discusión al interior del grupo giró en torno a las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuál es el problema?
- 2.- ¿Qué podemos hacer para resolver el problema?
- 3.- ¿Quién será responsable de la realización de estas acciones?
- 4.- ¿Qué recursos se necesitarán para el desarrollo de la actividad?
- 5.- ¿Es factible hacerlo con los recursos que disponemos?

Posterior a ello, cada grupo elaboró una matriz donde se consigna el plan de trabajo para cada problema analizado.

Problema de Estrategias a desarrolla		Responsables	Recursos	Factibilidad
salud identificado				
Obesidad	 Trabajo intersectorial con abordaje familiar Incorporar talleres nutricionales en controles sano y crónicas (familiares) Capacitación a las manipuladoras de alimentos de los casinos escolares Acerca la educación en cocina saludable a los hogares con elaboración dar recetarios Implementación de recreos entretenidos Gestionar reunión con directores (kiosco) Gestionar reunión con JUNAEB (comidas y colaciones) Aumentar oferta de actividad física en dependencias comunales Darle mejor uso a plazas activas Cierre de calles para fomentar: Actividad familiar 	 Director(a) Encargado de Promoción Departamento de Promoción y Participación de Salud. Depto. Telecomunicacione s 	 Profesionales en horario diferido Videoclip en salud Programa de capacitación Insumos para información grafica 	Si

Car	ampeonatos comunitarios		
	Ionitores actividad física en EFAM (sala de espera)		
For	omentar continuidad eportiva durante todo el año		

Problema de salud identificado	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
Consumo de alcohol y drogas	 Promoción estilos de vida saludable Prevención primaria Difundir oferta de tratamiento Desarrollo de trabajo mesa comunal de drogas Fortalecer el trabajo en red (difusión protocolos de derivación) Mejorar adhesión y tratamiento 	Mesa comunal de drogas (integrar comunidad)	• Los instalamos más aporte de la comunidad	Se puede realizar con los recursos existentes pero la mesa comunal debe generar más recursos con su trabajo

Problema de salud	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
identificado				
Embarazo	• Mantener plan de	 Encargado 	• Recursos	а-b-с
adolescente :	prevención comunal y	programa local	existente	factible
Educación	potenciarlo	Encargado	más	
sexual(habilidades	• Incorporar a este	comunal	incremento de estos	
parentales)	programa tecnología	. Francounds	(evaluar	
Conversación padres adolescencia	cercana a los adolecentes como medio de comunicación	Encargado comunal, directores	propuestas existentes)	
Estímulos	y seguimiento ej. redes sociales de carácter		Recurso informativo	
Sexualidad integrada	privado)		(pregrado)	
Propia etapa crecimiento Genero	 Replicar más espacios amigables en la comuna 		 Recursos físicos+ recurso 	
(masculinidad)			humano existente	
Pobreza				
(vulnerabilidad)				
Capacitación profesionales Atención salud más amigable				

Problema de salud identificado	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
Consumo de alcohol y drogas	 Promoción estilos de vida saludable Prevención primaria Difundir oferta de tratamiento Desarrollo de trabajo mesa comunal de drogas Fortalecer el trabajo en red (difusión protocolos de derivación) Mejorar adhesión y tratamiento 	Mesa comunal de drogas (integrar comunidad)	• Los instalamos +aporte de la comunidad	Se puede realizar con los recursos existentes pero la mesa comunal debe generar más recursos con su trabajo

Obesidad • Trabajo intersectorial con abordaje familiar • Incorporar talleres nutricionales en controles sano y crónicas (familiares) • Capacitación a las manipuladoras de alimentos de los cosinos escolares • Acerca la educación en cocino saludable a los hagares con elaboración de recetearios • Implementación de receteos entretenidos • Gestionar reunión con Junaeb (comidas y colaciones) • Aumentar oferta de actividad fisica en dependencias comunales • Cierre de calles para fomentar Actividad familiar	Problema de	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
con abordaje familiar Incorporar talleres nutricionales en controles sano y crónicas (familiares) Capacitación a las manipuladoras de alimentos de los hogares Acerca la educación en cocina saludable a los hogares Implementación de recreos entretenidos Gestionar reunión con Junaeb (comidas y colaciones) Aumentar oferta de actividad fisica en dependencias comunales Darle mejor uso a plazas activas Encargado de Promoción Departamento de Promoción y Participación de Salud Promoción y Programa de capacitación Programa de capacitación Promoción y Programa de capacitación Salud. Insumos para información grafica Insumos para información grafica Promoción y Programa de capacitación Salud. Insumos para información grafica Insumos para información grafica Promoción y Programa de capacitación Salud. Insumos para información grafica Promoción y Programa de capacitación Promoción y Programa de capacitación Salud. Promoción y Programa de capacitación Promoción y Programa de c	salud identificado				
• Campeonatos	Obesidad	 Incorporar talleres nutricionales en controles sano y crónicas (familiares) Capacitación a las manipuladoras de alimentos de los casinos escolares Acerca la educación en cocina saludable a los hogares con elaboración dar recetarios Implementación de recreos entretenidos Gestionar reunión con directores (kiosco) Gestionar reunión con Junaeb (comidas y colaciones) Aumentar oferta de actividad física en dependencias comunales Darle mejor uso a plazas activas Cierre de calles para fomentar Actividad familiar 	 Encargado de Promoción Departamento de Promoción y Participación de Salud. Depto. Telecomunicacione 	horario diferido Videoclip en salud Programa de capacitación Insumos para información	Si

comunitarios	
Monitores actividad física en CEFAM (sala de espera)	
Fomentar continuidad deportiva durante todo el año	

Problema de salud identificado	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
Ausencia de red de apoyo para el mayor en riesgo de exclusión social inscrito en los centros de salud de san Bernardo	Levantar un voluntariado de personas de 60 años y más para acompañamiento a estos	 DIDECO UCCDLS DIRECCION DE SALUD FEDES 	 Capital humano Voluntad política y financiera Capacitación permanente al capital humano Acompañamiento al voluntariado -auto cuidado 	Si

Problema de salud identificado	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
Falta de accesibilidad de las personas con discapacidad : infraestructura poco adecuada Dificultad de desplazamientos Pertinencia de la atención de salud de acuerdo a discapacidad	 P.M.I Catastro de personas con discapacidad (número y tipo) Detección precoz de factores de riesgo en relación a la discapacidad Sensibilización y concientización fuente a temer de discapacidades (jornadas a equipos de salud y comunidad 	 Dirección de salud SSMS Encargado sala RBC,CDL Mesa comunal discapacidad Todos Equipos de cabecera (evaluación de riesgo-estudios de familia) Enc. sala RBC CDLS Enc. participación del centro Oficina discapacidad 	 Municipales GOB. centros RRHHH voluntarios Proveniente de proyectos Dirigentes sociales Provenientes de proyectos 	Muy factible (salud familiar)

Problema de salud identificado	Estrategias a desarrollar	Responsables	Recursos	Factibilidad
Falta de empoderamiento de la comunidad	 Capacitación Educación cívica a nivel escolar Capacitación a líderes. Temas: manejo de conflicto. Información permanente. 	 Director(a) Encargado de Promoción Departamento de Promoción y Participación de salud. Depto. Telecomunicacione s 	 Profesionales en horario diferido Videoclip en salud Programa de capacitación Insumos para información grafica 	Si

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PLAN DE SALUD AÑO 2014

 Implementación y despliegue del modelo de Salud Familiar en los Centros de Salud de San Bernardo. Año 2014

Desde finales de los años 90 se han venido impulsando importantes cambios desde la Reforma del modelo de atención del nivel primario que ha implicado el desarrollo del Modelo de Salud Familiar y la transformación de los consultorios en Centros de Salud Familiar.

La diferencia entre un CES y un CESFAM es que en este último se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas.

En el caso de la comuna de San Bernardo, el primer CESFAM certificado en salud familiar es "El Manzano" quien logra su primera certificación el año 2005. Posterior a ello, en su primer año de funcionamiento, 2007, el CESFAM Joan Alsina logra también su certificación. Hasta el mes de Octubre de 2013, los otros 5 Centros de la comuna, no habían logrado certificarse como Centros de Salud Familiar, pese a que habían comenzado a desarrollar acciones tendientes a transformar su modelo de atención.

Durante el año 2013 se realizaron importantes esfuerzos en tres grandes líneas de trabajo:

- Establecer una estructura organizacional para los Centros de Salud Familiar de la comuna de San Bernardo.
- Actualizar la delimitación territorial de los Centros de Salud de la comuna de San Bernardo.
- Contribuir al logro de la certificación de los Centros de Salud de San Bernardo.

Fruto del trabajo realizado entre la Dirección de Salud y los Equipos de los Centros de Salud, se lograron recertificar los CESFAM "El Manzano" y "Joan Alsina" y certificar 4 de un total de los 5

Centros que postularon a ser Centros de Salud Familiar, lo cual consta en las resoluciones exentas N° 2193, 2196, 2197, 2198, 2205, 2207, 2222.

Es decir, actualmente se encuentran certificados como CESFAM:

- Nivel Medio:
- 1. Carol Urzúa
- 2. Juan Pablo II
- 3. Raúl Cuevas
- 4. Raúl Brañes
- 5. Joan Alsina
- Medio Superior:
- 1. El Manzano

El único Centro que sigue ostentando la categoría de "Consultorio General Urbano" es el CES Confraternidad, quienes han avanzado significativamente en su proceso de transformación, sin embargo, requieren de mayor período de implementación del modelo.

En términos generales es posible señalar que el 100% de los Centros ya se encuentran atendiendo de forma sectorizada, con equipos de cabecera designados, con equipos gestores constituidos, con funcionarios y funcionarias del equipo de salud capacitados en salud familiar, utilizando registros tales como carpetas de familia, tarjetones familiares, realizan trabajo con la comunidad a través de sus Consejos de Desarrollo Local, con comités paritarios conformados, realizando de manera incipiente presentación de casos para el desarrollo de estudios de familia, entre otros.

En cuanto a las principales dificultades visualizadas, se señalan la resistencia de algunos integrantes de los equipos de salud, existencia de señalética precaria, necesidades de desarrollar espacios de autocuidado, dotación incompleta, falta de espacios físicos para el desarrollo de las actividades del centro, dificultad para apropiarse de los cambios asociados a la estructura organizacional propia de un CESFAM.

Frente a lo anteriormente expuesto, la certificación de nuestros Centros genera nuevos desafíos para el año 2014 en vías de profundizar en la implementación del modelo de atención integral con

enfoque familiar y comunitario en cada uno de los establecimientos. Para ello se han definido tres líneas de acción que nos permitirán organizar el trabajo a realizar:

- 1. Promover el trabajo con familias desde el enfoque de riesgo.
- 2. Potenciar el desarrollo de competencias en los equipos cabecera.
- 3. Contribuir al desarrollo de planes de mejora por Centro de acuerdo a su realidad local.
- 4. Fortalecer el desarrollo de planes de autocuidado para los equipos de Salud.

Matriz Salud Familiar

Problema Priorizado	Objetivo s	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitore o y Evaluació
Incipiente implementació	Promover el trabajo	Implementació n de consejerías familiares en todos los Centros de Salud	N° de centros de salud con consejerías familiares implementadas/ N° total de Centros de Salud* 100	85% de los Centros de salud con consejerías familiares implementada s	Trabajadores(as) Sociales de los Centros de Salud	Directores de Centros. Jefes de SOME Encargada Comunal de Salud Familiar.
n del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario en los Centros de Salud	con familias desde el enfoque de riesgo	Desarrollo de protocolos de intervención con familias	N° de protocolos desarrollados para la intervención con familias/ N° total de protocolos requeridos desarrollados*10 0	80% de los protocolos requeridos desarrollados	Encargada comunal de Salud familiar. Trabajadores(as) Sociales de los Centros de Salud.	Encargada comunal de Salud Familiar
		Diseño de formatos para registro de trabajo con familias	N° de formatos para registro de trabajo con familias/ N° total de formatos requeridos desarrollados*10 0	100% de formatos desarrollados	Encargada comunal de Salud familiar. Trabajadores(as) Sociales de los Centros de Salud.	Encargada comunal de Salud familiar.

	Evaluación de	N° de familias	80% de las	Integrantes	Encargados
	riesgo a familias de usuarios que ingresan al programa OH y Drogas	de usuarios que ingresan al programa de OH y Drogas evaluadas/ N° total de familias de usuarios que ingresaron al programa de OH y drogas *100	familias de usuarios que ingresan al programa de OH y Drogas evaluadas.	equipos OH y Drogas y/o equipos de cabecera (dependiendo del Centro)	programa Oh y Drogas de los Centros de Salud.
	Evaluación de riesgo a familia de usuario(as) en condición de postración severa que ingresa al programa de atención domiciliaria	N° de familias de usuarios en condición de postración severa que ingresa al programa de atención domiciliaria evaluadas/ N° total de familias de usuarios(as) en condición de postración severa que ingresa al programa de atención domiciliaria *100	80% de las familias de usuarios en condición de postración severa que ingresa al programa de atención domiciliaria	Integrantes de los equipos de atención domiciliaria (Enfermera(o), TENS, Trabajadores Sociales(as))	Encargados programa de atención domiciliaria en Centros de Salud.
Potenciar el desarrollo de competencias en los equipos de cabecera	capacitación en salud familiar para	N° de funcionarios(as) categorías E y F que no han recibido capacitación previa en salud familiar capacitados/N° total de funcionarios(as) categorías E y F que no han recibido capacitación previa en salud familiar *100	60% de los funcionarios(as) categorías E y F que no han recibido capacitación previa en salud familiar	Integrantes de la dirección de Salud. Encargada comunal de Salud Familiar.	Encargada comunal de Salud Familiar.
	Capacitación en consejería familiar para Trabajadores Sociales	N° de Trabajadores Sociales de los Centros de Salud que reciben capacitación	70% de Trabajadores Sociales reciben capacitación en consejería familiar	Encargada Comunal de Salud Familiar.	Encargada comunal de Salud Familiar.

Г	1			I	
	Reuniones de Socialización de documento de estructura organizacional con equipos de salud	en consejería familiar/N° total de trabajadores Sociales de los Centros de Salud *100 N° de reuniones de socialización de documento de estructura organizacional con equipos de salud realizadas/N° total de reuniones documento de estructura organizacional con equipos de salud programadas	100% de reuniones de socialización documento de estructura organizacional con equipos de salud programadas realizadas.	Consejos Técnicos de Centros de Salud (jefes de programa, jefes de sector, director, jefe SOME, encargado calidad, etc)	Encargada comunal de Salud Familiar.
	Definición del rol de TENS y Administrativos al interior de los equipos de cabecera	*100 N° de roles definidos/ N° total de roles que se estableció como necesario definir *100	100% de roles definidos.	Enfermeras TENS Administrativos. Jefes SOME Encargada Comunal de Salud Familiar.	Encargada Comunal de Salud Familiar.
	Pasantías a Centros de Salud Familiar de mayor desarrollo del modelo.	N° de pasantías realizadas/ N°total de pasantías planificadas *100	70% de pasantías efectivamente realizadas.	Equipos gestores de los Centros de Salud.	Encargada Comunal de Salud Familiar.
	Desarrollo de presentaciones de caso y estudios de familia en conjunto entre equipos de cabecera y encargada comunal	N° de presentaciones de caso y estudios de familia desarrollados en conjunto entre equipos de cabecera y encargada comunal realizados/N° total de presentaciones de caso y estudios de familia desarrollados en conjunto	80% de presentaciones de caso y estudios de familia desarrollados en conjunto entre equipos de cabecera y encargada comunal realizados	Equipos de cabecera de los Centros de Salud.	Encargada Comunal de Salud Familiar.

		planificados *100			
desa de p de n	ribuir al Realización de matriz FODA por Centro nejora Centro	N° de Centros que desarrolla matriz FODA/ N° total de Centros *100	100% de los Centros de Salud desarrolla matriz FODA	Equipos Gestores de los Centros.	Encargada Comunal de Salud Familiar.
a	cuerdo Diseño de Plan de Ilidad mejora por Ocal Centro	N° de Centros que desarrolla plan de mejora/ N° total de Centros *100	100% de los Centros de Salud desarrolla plan de mejora	Equipos Gestores de los Centros.	Encargada Comunal de Salud Familiar.
desa de p autoc par equi	lecer el perrollo de estrategia comunal para el abordaje del autocuidado pos de alud Desarrollo de planes de autocuidado por Centro.	N° de actividades de autocuidado para los equipos de salud de los Centros realizadas/N° total de actividades de autocuidado de los Centros de Salud planificadas *100	70% de actividades de autocuidado planificadas realizadas.	Todos los integrantes de los equipos de salud de los Centros.	Encargada Comunal de Salud Familiar.

2. Implementación de Procesos de Mejora Continua de la Calidad.

El 1° de Julio de 2013 entró en vigencia la garantía en calidad, la cuarta y última constituyente del "Régimen General de Garantías Explícitas en Salud". Lo anterior implica que progresivamente los distintos prestadores deberán obtener su Acreditación en Calidad para entregar prestaciones consideradas dentro de las patologías del régimen de garantías explícitas en salud a las usuarias y usuarios del sistema. Para ello deberán cumplir con los criterios establecidos en el estándar general de acreditación de prestadores institucionales de salud.

Pero ¿Qué significa acreditarse en calidad como Centro de Salud? Consiste en **garantizar la calidad** de un centro o servicio sanitario asistencial asegurando criterios básicos de calidad, mediante la revisión de su estructura física, organizacional y funcional, basándose en la comparación con las normativas y estándares establecidos por el Ministerio de Salud, asegurando la calidad de las atenciones recibidas en nuestros Centros de Salud.

Esto conllevará importantes beneficios para los profesionales, sistema sanitario, pero especialmente para los usuarios y usuarias de la comuna.

La primera etapa de la implementación de esta garantía, que comenzó el 1° de Julio de 2013, estableció que sólo podrán brindar atención a pacientes AUGE, los profesionales que estén habilitados en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud administrado por la Superintendencia de Salud.

Bajo este contexto, la Dirección de Salud de San Bernardo en Octubre de 2012, creó la Unidad de Calidad, que tiene dentro de sus objetivos "contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que otorgan los establecimientos de salud administrados por la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo", estando a cargo de implementar un proceso de mejora continua de calidad y liderar el proceso de acreditación, con el objetivo de brindar una atención que cumpla con criterios básicos de calidad y seguridad en la entrega de atenciones de salud.

Durante el año 2013, el trabajo se focalizó en una primera etapa en conformar el equipo de calidad a nivel comunal, al igual que al interior de cada Centro de Salud y designación de encargados de ámbito comunal. Del mismo modo, se realizó un levantamiento de brechas tanto del estándar general de atención abierta como de las normas técnicas básicas para la autorización sanitaria.

En cuanto al abordaje de cada ámbito que establece el estándar de acreditación, se han desarrollado la mayoría de los protocolos e indicadores establecidos, a través del trabajo mancomunado entre integrantes de la Dirección de Salud, Unidad de Calidad y equipos de los distintos Centros de Salud.

Para dar continuidad a este proceso para el año 2014 se han diseñado las siguientes líneas de trabajo:

- Sensibilizar a los equipos de salud en temáticas asociadas a mejora continua de calidad y proceso de acreditación.
- Socializar los documentos relacionados con los distintos ámbitos del estándar general de acreditación.
- Implementar los protocolos desarrollados para cada ámbito del estándar general de acreditación.

- Capacitar a funcionarios en temáticas asociadas a la mejora continua de la calidad y el estándar general de acreditación.
- Realizar autoevaluaciones del cumplimiento del estándar general de acreditación.
- Desarrollar planes de mejora sobre el proceso de implementación del estándar general de acreditación.

En términos generales, nuestras grandes metas es contar con todas las autorizaciones sanitarias vigentes de nuestros Centros a Diciembre de 2014, prerrequisito para postular a la acreditación en calidad.

Matriz Mejora Continua de la Calidad 2014

Problema Priorizado	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo y Evaluación
	Sensibilizar a los equipos de salud en temáticas asociadas a mejora continua de la calidad y proceso de acreditación.	Realización de Reuniones por Estamento	Número de Reuniones realizadas / Número Total de Reuniones programadas x 100	-100% de estamentos con 1 reunión realizada -85% de las reuniones programadas en total	Encargado de Calidad Director del Centro Encargados de Ámbitos Locales	Encargado de Calidad local.
Necesidad de potenciar la implementaci ón de un plan de mejora continua de la calidad en los Centros de Salud de San Bernardo		Realización de campaña comunicacion al a nivel comunal	N° de centros de salud con campaña comunicacion al a nivel comunal realizada/N° total de centros de salud *100	100% de los Centros de salud realizan campaña comunicacio nal a nivel comunal	Encargado de calidad de los Centros. Directores de los Centros Encargados de Sector	Encargado de calidad local y comunal
		Concurso para obtener logo y lema de la Acreditación por Centro de Salud.	N° de centros de salud que desarrollan concurso/N° total de Centros *100	-Concurso realizado en 100% de los Centros.	Encargados de Calidad Local Encargado de Calidad Comunal Invitados de la Corporación de Salud para elegir logo y lema	Encargado de Calidad local y Comunal Director de Salud

	Campaña Comunicacion al: personas que firman listado "Yo trabajo para lograr la Acreditación"	Número de personas que firman / Número total de personas que trabajan en el Centro	70% de las personas que trabajan en el Centro firman	Encargado de Calidad Director del Centro	Encargado de Calidad local y Comunal
	Comunicar avances y logros del proceso de acreditación en reuniones informativas generales por Centro	Número de Reuniones realizadas / Número Total de Reuniones Generales del Centro x 100	70% de intervencion es en reuniones programadas	Encargado de Calidad Director del Centro	Encargado de Calidad local y Comunal
Socializar documento relacionado con distintos ámbitos estándar general acreditación	los Socialización de protocolos relacionados los con características del obligatorias con de Comité de	N° de documentos socializados de las características obligatorias del estándar presentados / N° total de documentos relacionados con las características obligatorias del estándar*100	100% los documentos relacionados con las característica s obligatorias del estándar presentados a Mayo 2014	Encargada calidad local. Encargado de ámbito local	Director del Centro. Encargado calidad comunal y local.
	Socialización de protocolos de relacionados con características obligatorias con los equipos de las unidades y/o sectores de los Centros en reuniones de sector y de unidades	N° de protocolos de las características obligatorias socializados con las unidades y/o sectores/ N° total de protocolos de las características obligatorias *100	100% de los protocolos relacionados con característica s obligatorias socializados con unidades y/o sectores a Mayo del 2014.	Director del establecimient o Encargado calidad local Encargado de ámbito local	Encargado de ámbito local. Encargado de calidad local.
	Entrega de material escrito sobre los aspectos más relevantes de los protocolos	N° de Centros que entregan material escrito sobre los aspectos más relevantes de	100% Centros entregan material escrito sobre los aspectos más	Encargado de Calidad Local. Encargado de ámbito local	Encargado calidad comunal y local.

	realizados para conocimiento general de los funcionarios Difusión general de los	los protocolos realizados/N° de Total de Centros*100 N° de documentos	relevantes de los protocolos realizados. 100% de los documentos	Encargado de Calidad Local.	Encargado calidad
	documentos elaborados en reuniones generales y/o ampliadas.	difundidos en reuniones generales y/o ampliadas/N° total de documentos a difundir*100	relacionados con las característica s obligatorias difundidos.	Encargado de ámbito local	comunal y local.
Capacitar a funcionarios en temáticas asociadas a la mejora continua de la calidad y el estándar general de acreditación.	Desarrollar capacitación para Funcionarios categorías E y F no contemplados en el plan de Capacitación comunal	N° de Funcionarios categorías E y F no contemplados en el plan de Capacitación comunal Capacitados por la unidad de calidad/ N° de Funcionarios categorías E y F no contemplados en el plan de Capacitación comunal *100	70% de Funcionarios categorías E y F no contemplado s en el plan de Capacitación comunal	Encargado comunal de Capacitación Unidad de Calidad Comunal Encargados Locales de Capacitación. Encargada comunal de Calidad.	Encargada comunal de Salud familiar. Encargados locales de calidad
	Desarrollar capacitación Estándar para funcionarios rezagados de cualquier categoría	N° de Funcionarios rezagados de cualquier categoría Capacitados por la unidad de calidad/ N° de Funcionarios rezagados de cualquier categoría *100	70% de Funcionarios rezagados de cualquier categoría	Encargado comunal de Capacitación Unidad de Calidad Comunal Encargados Locales de Capacitación. Encargada comunal de Calidad.	Encargada(o) local de capacitación Encargada comunal de Salud familiar. Encargados locales de calidad
Implementar los protocolos desarrollados para cada ámbito del estándar general de acreditación	Implementaci ón de protocolos de características obligatorias	N° de protocolos de características obligatorias implementada s/ N° Total de protocolos de características obligatorias *100	100% de los protocolos de las característica s obligatorias implementad os	Encargado de Calidad y de ámbito local	Encargado de Calidad local y comunal

	Implementaci ón de protocolos de características aplicables	N° de protocolos de características aplicables implementado s/ N° Total de protocolos de características obligatorias *100	50% de los protocolos de las característica s aplicables implementad os	Encargado de Calidad y de ámbito local	Encargado de Calidad local y comunal
Realizar autoevaluacion es del cumplimiento del estándar general de acreditación.	Realizar una primera autoevaluació n por centro, a fines de Junio de 2014.	Nº de características obligatorias cumplidas/Nº total de características obligatorias*1	50% de las característica s obligatorias cumplidas	Encargados locales de calidad, y de ámbito	Encargada local y Comunal de Calidad. Director del establecimien to.
		Nº de características no obligatorias cumplidas/Nº total de características aplicables *100	50% de las característica s aplicables cumplidas	Encargado local de Calidad.	Encargada Comunal de Calidad. Director del establecimien to.
	Realizar 1° evaluación cruzada en agosto de 2014	Nº de características obligatorias cumplidas/Nº total de características obligatorias*1	50% de las característica s obligatorias cumplidas	Encargados locales de calidad	Encargada Comunal de Calidad. Director del establecimien to.
		Nº de características no obligatorias cumplidas/Nº total de características no obligatorias *100	50% de las característica s no obligatorias cumplidas	Encargado locales de calidad	Encargada Comunal de Calidad. Director del establecimien to.
	Realizar 2° autoevaluació n cruzada en diciembre de 2014	Nº de características obligatorias cumplidas/Nº total de características obligatorias*1	100% de las característica s obligatorias cumplidas	Encargados locales de calidad	Encargada Comunal de Calidad. Director del establecimien to.

		Nº de características no obligatorias cumplidas/Nº total de características aplicables *100	50% de las característica s aplicables cumplidas.	Encargado locales de calidad	Encargada Comunal de Calidad. Director del establecimien to.
Desarrollar planes de mejora sobre el proceso de implementació n del estándar general de acreditación	Realización de análisis FODA y lluvia de ideas sobre de implementaci ón del estándar general de acreditación en cada Centro de Salud	Número de funcionarios involucrados en la realización de análisis FODA y lluvia de ideas / N° Total de funcionarios de *100.	50% de los funcionarios involucrados en la realización de análisis FODA y lluvia de ideas sobre el proceso de mejora continua de la calidad en cada Centro	Encargado de Calidad Encargados de ámbito local	Encargada Comunal de Calidad.
		N° de Centros de Salud que realizan análisis FODA y lluvia de ideas sobre implementaci ón del estándar general de acreditación/ N° total de Centros *100	100% de los Centros con análisis FODA y lluvia de ideas sobre proceso de mejora continua de calidad realizado	Encargado de Calidad	Encargada Comunal de Calidad.
	Desarrollo de planes de mejora de acuerdo a antecedentes recogidos por Centro	N° de Centros que desarrolla planes de mejora / N° total de Centros *100	100% de los Centros desarrolla planes de mejora	Encargado de Calidad y Ámbitos correspondient es y funcionarios del Centro	Encargado de Calidad local y comunal
Obtener autorizaciones / demostracione s sanitarias de todos los Centros de Salud	Realizar proceso de demostración sanitaria los Centros construidos con anterioridad a Febrero 2006	N° de centros que realizan proceso de demostración sanitaria/N° total de Centros que requieren realizar proceso de demostración sanitaria *100	100% de Centros realizan proceso de demostració n sanitaria	Director del Centro. Encargado de calidad local	Director de Salud. Encargada de Calidad Comunal

Realizar	N° de centros	100% de	Director del	Director de
proceso de	que realizan	Centros	Centro.	Salud.
regularización	proceso de	realizan	Encargado de	Encargada de
de	regularización	proceso de	calidad local	Calidad
autorización	sanitaria/N°	regularizació		Comunal
sanitaria	total de	n de		
	Centros que	autorización		
	requieren	sanitaria		
	regularizar su			
	autorización			
	sanitaria *100			

PLAN DE ACCIÓN DE CUIDADO DE SALUD

1. Participación Social y Programa de Promoción de la Salud.

La promulgación de la ley de Derechos y Deberes, además de la decidida opción que ha tomado la Corporación en desarrollar procesos vinculados a calidad, han hecho que los programas de Participación Social en Salud y Promoción de la Salud se desarrollen con el tecnicismo propio que requieren ambos programas, por su importante vínculo comunitario que ambos tienen. Estos programas están íntimamente relacionados, ya que el mejor modo de abordar de buena manera la

Promoción en Salud, es a través de un potente resorte comunitario que agregue valor a los recursos públicos invertidos en el tema. Ese ha sido el esfuerzo y el compromiso de la Dirección de Salud en el desarrollo de una política inclusiva que genera verdaderos espacios de participación.

En materia de Promoción de la Salud, la SEREMI de Salud Región Metropolitana, aborda a la promoción de la Salud desde los condicionantes de salud, que inciden en problemas de salud de la comunidad. Es así como que el eje de la Promoción estuvo ligado a tres grandes condicionantes en Salud, aprobados en un Plan Comunal 2013 que se aplicó y donde se realizaron las actividades que estaban contempladas.

En materia de Participación Social en Salud, es necesario decir que existen dos mecanismos de participación social reconocidos desde el sector salud: Los Consejos de Desarrollo Local en Salud (mecanismo comunitario de participación) y las OIRS (mecanismo individual de participación social en salud). Ambos dan cumplimiento a la resolución exenta 168-2009 del Ministerio de Salud, que fija la norma sectorial para participación social, y a las leyes 19.880 de bases de los procedimientos administrativos de los órganos del estado, 20.285 de acceso a la información pública, la ley 20.584, de Derechos y Deberes y 20.500 de organizaciones comunitarias y voluntariado. Además, esto nos permite mantener un canal de comunicación permanente con la comunidad sanbernardina, constituyendo una importante herramienta de gestión y mejoría de satisfacción usuaria.

1.1 Promoción de la Salud

Descripción por Condicionante de Salud

- Condicionante Tabaco:
- Participación activa en el concurso elige no fumar a nivel nacional.
- 7 colegios, 9 cursos, 400 niños aproximados. A diferencia del año anterior, no se obtuvo premiación. Recordar que el año 2012, la comuna de San Bernardo, colegio Boston College obtuvo el primer lugar regional y nacional. Se realizaron charlas programadas, tres por cada colegio.
- Están programadas charlas comunitarias para generar hogares libres de humo de tabaco. Se comprometieron 100 hogares libres de humo de tabaco según protocolo.





• Condicionante Alimentación Saludable:

12 jardines Infantiles VTF (Vía trasferencia de fondos) son acompañados por Nutricionista.

Se realizan talleres a los padres sobre Hábitos de Vida saludable para pre escolares.

200 padres han asistido a talleres.

Trabajando con niños la diferencia entre alimentos saludables y no saludables.

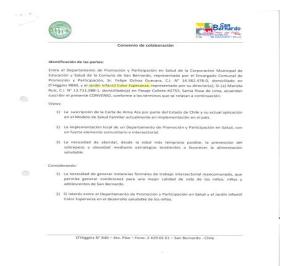
Son intervenidos con esta modalidad 700 niños

Se realizaron talleres para apoderados.

Se llevaron a cabo charlas sobre la ley del etiquetado nutricional.







Se acuerda:

3 El Programa de Promoción en Salvid de jurgos exteriores y psicemetrosido, por fos niños y niños de familio riferent capacidades operativos la armitis virtuales de armitis repetitor es externos estados esperativos que favores escono a prestaciones preventivas y que favores acceso a prestaciones preventivas y la implementar conjuntamentes iniciativos en la comunidad eliburativo del inrefin

5) Durante el período 2013 se trabajará infantes y ascomorpicades Para años esperativos del inrefin

6) La duración de este convenio será de Abbetes Salvidos de este convenio será de Abbetes Salvidos de Salvidos de este convenio será de Abbetes Salvidos de Sa

Condicionante Actividad Física:

5 talleres de actividad física sostenida y sistemática en centros de salud.

Ampliación de oferta de estos talleres. Prontamente El Manzano

12 jardines infantiles intervenidos.

700 niños intervenidos.

Se realizan sesiones de actividad física, utilizando diversas técnicas.

Le enseñan algunas habilidades para que las tías sean quienes realicen de mejor manera las actividades físicas para que sean con impacto

Adquisición de set de psicomotricidad y set de exteriores para fomentar la actividad física en estos Jardines Infantiles.

Se realizará campeonato deportivo entre funcionarios, actividad programada.

Participación activa en coordinación con intersector para acercar oferta de Actividad Física.

Convenios de colaboración con JI VTF.









Transversal:

• Financiamiento a 10 proyectos de los Consejos de Desarrollo Locales de Salud, a través de la modalidad de presupuestos participativos.

Esta iniciativa busca implementar propuestas comunitarias que favorezcan las posibilidades de la comunidad de San Bernardo para efectuar actividad física, alimentarse saludablemente y prevenir el consumo de tabaco en sus barrios y/o Centros de Salud, reduciendo brechas de inequidad existentes, potenciando el trabajo conjunto entre Equipos de Salud y la comunidad organizada.



A contar de este año, dichos fondos son financiados con recursos propios de la Dirección de Salud, lo que revela la importancia que el sector salud le asigna a la participación ciudadana.

- Participación en Red de Infancia.
- Publicación notas en distintos medios de prensa comunal.
- Carnaval de Derechos de la infancia.

Fue una verdadera intervención cultural donde más de 15 comparsas alegraron las calles del territorio con distintos tipos de expresiones culturales, bailes y batucadas. La jornada tiene como objetivo el difundir y socializar los derechos que tienen niños y niñas y adolescentes a participar activamente y a poder expresar sus necesidades e inquietudes.

Más de 1000 artistas acompañaron la hermosa jornada, provenientes desde distintos lugares de Santiago y el país, quienes inundaron los pasajes y las calles del territorio con colorido, música y fiesta nunca vistas en el sector.

Además, se debe reconocer la presencia personal de la Red de Urgencia, quienes acompañaron a los participantes, previniendo cualquier situación de riesgo que pudiera darse.

Sin duda que el correcto respeto de los Derechos de los niños favorece el desarrollo de estos, mejorando su calidad de vida y por ende su nivel de salud.





Actividades Masivas del Intersector

La iniciativa busca acercar Servicios Públicos a comunidades y localidades de San Bernardo, a fin de que la comunidad pueda acceder a Servicios de diversa índole, a Prestaciones de Salud y que pueda compartir sanamente en sus lugares de residencia. Se pretende también retomar espacios públicos haciendo de estos, un lugar de encuentro y de aprendizaje sobre los Servicios Públicos.





Inversión total Promoción según plan aprobado por la SEREMI RM: \$18.073.581

1.2 Participación Social:

A continuación, las actividades más importantes realizadas desde la Participación Social comunitaria en salud el año 2013.

- ✓ Participación activa en la elaboración del Plan Participativo de Salud año 2014.
- ✓ Participación en Diagnóstico Participativo año 2013.
- ✓ 9 CDLS funcionando, con personalidad jurídica y directivas vigentes.
- √ 9 Planes de trabajo colaborativos con centros de salud ejecutados al 100%, apoyando el logro de una meta sanitaria concreta en cada centro de salud.
- ✓ Meta sanitaria 100% de cumplimiento.
- ✓ 10 proyectos participativos diseñados, adjudicados y ejecutados dentro del marco de los programas de participación social y promoción en salud, como estrategia para potenciar recursos entre instituciones y comunidad frente al problema de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se han realizado diversos proyectos organizados por los CDLS y financiados mediante la modalidad de presupuestos participativos. Esta forma de inversión pública es una herramienta de democracia directa que permite a la ciudadanía incidir en el gasto público relativo a ciertos temas, pudiendo reorientar el uso de los recursos públicos en torno a sus necesidades sentidas, a la vez de valorizar la inversión pública, ya que a los recursos provenientes de la institucionalidad, se suman los aportes de las distintas organizaciones comunitarias.

- ✓ A petición de los usuarios, que quisieron dar el salto desde la Formación Experiencial a una más académica, es que se organizó un Seminario de Partición Social en Salud Denominado "Un desafío Democrático", 130 usuarios, funcionarios participaron de este novedoso seminario de Participación Social en Salud. Experiencia única e innovadora a nivel local, ya sea por el gran nivel de los participantes y porque fue un trabajo mancomunado y entre funcionarios y usuarios organizados.
- ✓ Participación activa en la Cuenta pública de Salud año 2012.
- ✓ Organizaciones Sociales de Salud con subvención directa otorgada por el Municipio.
- ✓ Adjudicación de presupuestos y fondos públicos. (Presidente de la República, Previene, CENDA, etc)
- ✓ Dato no menor: Después de dos años de inactividad, se creó un nuevo CDLS en Confraternidad. "Renacer Confraternidad". Esto fue un gran avance en la gestión en materia de participación año 2013.
- ✓ Se han hecho las primeras gestiones y reuniones con los usuarios y comunidad para la conformación del CDLS "Lo Herrera", con lo que se daría un impulso comunitario a este anhelo de participación en ese territorio.
- ✓ Nuevamente, el desafío para este año es vincular las acciones promocionales con actividades en los centros de salud. El año pasado se dio un avance sustantivo en la materia al solicitar al Consejo Municipal que incremente el monto de la asignación a salud, incremento que estaría destinado a esta oferta programática. Es fundamental darle orgánica a las actividades que se realizan desde los programas que incluyan las actividades a desarrollar por ciclo vital. La oferta de servicios debe estar vinculada a los profesionales de los centros de salud de la comuna. Se hace indispensable la creación de una cartera promocional de servicios que esté incluida como acciones al interior de los centros de salud. Es también muy necesario el aumentar la realización de actividad física a todos los centros de salud. Desafío pendiente y muy necesario que arrastramos hace bastante tiempo.
- ✓ Además, se debe postular nuevamente a los recursos financieros que asigna la SEREMI de salud para desarrollar el Plan comunal de Promoción según las estrategias que deben emanar en materia promocional.

Matriz de Participación Social y Programa de Promoción de la Salud.

Problema	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo
Priorizado						
Escasa	Diseño y	Monitoreo de	N° centros de	Todos los	Contratado	Encargado
vinculación de	aplicación de	Dineros asignados	salud/n° de	centros de	para la	comunal.
actividades	oferta	por presupuesto	ofertas	salud con	ocasión	Referente
Promocionales	Promocional	municipal para el	promocionales	oferta		en centro
con oferta	desde	desarrollo de	insertas/ 100	promocional		de salud
programática de	centros de	acciones				

los centros de	salud y según	promocionales.				
salud	ciclos vitales	Implementación				
		de oferta				
		promocional con				
		énfasis en lo local				
Modelo y	Postulación al	Postulación,	Convenio de	Ejecución de	Contratado	Encargado
política	Plan Comunal	adjudicación y	firma de plan	plan	para la	comunal
Promocional de	de	ejecución del plan	comunal 2014	comunal año	ocasión	
la SEREMI de	Promoción	comunal de		2014		
Salud	año 2014	promoción año				
		2014				

1.3 Desafíos año 2014 en materia de Participación: Plan de Trabajo Consejos de Desarrollo Local en Salud 2014.

Meta N° 7: CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE

Meta nacional: 100% de los consejos de desarrollo de salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre de 2014.

Introducción:

Esta meta debe propender a relevar el trabajo colaborativo que existe entre los equipos de salud y las organizaciones sociales que constituyen los Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDLS).

El presente Plan de Trabajo a nivel comunal es la continuidad de un proceso desarrollado por años fortaleciendo la participación activa en salud por parte de usuarios, dirigentes y funcionarios de salud, construyendo un espacio de diálogo, intercambio y aprendizaje mutuo a favor de la salud local. Los 9 Consejos de Desarrollo Local de Salud existentes en la comuna, desarrollaron y ejecutaron un plan de trabajo durante el año 2013, que se oficializó en ceremonia de firma en abril, con presencia de las más altas autoridades comunales, dando respuesta a los desafíos planteados por la Ley 19.813, referida a las metas sanitarias.

El trabajo con las organizaciones sociales debe ser concordante con el modelo de salud familiar, que necesita de la participación social como herramienta de gestión. Además, la participación usuaria moderniza la gestión de las instituciones sanitarias, generando espacios de diálogo y mejora continua en la calidad de los servicios sanitarios que la comuna de San Bernardo entrega en sus centros de Atención Primaria.

Diagnóstico de lo realizado el año 2013:

El año 2013 se desarrolló en todos los planes de trabajo de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de San Bernardo, tareas ambiciosas, que abordaron diversas áreas, tanto en la formación permanente en temas de salud a través de los talleres de liderazgo, en satisfacción usuaria, en formación de monitores, de desarrollo de proyectos de actividad física, comisiones OIRS, capacitaciones en GES, desde los derechos y garantías, capacitación en salud familiar, entre muchos otros trabajos realizados, con actividades tanto al interior de los consultorios, como en terreno, en toda la comuna, lo que ha significado un esfuerzo mayor a favor de la participación social.

Como comuna, hemos asumido el desafío de desarrollar política pública en salud local con sustento comunitario. Para eso destacamos el esfuerzo y la importancia de la participación activa entre funcionarios y usuarios, tanto en las reuniones de Jefes de Programa, como en las Asambleas de los CDLS, lo que permite la generación de salud pública con base social, generando una mejor comunicación y entendimiento, que beneficia el quehacer general en salud.

La comuna de San Bernardo ha asumido el desafío de generar una política de implementación del modelo de Salud Familiar. Es así que el año 2013 se ha reconocido a cuatro centros de salud con calidad de CESFAM. Esto reafirma el compromiso que como sector debemos tener con la participación usuaria en salud.

El trabajo comunitario vinculado al sector salud, es esencial en el paradigma del modelo de salud familiar. No es posible implementar exitosamente un modelo de gestión con enfoque biopsicosocial sin contar con adecuados mecanismos de participación social que nos permitan comprender las necesidades sentidas de la población, a la vez de compartir responsabilidades en el cuidado de la salud de las personas. Sabemos que hoy en día los principales problemas de salud tienen que ver con determinantes sociales y estilos de vida. Para poder intervenir exitosamente sobre estos factores, no basta con el compromiso y la excelencia técnica de los equipos de salud, es necesario contar con la colaboración de la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales.

Para dar respuesta a las metas sanitarias del año 2013, es que se desarrolla un plan de trabajo comunitario sectorial, a nivel de toda la comuna, que contiene estrategias generales en materia de participación, las que serán adaptadas por cada CDLS a su realidad local, las que serán definidas durante el primer trimestre del año 2014, en cada plan de trabajo de cada CDLS.

Este será el plan de Trabajo Colaborativo de la comuna. Como herramienta de gestión y para aterrizar a las realidades muy heterogéneas de la comuna, es que se pueden adaptar y reformular los planes de trabajo de cada CDLS, en el corte que realizará el SSMS en el mes de abril.

La comuna de San Bernardo, por su magnitud y tamaño, presenta realidades en salud muy heterogéneas. Los centros de salud se encuentran localizados en territorios urbanizados, como también en zonas rurales. Es en este sentido, que los lineamientos generales de los planes de trabajo de los Consejos de Desarrollo Local, enunciados en este plan de salud año 2014, deben ser validados y adaptados a las realidades locales, teniendo siempre como marco de acción, el plan de trabajo comunal que se observa a continuación. Estos planes de trabajo locales, ya validados por los distintos territorios representados en los CDLS y los centros de salud, serán asumidos como compromiso y oficializados en la cuenta pública de la Dirección de Salud (Rito e institución que se desarrolla en la comuna) que se realiza todos los años en abril, instancia participativa, que se ha institucionalizado en la comuna, como un espacio de participación y validación del trabajo comunitario que se desarrolla en la comuna de San Bernardo.

Para dar respuesta a los requerimientos emanados en instructivos sectoriales desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur en años anteriores, es que los planes locales llevarán la firma del Director del Centro de salud, del presidente(a) de la Asociación Gremial de Funcionarios de los Centros y de la Directiva de los Consejos de Desarrollo Local en salud.

El año pasado 2013, se realizó a nivel comunal un Diagnóstico Participativo de Salud, donde todos los socios de los CDLS plantearon sus inquietudes y necesidades en materias sanitarias,

plasmándose este encuentro en acciones concretas para solucionar las inquietudes vertidas. Estas se recogieron en el Plan de Salud de la Comuna para el año 2014.

Por último, destacar que este año nuevamente en la comuna el Plan de Salud 2014 contó con la importante opinión de la comunidad organizada en los Consejos de Desarrollo Local. En una actividad denominada Plan de Salud Participativo 2014, los equipos de salud de los centros y la comunidad organizada, definió las prioridades sanitarias que la comuna debe abordar. Todos los asistentes debatieron en torno a los problemas de salud.

La opción metodológica realizada fue agrupar por afinidad a los asistentes y vaciar en una planilla el o los problemas del Diagnóstico Participativo, para definir estrategias concretas a abordar. Lo importante es que se da cuenta de las necesidades enunciadas y se entregan aportes que permitan direccionar la política sanitaria de la comuna.

A continuación se detalla el plan de trabajo general para los CDLS de la comuna de San Bernardo para el año 2014:

TRABAJO COLABORATIVO EQUIPO DE SALUD Y CDL META Nº 7 LEY 19.813

Ejercicio de Derechos GES:

Ámbito	Objetivos	Metas	Indicador	Actividades	Responsables Equipo de salud y del CDL	Medios de verificación
Ejercicio de Derecho s GES	Favorecer en la comunidad el ejercicio responsabl e de derechos GES, mediante la difusión de Garantías Explícitas	Aumenta r el número de personas que conocen el ejercicio de derechos GES	a.1) (Número de campañas de difusión GES diseñadas conjuntamente entre equipo de salud y CDLS/9)*100 a.2) (Número de campañas de difusión GES ejecutadas conjuntamente entre equipos de salud y comunidad/9)*100 b.1) (Programa de	 Reuniones para diseñar material de difusión Reuniones para priorizar territorios Salidas a terreno 	Encargadas de Comunidad Directivas CDLS Equipo comunal de Participación Directores de Centros de Salud Asociación Gremial	REM 19 Actas de reuniones Registros de asistencia
		de protocolo breve que de cuenta de la Garantía de Oportuni	formación de Monitores Comunitarios GES dirigido a personas que no hayan participado en años anteriores, ejecutado/4)*100	 Diseño de talleres de formación Ejecución de talleres de 		

dad	formación	

• A fin de contribuir al aumento de personas educadas en el ejercicio de Derechos, se debe incorporar como meta Protocolo de Consejería Breve en Garantía de Oportunidad, luego de ocurrido el Acto Médico de Notificación de la Patología GES.

Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas:

Ámbito	Objetivos		Metas		Indicador	Act	tividades	Responsabl es Equipo de salud y del CDL	Medios de verificaci ón
Gestión de solicitude s ciudadan as	Favorecer el empoderamie nto ciudadano en relación a la gestión de solicitudes ciudadanas. Desarrollo de Plan de acción de estas comisiones	a) b)	Difusión de modelo de gestión OIRS y su marco legal realizada a todos los CDLS de la comuna Comision es OIRS con participa ción de la comunid ad, con reunione s mensual es en todos los Centros de Salud de la comuna que cuentan con esta oficina. Ejecutar	a) b)	(Número de sesiones de difusión realizadas /9)*100 (Comisiones OIRS conformada s y funcionando /9)*100 Plan de acción ejecutado	•	Diseño de sesiones de difusión Reuniones de conformaci ón de Comisión Reuniones mensuales de análisis de solicitudes ciudadanas	de salud y del CDL Encargadas de Comunidad Directivas CDLS Equipo comunal de Participació n Directores de Centros de Salud Asociación Gremial	REM 19 Actas de reuniones Registros de asistencia
			plan de acción.						

• Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas con Plan de Acción para abordar áreas críticas, sesionando mensualmente.

Apoyar el logro de una meta sanitaria definida en forma conjunta.

5						_	Responsables	Medios de
Ámbito	Objetivos	Metas	Indi	cador	Activida	des	Equipo de salud y del CDL	verificación
Apoyo al	Favorecer	Cada centro de	a)	(Número	•	Reuni	Encargadas de	REM 19
logro de	que la	salud es		de		ones	Comunidad	Actas de
una meta	comunida	apoyado por su		centros		CDLS	Directivas CDLS	reuniones
sanitaria	d apoye el	CDLS en el		de salud		У	Equipo comunal de	Registros de
definida	logro de	cumplimiento		con		equip	Participación	asistencia
en forma	alguna	de una meta		metas		o de	Directores de	
conjunta	meta	sanitaria		definidas		salud	Centros de Salud	
	sanitaria	definida en		en		para	Asociación Gremial	
	definida	conjunto		conjunto		defini		
	en			entre		r		
	conjunto			equipos		meta		
	con el			de salud		S		
	equipo de			У	•	Reuni		
	salud			CDLS/9)*		ones		
				100		CDLS		
			b)	(Número		у		
				de		equip		
				centros		o de		
				de salud		salud		
				con		para		
				trabajo		defini		
				colaborat		r plan		
				ivo con		de		
				comunida		traba		
				d,		јо у		
				desarrolla		progr		
				do en		amar		
				torno al		activi		
				cumplimi		dade		
				ento de		S		
				meta	•	Ejecu		
				sanitaria/		ción		
				9)*100		de		
						activi		
						dade		
						s		
						progr		
						amad		

		as	

• Apoyo al cumplimiento de otra Meta Ley que no sea PAP. Se requiere potenciar estrategias de trabajo comunitario que favorezcan la asociatividad y asistencia a controles, como por ejemplo: en los territorios realizar controles grupales, grupos de conversación, grupos de autoayuda.

Fortalecimiento del CDL.

Ámbito	Objetivos	Metas	Indicador	Actividades	Responsable s Equipo de salud y del CDL	Medios de verificació n
Fortalecimient	Fortalece	Realización	(Número de	 Preparación de 	Encargadas	REM 19
o de trabajo	r vínculos	de	reuniones en	reuniones	de	Actas de
colaborativo	de	reuniones	cada	 Apoyo a 	Comunidad	reuniones
entre CDLS y	trabajo	participativa	Centro/8)*10	convocatoria	Directivas	Registros
Centros de	entre	s de	0	 Ejecución de 	CDLS	de
Salud	equipos	coordinació		reuniones	Equipo	asistencia
	de salud	n entre el			comunal de	
	y CDLS	equipos de			Participación	
		los Centros			Directores	
		de Salud y			de Centros	
		CDLS			de Salud	
					Asociación	
					Gremial	

• Empoderar al CDL en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

Es necesario aclarar dos premisas importantes para este plan de trabajo de cada CDLS.

- 1.- Este plan de trabajo está diseñado en función de las orientaciones de las metas sanitarias 2014. Contempla cada una de las indicaciones entregadas.
- 2.- Para dar cumplimiento a lo establecido, en el mes de abril se puede reformular el plan. Esto es una guía comunal para la toma de decisiones a nivel local, por cada CDLS.

OIRS:

El presente informe presenta los datos estadísticos de la Gestión de los reclamos en cada centro de salud y centros de apoyos de la comuna del presente año, hasta agosto del 2013. Se da cuenta de las personas atendidas, solicitudes ciudadanas realizadas por cada centro de salud como son felicitaciones, solicitudes, sugerencias y reclamos. Además se muestran los reclamos por centros Enero a Agosto 2013 y la tipología más prevalente.

En la actualidad contamos con 11 oficinas de OIRS en la comuna conformadas y funcionando con formulario único de solicitud Ciudadana foliado y por centro. Las oficinas OIRS creadas durante el año 2013 son:

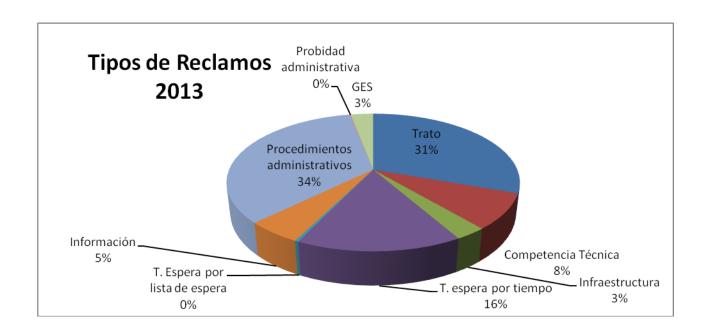
- COSAM
- Laboratorio Comunal
- CECOF Rapa Nui
- Rucahueche
- 1.- Personas atendidas a Agosto de 2013, 112.363.
- 2.- Solicitudes ciudadanas a Agosto de 2013, 2620.
- 3.- Solicitudes Ciudadanas

Sugerencias	1735
Felicitaciones	236
Reclamos	611
solicitudes	38



4.- Tipología

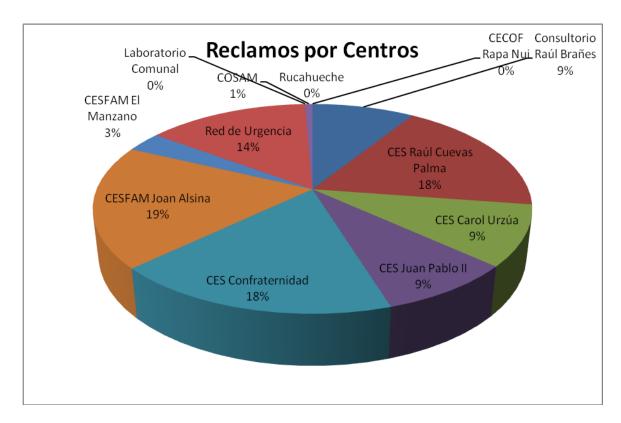
Trato	186
Competencia Técnica	51
Infraestructura	18
T. espera por tiempo	94
T. Espera por lista de espera	2
Información	32
Procedimientos administrativos	209
Probidad administrativa	1
GES	18



El gráfico muestra la tipología de los distintos reclamos realizados por los usuarios en los Centros de Salud y de apoyo de la comuna. Las categorías con mayor porcentaje son procedimientos administrativos 36% que se refiere a procesos de admisión, falta de personal, funcionamiento de la organización propiamente tal y trato 30% la que refiere al lenguaje, maltrato físico, privacidad y Confidencialidad.

5.- Reclamos por Centros

Centros de Salud	Reclamo
CES Raúl Brañes	55
CES Raúl Cuevas Palma	112
CES Carol Urzúa	57
CES Carol Orzua	37
CES Juan Pablo II	52
CES Confraternidad	109
CESFAM Joan Alsina	116
CESFAM El Manzano	19
Red de Urgencia	87
Laboratorio Comunal	0
COSAM	4
CECOF Rapa Nui	0
Rucahueche	0



Del siguiente gráfico se desprende que los Centros con mayor porcentaje de reclamos a la fecha son CESFAM Joan Alsina, Raúl Cuevas, Confraternidad y Red de Urgencia.

6.- Cumplimiento por Centro de Salud (Según IAAPS).

Centros de Salud	% Cumplimiento
CES Raúl Brañes	100%
CES Raúl Cuevas Palma	100%
CES Carol Urzúa	100%
CES Juan Pablo II	100%
CES Confraternidad	100%
CESFAM Joan Alsina	100%
CESFAM El Manzano	100%

Existe gestión de los reclamos en cada Centro de Salud y centros de apoyo de la comuna. Cabe destacar que el cumplimiento en la entrega de la respuesta de los reclamos a los usuarios se hace antes de los 15 días hábiles, tal como lo estipulado la Ley 20.584 y el Reglamento N° 35, sobre los plazos de respuesta. El porcentaje de cumplimientos de la gestión de reclamos a la fecha es de 100%.

Desafíos 2014:

- Los procesos de gestión de solicitudes ciudadanas forman parte integrante de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, así como de los requisitos para la acreditación de calidad, lo que nos obligará a mejorar nuestros estándares y readecuar procedimientos de modo de cumplir con las nuevas normativas vigentes, para lo cual ya se está trabajando a nivel comunal y en cada Centro de Salud.
- Debemos mejorar la integración con los servicios informativos del intersector, de modo de poder brindar a nuestros usuarios y usuarias una atención con mayor integralidad y calidad.
- Además, debemos socializar y trabajar en base al modelo de gestión de reclamos que se elaboró desde la acreditación en calidad. Instrumento importante de gestión que debe buscar entregar un servicio de excelencia y calidad de acuerdo a lo establecido en el estándar.
- Otro desafío es brindar desde los Centros de Salud atenciones basadas en el respeto y el buen trato en la atención.

Matriz

Problema	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo
Aplicación de la ley 20584	Que cada Centro de Salud, sus cecofs, postas y todo lugar donde se atiende público cuente con un dispositivo	Catastro para levantar brecha. Implementación de nuevos sistemas OIRS. Difusión de la ley 20584 desde las OIRS.	N° de dispositivos con atención de público/ N° de OIRS /100	100 % de cumplimiento, todos los dispositivos de atención tienen que contar con OIRS.	Contratado para la ocasión. Encargadas OIRS	Encargado comunal. Referente en Centro de Salud
Aplicación de n nuevos instrumentos basados en la política de calidad comunal	OIRS Todos los centros de salud cuentan con documentación de calidad y protocolos relativos al manejo de las OIRS	Revisión de protocolos Implementación de protocolos	N° de dispositivos con atención de público/ N° de protocolos implementados /100	100 % de Las OIRS con protocolo ejecutado.	Contratado para la ocasión	Encargado comunal

2. Programa de Salud Infantil

El programa de salud en la infancia, comienza en la década de los 50 como estrategia para la disminución de las altas tasas de mortalidad infantil. Actualmente la estrategia de intervención se centran en continuar reduciendo las tasas de mortalidad antes de los 5 años, pero además tienen como objetivo favorecer el óptimo desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 para mejorar su calidad de vida, asumiendo el compromiso de asegurar la protección integral mediante la interacción de todas las áreas que inciden en su desarrollo psicosocial. El programa de salud infantil ofrece una gama de prestaciones que se relacionan estrechamente a áreas vinculadas a la salud integral infantil a través del programa de protección a la primera infancia, modelo de salud familiar y comunitaria y gestión hospitalaria. Ligado al programa salud de la primera infancia, desde el año 2007 se ha puesto en marcha el programa Chile Crece Contigo, el que tiene como propósito contribuir a que los niños y niñas nazcan y se desarrollen con la capacidad de beneficiarse de las oportunidades educativas, sociales y afectivas que se le presenten, ofreciendo en principio a las embarazadas, sus hijos y acompañantes una atención integral del proceso reproductivo, basada en la evidencia científica, humanizada y respetuosa.

Dentro del programa infantil, se ha estado desarrollando dentro de la comuna desde el año 2012, programa piloto Salud Escolar, el cual centra la atención en los problemas de salud prevalentes de población de niños y niñas entre 5 y 9 años, otorgando una atención integral y resolutiva, a través de controles de salud realizados dentro de los establecimientos educacionales, contribuyendo a la correcta promoción de factores de riesgo protectores y el desarrollo y la pesquisa precoz con un enfoque preventivo. Actualmente estos controles de salud escolar son realizados por un equipo externo a los centros de salud, conformado por una enfermera y un técnico en enfermería nivel superior.

Matriz Programa Infantil.

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Necesidad de fomentar LME al 6to mes de vida	Lograr Lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	Aumentar en al menos un 10% la cifra de la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	(N°de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida /N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia. Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de la niña y niño.	Médico, Matrón(a), Enfermera, Nutricionista	Encargado Programa Infantil comunal y local
	Promover acciones de estilos de vida	Realizar al menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil.	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil	Actividades de promoción de salud con apoyo de la "guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local"	Equipo departamento promoción. Encargados del programa infantil comunal y local.	Encargado Programa Infantil comunal y local
Obesidad en niños(as) menores de 6 años.	saludable y desarrollo integral de niñas y niños	Realizar al menos 5 actividades anuales de promoción sugeridas en la "Guía para una vida saludable I y II"	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la vida saludable: Actividades Física y Alimentación saludable	Realizar actividades con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II"	Equipo departamento promoción. Encargados del programa infantil comunal y local.	Encargado Programa Infantil comunal y local
	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y actividad física como factores protectores de	·	(N° de consejerías en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ N°total de niñas y niños menores de 10 años bajo control)x100	Consejerías de actividad física individual entregada a niñas y niños menores de 10 años, basados en las guías para una vida saludable.	Nutricionista, Enfermera.	Encargado Programa Infantil comunal y local

enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	80% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional al 5°mes de vida	(N° de Población con consulta nutricional al 5to mes/ N°total de población normal bajo control entre 5 y 11 meses de edad) x 100	Consulta nutricional al 5°mes, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6°mes, según las guías de alimentación del niño(a) menos de 2 años hasta la adolescencia	Nutricionista	Encargado Programa Infantil comunal y local
	50% de niñas y niños con estado nutricional reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(N° de población con consulta a los 3 años 6 meses / N° de población normal bajo control entre 24 y 47 meses de edad /2) x 100	Consulta Nutricional a los 3 años 6 meses de vida con componente salud bucal, alimentación saludable y actividad física según las guías de alimentación del niño(a) menos de 2 años hasta la adolescencia	Nutricionista	Encargado Programa Infantil comunal y Iocal
Lograr Lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	Aumentar en al menos un 10% la cifra de la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	(N°de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida /N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia. Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de la niña y niño.	Médico, Matrón(a), Enfermera, Nutricionista	Encargado Programa Infantil comunal y local
Fortalecer el control de salud de niñas y niños con énfasis en intervenciones de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	100% puérperas y recién nacidos antes de 10 días de vida que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad de apego, fomento de la lactancia materna exclusiva	(N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los 10 días de vida / N° total de partos) x 100	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida	Médico, Matrón(a)	Encargado Programa Infantil comunal y Iocal

	Contribuir a la disminución de factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 6 a 10 años	50% de las niñas y niños mejoran si Z score de IMC al término de la intervención del Programa Vida Sana.	(N° niñas y niños entre 6 y 9 años que participan del PVS y que mejoran su Z score al 4to mes de intervención / N° total de niñas y niños con 4to control realizado) x 100	Programa Vida Sana Obesidad, destinado a niñas y niños entre 6 y 10 años.	Médico, Nutricionista, Psicólogo, Preparador físico o Kinesiólogo(a)	Encargado Programa Vida Sana Obesidad del Centro
	Detener el aumento de la prevalencia de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años	100% de cobertura niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben Consulta Nutricional	(N° de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° total de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso) x 100	Consulta Nutricional a niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; Según las normas nutricionales vigentes.	Nutricionista	Encargado Programa Infantil comunal y local
		100% Niñas y niños de 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud)	(N° de aplicaciones de test de evaluación de desarrollo psicomotor a niños y niñas a los 8 meses/ N° total de niñas y niños de 8 meses bajo control) x 100	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor	Enfermera ó Médico	Encargado Programa Infantil comunal y local
Necesidad de Recuperación de Desarrollo Psicomotor	Favorecer la vigilancia de trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil	90% de niñas y niños de 12 meses de edad que se les aplica pauta breve en control de salud a los 12 meses.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizada a niños y niñas de 12 a 17 meses / N°total de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control) x 100	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	Enfermera ó Médico	Encargado Programa Infantil comunal y local
		90% de niñas y niños de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el centro de salud)	(N° de aplicaciones de desarrollo psicomotor a niños y niñas de 18 a 23 meses/ N°total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100	Control de salud a los 18 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	Enfermera ó Médico	Encargado Programa Infantil comunal y Iocal

	50% de niñas y niños con 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en niñas y niños de 24 a 47 meses/ N°total de niñas y niños de 24 a 47 meses) x 100	Control de salud a los 24 meses con una aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor	Enfermera ó Médico	Encargado Programa Infantil comunal y local
	90% de niñas y niños de 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo psicomotor realizada al grupo de 24 a 47 meses/ N°total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor	Enfermera ó Médico	Encargado Programa Infantil comunal y local
Disminuir el porcentaje de niñas y niños	80% de las niñas y niños que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM	(N° de niñas y niños menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en su primera evaluación desarrollo psicomotor)x100	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en la sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante. O atención domiciliaria	Enfermera o Educadora de Párvulo	Encargado Programa Infantil comunal y local
con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	100% de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en su primera evaluación desarrollo psicomotor)x100	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en la sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante. O atención domiciliaria	Enfermera o Educadora de Párvulo	Encargado Programa Infantil comunal y local

90% de las niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N°de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x100	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Enfermera o Médico	Encargado Programa Infantil comunal y Iocal
90% de las niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N°de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x100	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Enfermera	Encargado Programa Infantil comunal y local
100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	(N°de visitas domiciliarias integrales realizadas a las familias con niño con déficit de DSM / N° total de niñas y niños diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)x100	Visita domiciliaria Integral	Integrantes del equipo de salud general, Equipo de Salud Mental	Encargado Programa Infantil comunal y Iocal

	100% de las diadas con apego inseguro participan en el taller nadie es perfecto, en talleres de desarrollo socioemocional y juego en sala de estimulación; y en taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza	(N° de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de autocuidado, taller nadie es perfecto y/o de actividades en sala de estimulación / N°total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro)x100	Taller y actividades para el fomento de seguridad en el apego	Facilitador/a de Metodología Nadie es Perfecto	Encargado Programa Infantil comunal y local
--	---	---	---	--	---

3. PROGRAMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL NIÑO

Como lo demuestran los principales indicadores sanitarios, en Chile, las infecciones respiratorias agudas (IRA) del niño, constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica, por lo cual el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria en todo el país.

De todos los fallecidos por IRA, en más del 90% de los casos, la causa del deceso es la neumonía. En Chile, ésta es la principal causa de mortalidad infantil tardía.

Si bien, durante las últimas décadas se ha observado un progresivo descenso de la mortalidad por infecciones respiratorias en niños, gracias a las intervenciones realizadas, como el Programa IRA y el Plan de Invierno, ésta sigue siendo la principal causa de mortalidad evitable en niños.

Es por lo anterior, que nuestros esfuerzos durante el 2014 apuntarán a cumplir con los objetivos sanitarios propuestos, tanto en el área de la promoción, prevención y tratamiento.

- Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias agudas en niños.
- Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco.
- Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA.
- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.
- Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control.

- Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.
- Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.

Matriz

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del
				Indicador
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimient os educacionales, salud y hogares).	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacional es, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimiento s educacionales, salud y	Aumentar en un 10% línea de base 2013.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimiento s educacionales, salud y comunidad.	Indicador REM A19a Sección B1
Contribuir a la disminución de morbimortalida d en menores de 1 año por IRA.	Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.	Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / № total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100	REM A23 Sección M REM P2 Sección D

Contribuir a la disminución de la morbimortalida d por enfermedades respiratorias crónicas.	Visitas Domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogo, a familias con niñas y niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / Nº total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) x 100	REM A23 Sección M REM P3 Sección A
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control. Mejorar la calidad de	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica. Categorizar por	Aumentar en 10% la población bajo control infantil en el Programa IRA.		REM P3(2013) Sección A REM P3(2012) Sección A REM P3 sección
calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	severidad a pacientes crónicos respiratorios.	niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.	niños con categorización de severidad / Nº total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100	A
Mejorar la calidad de atención en	Evaluar calidad de vida al ingreso del	60% cuenta con evaluación de calidad de vida	(Nº de niñas y niños con evaluación de	REM A23 Sección N REM P3 Sección A

población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Programa IRA.	al ingreso del Programa IRA.	calidad de vida al ingreso del programa / Nº de niñas y niños que ingresan al Programa IRA) *100	
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA Baja en menores de 5 años.	menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación	garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de	SIGGES

4. Chile Crece Contigo

La Ley 20.379 crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo, transformándose así en una política pública estable, dicha ley establece que los niños y niñas se integran a Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar.

Este programa enmarcado en el sistema de protección integral a la primera infancia, se desarrolla en la comuna a contar del año 2007. Ofrece una atención integral del proceso reproductivo a las gestantes, sus hijos y acompañantes significativos.

El programa ofrece talleres de educación y preparación al parto, instrumentos de evaluación de calidad del vínculo madre hijo, evaluación de riesgo de depresión post-parto, talleres de crianza, etc.

Se visualiza de mejor forma esta estrategia entendiéndola desde sus 5 componentes, 3 de los cuales se ejecutan en los Centros de Atención Primaria de Salud, estos son:

- Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal
- Fortalecimiento del Desarrollo Integral del niño/niña
- Atención de niños/niñas en Situación de Vulnerabilidad

Objetivo General

Fortalecer el desarrollo de los niños y niñas desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o su equivalente.

Objetivos Específicos

Promover el bienestar del niño por nacer y su entorno familiar próximo a través de:

- Los cuidados prenatales pertinentes enfatizando la detección del riesgo y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar.
- El control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral.
- Las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o rezagos en su desarrollo.

El programa cuenta con una serie de indicadores cuyo desempeño al mes de agosto del año 2013 damos cuenta en la siguiente tabla:



La comuna presenta resultados que a la luz de los años de implementación demuestran la robustez de la inserción de la estrategia en el quehacer de los Centros de Salud, sin embargo se han visto afectados negativamente sus resultados entre otras razones por:

Gestión del Recurso Humano

- Falla en los registros de las actividades
- Licencias extensas de agentes claves, como lo son los facilitadores Nadie es Perfecto
- Problemas de agenda, pesquisa y rescate de *inasistentes*

Por parte de las usuarias

- Baja adhesión a los talleres, según relato por el gran número de sesiones
- Horarios no compatibles con el trabajo de los padres

Problemas que es necesario contemplar como parte del contexto de manera tal de tomar las provisiones para cumplir tanto con las metas propuestas como con intentar aumentar las coberturas de nuestros servicios.

De los siguientes problemas priorizados se desprenden 3 líneas de intervención:

Problemas Priorizados:

- Debilidad en el cumplimiento de indicadores de contexto.
- Dificultades cumplimiento acciones relacionadas a la disminución del porcentaje niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.
- Incipiente implementación de talleres educativos de habilidades parentales.
- Debilidad de la articulación de la red comunal en materia de atenciones de gestantes en riesgo.

Líneas de Intervención:

- Fortalecimiento de la variable comunitaria como soporte del cumplimiento de las acciones contenidas en la programación, en especial aquellas relacionadas con los indicadores de contexto y de la implementación de los talleres educativos.
- **Mejoramiento de la gestión del Recurso Humano**. (Licencias, Suplencias, Cambios de Funciones, Rotación de personal, Inducción de Nuevo Personal)
- Mejora de **Gestión de Riesgo** a través de la **Intervención Intersectorial**. (Generación de acuerdos y establecimiento de protocolos de alcance comunal, dinamización de redes locales; hospitales, tribunales, organizaciones no gubernamentales).

Problema priorizado	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo y Evaluación
Incipiente implementación talleres educativos de habilidades parentales	Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	Taller educativo de habilidades parentales con metodología "nadie es perfecto" a Madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control	(Nº de talleres nadie es perfecto iniciados / Nº total de facilitadore s vigentes) x 100	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados entregados a padres, madres y cuidadores de niños y niñas menores de 72 meses por facilitador vigente	facilitadora s certificadas	Directores de Centro, Encargadas locales ChCC, Encargado Comunal ChCC

	Generar acuerdos de nivel comunal para la facilitación de la implementación de acciones de formación habilidades parentales	Reuniones de coordinación y presentación de la estrategia	(Nº de acuerdos de trabajo colaborativ o / Nº total de organizacio nes priorizadas) x 100	Firma de acuerdo comunal con organizaciones del Intersector para la facilitación de la estrategia	Psicólogo	Encargado Comunal ChCC
	Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto-cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes	(№ de gestantes que ingresan a talleres grupales / № total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	Matrona, enfermera, psicólogo	Directores de Centro, Encargadas locales ChCC, Encargado Comunal ChCC
Debilidad de la articulación de la red comunal en materia de atenciones de gestantes en riesgo	Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Diseño de modelo de trabajo intersectorial Instalación equipo de trabajo	(Nº de iniciativas de Intersector planificadas / Nº total de iniciativas instaladas) x 100	Implementació n de ámbito Intersector	Psicólogo	Encargado Comunal ChCC
Dificultades cumplimiento indicadores PADBP de contexto	Fortalecimiento de indicadores de contexto	controles de Salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre	Nº de controles de salud entregados a niños (as) menores de 1 año en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños (as) menores de 1 año) x 100	20% de controles entregados a niños menores de 1 año participa el padre	Equipo ChCC	Directores de Centro, Encargadas locales ChCC, Encargado Comunal ChCC

		controles de Salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 5 en los que participa el padre	Nº de controles de salud entregados a niños (as) mayores de 1 año y menores de 5 en los que participa el padre / № de controles de salud entregados a niños (as) mayores de 1 y menores de 5 año) x 100	12% de controles entregados a niños menores de 1 año participa el padre		
Dificultades cumplimiento acciones relacionadas a la disminución del porcentaje niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Disminuir el % de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	visita domiciliaria integral	(№ de visitas domiciliaria s integrales realizadas a familias con niño con déficit DSM/ № total de niñas y niños diagnostica dos con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliares integrales	Psicólogo, Matrona, Trabajador Social	Directores de Centro, Encargadas locales ChCC, Encargado Comunal ChCC

	Taller y actividades para el fomento de seguridad en el apego	(№ de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de autocuidado, estimulació n y normas de crianza, Taller "Nadie es perfecto" y/o de actividades en sala de estimulació n / № total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro) x100	100% de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) inician taller "Nadie es Perfecto" en talleres de desarrollo socioemocional y juego en sala de estimulación, y en taller de auto-cuidado: estimulación y normas de crianza	Educadora, Psicólogo, Trabajador Social, Matrona	Directores de Centro, Encargadas locales ChCC, Encargado Comunal ChCC
--	--	---	---	--	---

5. Programa Salud del Adolescente

La adolescencia es una etapa privilegiada del desarrollo de las personas donde se producen importantes cambios en lo somático, lo psicológico y en lo social, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para su vida y desarrollo, o también pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud.

En la actualidad se postula que durante la adolescencia hay un aumento en el número de actividades consideradas como comportamientos de riesgo; como por ejemplo el uso de drogas, ausentismo escolar y sexo precoz y sin protección, entre otros, que pueden generar consecuencias para la salud del o la adolescente, su familia y comunidad.

En este contexto, uno de los problemas priorizados en el plan de salud de la comuna de San Bernardo 2012-2013, fue el embarazo adolescente, debido a los riesgos y complicaciones biomédicas, socioculturales y psicológicas, y a nivel personal, familiar y social, que requiere ser abordado de manera integral e intersectorial. También, un nuevo embarazo en la adolescencia, es considerado como uno de los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza, que puede significar limitaciones para la construcción de proyectos de vida.

La prevención del embarazo y maternidad en adolescentes se presenta como desafío para la Corporación Municipal de Salud de San Bernardo y los equipos de los Centros de Salud.

Por ello, en el año 2012 se comenzó a esbozar una propuesta comunal para la prevención del embarazo adolescente. En el año 2013, se consolida un Plan Comunal de prevención del embarazo adolescente y se inicia un proceso de implementación de este plan en los Centros de Salud de la comuna y en el Centro Rucahueche. Dicho plan recogió acciones de experiencias nacionales e internacionales, que han resultado eficaces en la prevención del embarazo adolescente, que tiene por objetivo disminuir el embarazo adolescente no planificado y su reincidencia.

El Plan consideró el desarrollo de dos programas:

- 1.- Programa para la prevención del primer embarazo adolescente
- 2.- Programa para la prevención de la reincidencia del embarazo adolescente Desarrollándose las siguientes estrategias globales:
 - Monitorear mensualmente la magnitud del problema.
 - Realizar reuniones técnicas con el equipo encargado de coordinar el programa adolescente de cada Centro.
 - Desarrollar un Seminario de Prevención del embarazo adolescente.
 - Gestionar becas de la U. de Santiago, para la formación de postítulo de matronas, en Salud Sexual y Reproductiva del adolescente, con énfasis en consejería.
 - Incrementar recurso profesional matrona para el desarrollo de este programa por el Centro Rucahueche.
 - Incorporar recurso vehículo para realizar atenciones domiciliarias o en los establecimientos educativos.
 - Incorporar en la programación visitas domiciliarias y de seguimiento para asegurar el acceso oportuno a consejerías y regulación de la fecundidad.
 - Elaborar y desarrollar talleres preventivos en los establecimientos educativos.

Los principales resultados obtenidos durante el año 2013, son fruto de un trabajo coordinado entre los equipos de los Centros de Salud y el Centro Rucahueche, los que se mencionan a continuación:

Se logró mantener la tendencia a la disminución del porcentaje de embarazo adolescente y de la reincidencia de este, como lo muestra la siguiente serie agosto 2011-2012-2013

Porcentaje embarazo adolescente comuna	2013	2012	2011
10 a 19 años	20,1	22,0	25,2
Menores de 15 años	1,2	1,0	1,4
Reincidencia	16,1	15,8	21,8

Fuente REM 2013

- Se implementaron talleres de prevención embarazo adolescente, en 21 establecimientos educacionales municipalizados de la comuna, participando 2.782 adolescentes en talleres preventivos (47,6% son mujeres y 52,4% hombres).
- Se implementaron 5 clínicas en establecimientos educacionales, con oferta de servicios integrales de Salud Sexual, que incluyen: ingreso SSR (Clap SSR), Consejería y Regulación fecundidad.
- Se realizaron visitas domiciliarias a embarazadas y puérperas adolescentes, con el fin de promover y/o iniciar protección dual.

El principal logro del programa adolescente, es que se cuenta con un Plan Comunal de Prevención del Embarazo Adolescente, que incorpora acciones preventivas a nivel individual, familiar y escolar, sin embargo, aún debemos avanzar en el desarrollo de estrategias intersectoriales y de resonancia comunitaria de manera de poder impactar en esta problemática compleja.

Por otro lado, durante el año 2013, se implementó en los Centros de Salud el Control Joven Sano, que permite evaluar el estado de salud y el normal crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes. En la implementación y desarrollo de esta actividad, se presentaron algunas dificultades, que se debieron a problemas relacionados con el recurso humano, acceso expedito a los establecimientos educativos, compromiso de los equipos de salud de los centros y sistema de registros.

El control Joven Sano se visualiza como un pilar fundamental de las acciones preventivas y promocionales del programa integral de adolescente. Por ello, para lograr esta acción e impactar en la salud de adolescentes, es importante que la implementación debe realizarse articulada con los establecimientos educativos, en el marco de un programa de salud escolar. Así como gestionar oportunamente por los equipos los factores y/o conductas de riesgo o problemas de salud pesquisados, con el objeto de intervenir en forma oportuna, con enfoques integrales. También se requiere aumentar progresivamente la capacidad resolutiva y mejorar la derivación oportuna.

En este sentido el Centro Rucahueche se ha constituido como un centro integral especializado en la atención de adolescentes, de mediana complejidad, que desarrolla un Programa de atención de Salud Integral, Ambulatorio, modalidad Amigable, que aplica enfoques de Derechos, Género, Determinantes sociales, interculturalidad, Resiliencia, comunitario, entre otros enfoques integradores, donde se enfatiza la atención desde un modelo que estimula las fortalezas, y no sus conductas problemas, siendo galardonado en el año 2013 como "Buenas Prácticas" por OPS/OMS.

En relación a lo antes mencionado, es importante avanzar en la comuna en mejorar el acceso a servicios amigables oportunos, diferenciados, con una oferta de atención con altos estándares de calidad y profesionales capacitados en adolescencia, que respondan a sus necesidades de salud.

En este contexto, se generan nuevos desafíos para el año 2014, con el fin de obtener éxito y lograr un alto impacto en la salud de adolescentes:

- 1.- Mantener y mejorar, de acuerdo a la evidencia disponible, el plan de prevención de embarazo adolescente, con una visión intersectorial y comunitaria, que incorpore acciones preventivas a nivel individual, familiar y comunitario.
- 2.- Incorporar el Control Joven Sano, como una actividad que se constituya en la puerta de entrada a los Centros de Salud de la comuna.
- 3.- Transformar al Centro Rucahueche en un centro comunal de atención de adolescente, que cuente con una planta física adecuada a las necesidades y gusto juvenil, acreditado y reconocido formalmente por la red de salud de la comuna y Servicio de Salud metropolitano Sur.
- 4.- Fortalecer los equipos de Salud para el trabajo con adolescentes.

Problema	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo
Priorizado						У
						Evaluación
Embarazo adolescente	Mantener y mejorar de acuerdo a la evidencia disponible el plan comunal de	Realizar revisión bibliográfica anual de evidencia nacional o internacional	Base de datos consultadas	1 revisión anual de experiencias exitosas a nivel nacional e internacional	Investigador Centro Rucahueche	Encargada Comunal Programa Adolescente
	prevención de embarazo adolescente	Evaluar implementación del plan de prevención por centro	N° de informes elaborados/N° de informes programados	1 informe trimestral 1 informe final anual	Encargada comunal y Coordinadoras Programa Adolescente Centros de Salud	Encargada Comunal Programa Adolescente
		Realizar reuniones intersectoriales	N° de instituciones participan reuniones	1 reunión trimestral	Encargada comunal y Coordinadoras Programa Adolescente Centros de Salud	Encargada Comunal Programa Adolescente
		Elaborar plan anual de resonancia comunitaria Desarrollar acciones de resonancia comunitaria con componente de género y proyecto de vida	N° de acciones de resonancia comunitaria realizadas/n° de actividades programadas	80% actividades planificadas realizadas	Equipo Espacio Amigable (EA) y equipo Rucahueche. Equipos Centros de Salud comuna.	Encargada Comunal Coordinadora Programa Adolescente Centro de Espacio Amigable (EA). Coordinadora Programa Adolescente Centro.

integrales VDI-PPE (Programa Prevención Embarazo)	escolares efectivas PPE/N° de visitas domiciliarias o escolares programadas	planificadas realizadas	Adolescente Centros de Salud	Comunal
Diseñar talleres preventivos modalidad participativa con enfoque género, etapa evolutiva, derechos, anticipatorio y modelos teóricos comportamentales. Taller de socialización talleres con equipo EA	N° de talleres preventivos realizados/N° de talleres preventivos programados	80% actividades planificadas realizadas	Equipo PPE Rucahueche Equipo EA	Encargada comunal Coordinadora Programa Adolescente Centro de Espacio Amigable (EA).
Desarrollar talleres preventivos, modalidad participativa a escolares				
Desarrollar reuniones-taller de sensibilización profesores Elaboración material educativo reunión Calendarizar reuniones en coordinación Educación	N° reuniones- taller de sensibilización para profesores/N° de talleres programados	70% actividades planificadas realizadas	Equipo PPE Rucahueche Equipo EA	Encargada comunal Coordinadora Programa Adolescente Centro de Espacio Amigable (EA).
Desarrollar Talleres parentales Diseñar talleres parentales Taller de socialización taller con equipo asistentes sociales Desarrolla	N° de talleres parentales realizados/N° de talleres parentales programados	50% actividades planificadas realizadas	Equipo Rucahueche Equipos asistentes sociales centros	Encargada comunal Coordinadora Programa Adolescente Centro.

Consejerías SSR	consejerías	actividades	Centros de	comunal
	SSR	planificadas	salud, EA y	Coordinadoras
	realizadas/N°	realizadas	Rucahueche	programa
	Consejerías			adolescente
	SSR			centro
	programadas			

Problema	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo y
Priorizado						Evaluación
Necesidad de incorporar el Control Joven Sano, como una actividad que se constituya en la puerta de entrada a los Centros de Salud de la comuna	Aumentar la cobertura del Control Joven Sano Implementar el control joven sano, como una actividad de	Realizar un taller de capacitación equipos profesionales Implementar el Control Joven Sano en los centros de salud en adolescentes de 10 a 14 años	N° de adolescentes con Control Joven Sano de 10 a 14 años realizados/N° de adolescentes con Control Joven Sano de 10 a 14 años programados	100% actividades planificadas realizadas	Matronas o enfermeras equipos de salud y Centro Rucahueche.	Encargada comunal Coordinadoras programa adolescente centro
	control de salud escolar	Realizar un taller de capacitación equipos profesionales Implementar el control joven sano en los centros de salud en adolescentes de 15 a 19 años	N° de adolescentes con Control Joven Sano de 15 a 19 años realizados/N° de adolescentes con Control Joven Sano de 15 a 19 años programados	100% actividades planificadas realizadas	Matronas o enfermeras equipos de salud y Centro Rucahueche.	Encargada comunal Coordinadoras programa adolescente centro
		Realizar reuniones de coordinación entre salud y educación	Reuniones de coordinación y articulación Salud y Educación	Protocolo de acuerdo salud- educación	Dirección de Salud y educación Encargada comunal	Dirección de Salud Encargada comunal

Problema Priorizado	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo
Priorizado						y Suelue elée
						Evaluación
Mejorar la equidad y oferta de atención especialidad	Transformar al Centro Rucahueche en un centro comunal de	Elaborar proyecto edificación	Proyecto diseñado y puesta en marca de cronograma	Cumplimiento Cronograma	Directora centro Rucahueche y equipo SERPLAC	Dirección de Salud Encargada comunal
de calidad en la comuna	atención de adolescente.	Elaborar propuesta para certificar centro en la red servicio salud sur	Protocolos , cartera de prestaciones, flujo red comunal, etc., requeridos	Documentos elaborados de acuerdo estándar requerido	Directora centro y equipo asesores corporación de salud y servicio	Dirección de Salud Encargada comunal
	Establecer una oferta de prestaciones de salud de resolutividad progresiva en la comuna	Elaborar un flujograma de atención oferta comunal por nivel de complejidad. Establecer sistema de referencia y contra referencia comunal	Flujograma de oferta comunal Sistema de referencia y contrareferencia elaborado	Documentos elaborados	Directora centro y equipo asesores corporación de salud y servicio	Dirección de Salud Encargada comunal

Problema	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo
Priorizado						У
						Evaluación
Necesidad de contar con equipos de salud capacitados para la atención de adolescentes en los centros de salud	Fortalecer los equipos de Salud para el trabajo con adolescentes.	Establecer diagnóstico de necesidades de equipos de salud Realizar reuniones clínicas y /o casos comunales	N° de encuestas aplicadas a equipos de salud N° de reuniones programadas/N° de reuniones realizadas	Al menos 50% encuesta aplicada equipo de salud analizada 80 % reunión planificadas comunalmente realizadas	Equipo de salud centros Equipos centros de salud vinculados al programa adolescente, encargadas del programa adolescente y salud mental. Equipo Centro Rucahueche. Invitado	Encargada comunal Coordinadoras programa adolescente centro Encargada Capacitación Comunal Encargada comunal

Realizar	N° de	80%	Equipos centros	Encargada
seminarios	seminarios	actividades	de salud	comunal
de	desarrollados/N°	planificadas	vinculados al	
capacitación	de seminarios	realizadas	programa	
equipos	programados		adolescente,	
según			encargadas del	
necesidades			programa	
detectadas			adolescente y	
			salud mental.	
			Equipo Centro	
			Rucahueche.	
			Invitado	
			externo.	

6. Programa de Salud Cardiovascular

El perfil epidemiológico de nuestro país, se caracteriza por un marcado aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

Ambas caracterizadas por tener un alto componente externo dado por los factores Condicionantes de Salud que hacen difícil su manejo.

El Programa de salud cardiovascular está enfocado fundamentalmente a disminuir el riesgo de esta población, de padecer un evento cardiovascular ya sea un Infarto agudo del miocardio o una Enfermedad Cerebro Vascular.

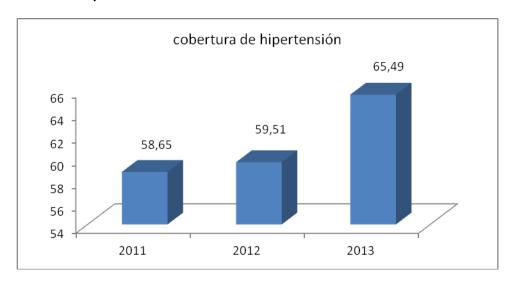
La tabla siguiente muestra la cobertura y la compensación según prevalencia que tiene la comuna. En cobertura se ha alcanzado un cumplimiento de 100% de lo programado, en compensación tenemos un 90% de cumplimiento. Sin embargo estos porcentajes (comunales) se distribuyen de manera diferente entre establecimientos.

Cobertura y Compensación según prevalencia comuna

Programa	PBC esperada según prevalencia	Cobertura	Compensación efectiva
Hipertensión arterial	36.668	65,49	41,4
Diabetes mellitus	20.066	47,58	17,0

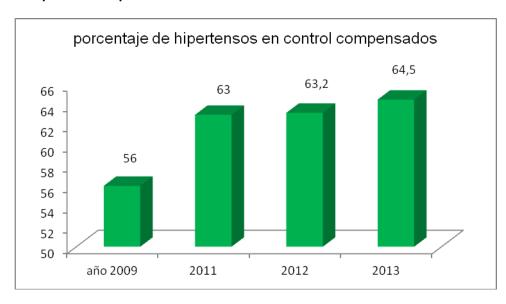
Si comparamos con años anteriores en base a la población, vemos que los porcentajes han ido en aumento para hipertensión (gráfico 2 y 3)

Cobertura hipertensión trienio



Fuente: REM

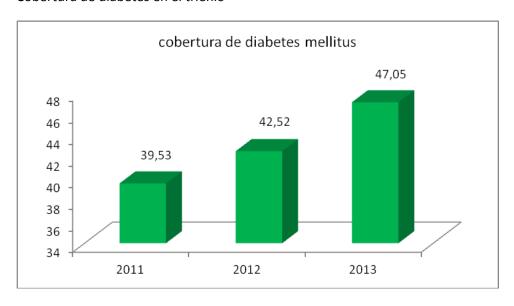
Compensación hipertensión en el trienio



Fuente: REM

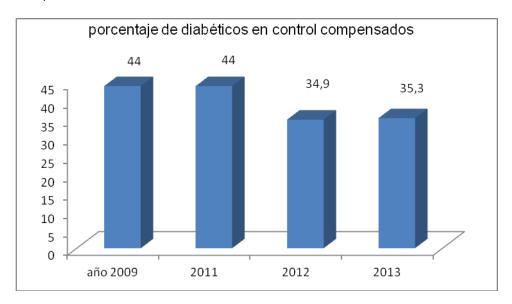
En el caso de Diabetes y bajo el mismo contexto, también se aprecia un aumento en ambos parámetros; cobertura y compensación (gráfico).

Cobertura de diabetes en el trienio



Fuente: REM

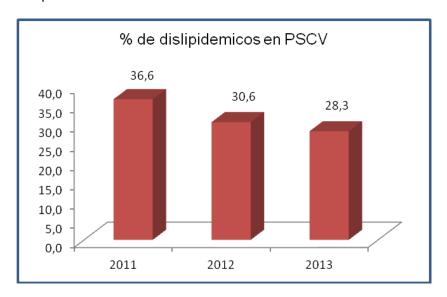
Compensación de diabetes en el trienio



Fuente: REM

En relación a los factores de Riesgo cardiovascular a través de diferentes iniciativas y estrategias de intervención se ha logrado influir en la progresión de Dislipidemia como lo muestra el gráfico,

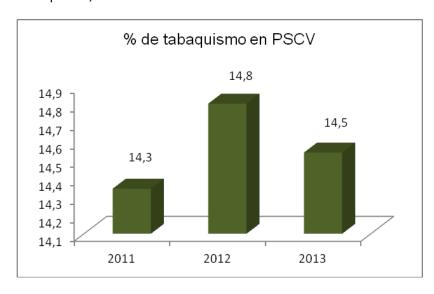
Dislipidemia evolución en el trienio



Fuente: REM

En tabaco los resultados no son los esperados sin embargo desde diferentes ámbitos se sigue trabajando para lograr niveles cada vez más bajos de población tabáquica al menos en este grupo de población.

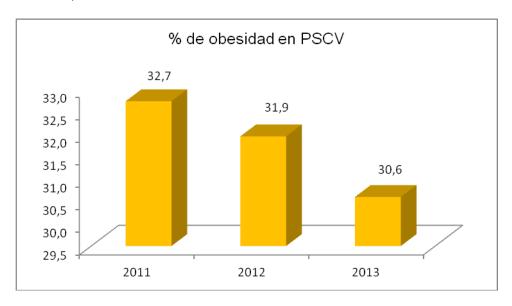
Tabaquismo, evolución en el trienio



Fuente: REM

En relación a Obesidad el porcentaje de pacientes obesos bajo control en salud cardiovascular ha tenido un descenso significativo, dado lo difícil que resulta la intervención en este grupo de población.





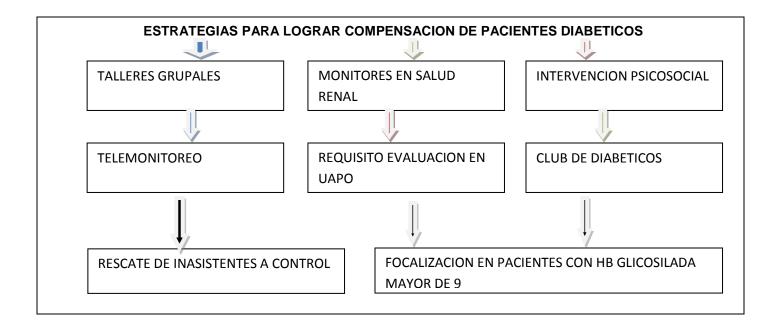
Fuente: REM

De las complicaciones que afectan a nuestra población bajo control cardiovascular encontramos

Complicación	porcentaje
Infarto agudo del miocardio	2,3%
Enfermedad Cerebro vascular	3,4%
Enfermedad renal	29%
Pie diabético	6%
Retinopatía diabética	5%

A través de las diferentes estrategias de intervención dirigidas a mejorar la compensación de los pacientes se intenta:

- < Crear conciencia
- < Mejorar la asistencia a controles
- < Mejorar la adhesión a tratamiento
- < Mejorar hábitos de alimentación
- < Relevar la importancia del ejercicio físico
- < Incorporar a la familia
- < Pesquisar y tratar problemas de salud mental



Con el fin de dar cumplimiento a la programación de actividades del año 2014, se realizan reuniones de coordinación con los encargados Cardiovascular de cada Establecimiento, revisando en primera instancia los resultados obtenidos de las Intervenciones a nivel comunal y local.

Se revisa además las Orientaciones Programáticas del Adulto, relacionándola con la planilla de programación comunal.

De acuerdo a lo anterior, se realiza Programación, poniendo énfasis en:

- 1- Mejorar la pesquisa en personas de sexo masculino, aumentando de esta manera la incorporación de población masculina al bajo control
- 2- Realizar seguimiento de pacientes con antecedente de IAM y ACV
- 3- Realizar seguimiento de pacientes con Dislipidemia
- 4- Programación con Enfoque de Riesgo

Se establecen de esta manera algunas acciones que permitan dar cumplimiento a esto, entre ellas:

1- Mejorar la pesquisa a través del EMPA, estableciendo metas por sector, de acuerdo a población a cargo de cada uno de ellos y también re definiendo el perfil del profesional a cargo de esta pesquisa, que permita la incorporación de otros hasta el momento no involucrados (capacitación del personal).

- 2- Establecer y re definir protocolos de atención, que permitan marcar cada proceso de atención.
- 3- Poner en práctica el tarjetero virtual (actualmente en fase de piloto en Raul Brañes) que permita la actualización permanente de los datos y la realización del Censo semestral.
- 4- Incorporar evaluación y seguimiento por psicólogo a pacientes diabéticos según derivación por el equipo cardiovascular.

También resulta fundamental unificar criterios y protocolizar las actividades que permitan mejorar la gestión del programa a nivel de los Establecimientos, fundamentalmente la compensación y para ello se refuerza el trabajo tomando en consideración acciones que han demostrado ser eficaces, entre ellas:

- 1- Ingreso Integral en todos los Centros (médico y nutricionista)
- 2- Rescate de inasistentes, planteándose que este debe realizarse al menos mediante: visita domiciliaria y telefónicamente. Se pone como meta, al menos el rescate de un 20% de la población inasistente a control, lo cual permitirá además "limpiar" los tarjeteros.
- 3- Establecer a través de la programación, actividades de Educación a través de Talleres grupales y educación individual tanto con pacientes como con sus redes de apoyo.
- 4- Énfasis en el cumplimiento del protocolo de tratamiento fundamentalmente en el paciente Diabético, con el ingreso precoz a insulina
- 5- Trabajar la compensación del diabético, con listado rutificado de pacientes, del último trienio del año 2013, priorizando aquellos pacientes con hemoglobina glicosilada mayor de 9.
- 6- Cumplir con al menos el 90% de evaluación del pie diabético.

Lo anterior con acciones definidas, metas y responsables del monitoreo.

A contar del mes de Noviembre contamos con el Proyecto Piloto de Monitoreo a distancia de pacientes Cardiovasculares. (Diabéticos descompensados), los cuales serán evaluados al 3 y 6 mes de intervención.

Dicho proyecto se encuentra en los Centros: Joan Alsina y El Manzano. Se parte el trabajo con una población de 50 pacientes para El Manzano y 150 pacientes para Joan Alsina.

Actualmente se encuentran bajo control, 147 personas, con la posibilidad de doblar el número inicial de pacientes. (200 pacientes más).

Esta Estrategia será evaluada por separado, y tomando un grupo de pacientes tratados en los dos Centros como grupo de control.

Las Estrategias implementadas por algunos Centros como:

1- Club de diabéticos, Intervención Psicosocial, se mantendrán en el tiempo, como actividades de continuidad, dado su buen rendimiento.

2- La Actividad de Monitores en Salud Renal, que se hace operativa a través de una Obra de teatro, se mostrará en todos los Establecimientos en forma itinerante.

Con todas estas actividades que se muestran en forma simplificada y esquemática en este documento, y con el monitoreo permanente esperamos dar cuenta de Indicadores y metas que nos permitan evaluar en forma eficiente y eficaz nuestro quehacer, considerando al paciente como eje central de este.

Problema priorizado	Objetivo	Meta	Indicador	Actividades	Recursos humanos	Monitoreo- evaluación
	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES BAJO CONTROL	20% de pacientes hipertensos bajo control con actividad de rescate por CES a diciembre	(N° de pacientes hipertensos inasistentes a control rescatados/N° total de pacientes hipertensos inasistentes a control)*100	1- elaboración de una pauta de rescate 2- Rescate de pacientes hipertensos inasistentes a	TENS, Nutricionista, Enfermera	monitoreo cada 3 meses, y evaluación en julio y diciembre
		20% de pacientes diabéticos bajo control con actividad de rescate por CES a diciembre	(N° de pacientes diabéticos inasistentes a control rescatados/N° total de pacientes diabéticos inasistentes a control)*100	control, a través de : Visita domiciliaria, contacto telefónico	TENS, Nutricionista, Enfermera	monitoreo cada 3 meses, y evaluación en julio y diciembre
ENFERMEDAD	MEJORAR LA COMPENSACIO N DE PACIENTES DIABETICOS	Ingreso de pacientes a insulino terapia precoz, según programación	listado rutificado de pacientes por CES	ingreso de pacientes a insulina según protocolo comunal	encargado cardiovascular de cada Centro de Salud	monitoreo mensual y evaluación semestral
ES CARDIOVASC ULARES	SEGÚN PREVALENCIA	40% de pacientes compensados con hemoglobina glicosilada de 9 y más identificados en nómina de laboratorio comunal, en el último trimestre del año 2013	(N° de pacientes diabéticos con Hb glicosilada mayor de 9 compensados/N° total de pacientes diabéticos con hb glicosilada mayor de 9 identificados según nómina laboratorio comunal x 100	seguimiento e intervención de pacientes previamente identificados por cada CES	equipo del programa CV por CES	monitoreo trimestral con hb glicosilada y evaluación semestral
	DISMINUIR LAS COMPLICACION ES EN PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS BAJO CONTROL	al menos una estrategia de intervención por CES, implementada	documento escrito que da cuenta de la estrategia implementada	propias de cada una	Equipo cardiovascular de cada Centro de salud	monitoreo semestral
	DISMINUIR LAS COMPLICACION ES EN PACIENTES DIABETICOS BAJO CONTROL	cumplir con el 90% de la evaluación de pie diabético	N° de pacientes con evaluación de pie / N° pacientes diabéticos bajo control por CES x 100	capacitación y evaluación de pie por profesionales (médico, enfermera, TENS)	Equipo cardiovascular de cada Centro de salud	monitoreo mensual y evaluación trimestral

7. PROGRAMA SALUD DE LA MUJER.

Propósito:

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de su salud (Programa Salud de la Mujer 1997, MINSAL).

Objetivos Específicos:

- Optimizar el rendimiento de las actividades de vigilancia del binomio a lo largo del proceso reproductivo.
- Fortalecer la preparación de la madre y su pareja durante el embarazo.
- Reducir la inequidad reproductiva en grupos más vulnerables.
- Fortalecer el logro de una Salud Sexual satisfactoria para todas las personas.
- Modificar estilos de vida para lograr hábitos saludables.
- Mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica.
- Reducir la morbimortalidad por cánceres ginecológicos.

Considerando lo anterior expuesto, podemos concluir que la mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual **el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad**, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital.

La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al usuario o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre estas, está el control preconcepcional (cobertura de 1,7% en mujeres del sistema público), la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado (99,8%), el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención postnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud. (DEIS 2009).

También requiere la aplicación de enfoque del curso de vida basado en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos y comunidades dependen de la interacción de diversos

factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

La **APS** se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo.

Objetivos Estratégicos

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes en control participan en taller para gestantes.	(№ de gestantes que ingresan a talleres grupales/ № total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados) x 100	

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	6 % de las mujeres en edad fértil.	(№ de controles preconcepcionales / № total de mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada
Detectar precozmente embarazadas con factores de riesgo biomédico.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Detectar precozmente embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	(№ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / № total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	100% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(№ de gestantes al ingreso o segundo control con puntajes según pauta aplicada/№ total de ingresos a control prenatal) x 100	1

Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o más puntos	En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después. Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos o	El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después. El 100% de las gestantes con más de	(№ de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después / Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12) x 100 (№ de gestantes con 13 o más puntos o puntaje	REM A03
o puntaje distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo.	puntaje distinto a 0 en pregunte № 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento. (INGRESO INTEGRAL DEPRESION)	13 puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta № 10 en la Escala de Edimburgo son derivadas a confirmación diagnóstica.	Escala de Edimburgo derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica / № total de gestantes con Escala de Edimburgo aplicada con 13 y más puntos) x 100	
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.	Taller a madres desde el período de gestación.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación.	(№ de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / № total de gestantes bajo control) x 100	REM A27 Sección A
Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(№ de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ № Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) x 100	REM A26 REM P1
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	(№ de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01 Sección E y D
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	(№ de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	REM P01 Sección E y D
Recuperar el estado nutricional pre gestacional de la mujer, al 8º mes post parto (EINCV).	Evaluación del estado nutricional de la mujer, al 8º mes post parto.	Mantener o disminuir a 55% la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8º mes post parto.	(№ de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8º mes post parto/ № total de mujeres controladas de 8º meses post parto) x 100T	REM 03 Sección F REM P 1 Sección D

Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial (Seguimiento de Depresión, detección de Violencia Intrafamiliar, falta de red de apoyo social).	Ingreso y control, según criterios de elegibilidad. Enfoque de riesgo biopsicosocial.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y enfoque de riesgo biopsicosocial.	(№ de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / № Total de mujeres en edad fértil) x 100	REM P1
			(Nº de hombres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de hombres en edad fértil) x 100	REM P1
			(№ mujeres en edad fértil bajo control/ № mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM P1
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Control de Salud a Gestantes: • Solicitud de exámenes de VIH con información y orientación. • Entrega de resultado con consejería.	100% de las gestantes que acceden a consulta/control embarazo que reciben información, orientación indicación de examen de VIH, y consejería post test de detección de VIH/SIDA.	(№ de gestantes en control que se le indica el examen VIH/ № total de gestantes en control en el mismo periodo) x 100	REM A19 REM A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
			(№ de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / № total gestantes que acceden a Test de detección VIH) x 100	REM A19 REM A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
	Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH.	(№ total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal / № total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A05 REM A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.	(№ gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ № de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA

	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ № Total de gestantes VIH (+)) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01 Población inscrita validada
Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes.	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal.	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado.	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /Nº total de gestantes bajo control) x 100	REM A05 Sección K REM A01 Sección A
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal) x 100	REM A03 Sección G REM A01 Sección A
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	Aplicar Pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto.	se les aplica EDPE a los 2 y 6 meses post parto.	(Nº de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de Escala de Edimburgo / Nº total de madres con control posparto a los 2 y 6 meses) x 100	REM A03 Sección H REM A01 Sección A
Derivación y seguimiento a madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta №10 en la Escala Edimburgo.	madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.	o distinto a 0 en pregunta № 10 en la Escala de Edimburgo, son derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica y realizando seguimiento.	mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta Nº10 en la Escala Edimburgo, derivadas a consulta médica para confirmación / Nº total de	REM A03
Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos.	Consejería post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	consejería post test.	(№ de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / № total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19 Sección A.2 REM A11 Sección C1 y C2

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	100% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	(№ de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ № Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	REM A26 REM P1
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 7 días de vida. Aumentar el número de madres y familias que reciben control de salud integral, apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	100% puérperas y recién nacidos antes de los 7 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(№ de puérperas y recién nacido con control de salud integral de salud antes de los siete días de vida / № total de partos) x 100	REM A01 REM A05
	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 8 y 28 días de vida.	100% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud entre los 8 y 28 días de vida / № total de partos) x 100	REM A01 REM A05
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	≥ 30% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(№ de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ № Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09 Sección B
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada.	≥65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) x 100	REM A09 Sección C REM A05 Sección A
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico" a embarazadas con riesgo de parto prematuro.	≥70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico".	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro que tienen diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico"/ Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal) x 100	Registro local

Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100	REM A11 REM A05
	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+).	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis.	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis) x 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) Inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas –citadas.	(№ gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / № gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/Nº Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica.	(Nº de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que reciben intervención terapéutica/Nº total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100	REM A05 REM A01 Sección A
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo de drogas.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica.	(Nº de gestantes en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica/Nº total de gestantes en control prenatal) x 100	REM A05 REM A01 Sección A

8. PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO

Las enfermedades respiratorias se mantienen en Chile entre las principales causas de morbilidad y de mortalidad en todas las edades, evidenciándose a los mayores de 65 años como el grupo de mayor riesgo a morir por esta causa.

Este Programa busca reducir la mortalidad y letalidad de las Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile, para de esta manera mejorar su calidad de vida, a través del manejo de las patologías respiratorias, especialmente aquellas que afectan el tracto respiratorio bajo y las enfermedades respiratorias crónicas, tales como el Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Es por lo anterior, que nuestros esfuerzos durante el 2014 apuntarán a cumplir con los objetivos sanitarios propuestos, tanto en el área de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

- Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.
- Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.
- Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.
- Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.
- Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.
- Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA.
- Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del
				Indicador
Mejorar la	Realizar	100% de las	(Nº de	REM A23 Sección
calidad de	consejerías	consultas y	consejerías	L1, A, B,C,D y E
atención en	breves	controles	breves	
población	antitabaco en	respiratorios de	antitabaco	
crónica	todas las	adultos de 20 a	realizadas / Nº	
respiratoria bajo	consultas y	64 años con	total de consultas	
control.	controles	consejería breve	y controles	
	respiratorios del	antitabaco.	respiratorios	
	adulto.		realizados) x 100	
Aumentar la	Visita domiciliaria	Aumentar en	(Nº de visitas	REM 23 Sección
cobertura de	de profesional a	30% la cobertura	domiciliarias	M REM P3
atención a	pacientes	de visitas a	realizadas a	Sección A
pacientes en	portadores de	pacientes	pacientes de 20 a	
domicilio	enfermedades	portadores de	64 años con	
portadores de	respiratorias	enfermedades	enfermedad	
enfermedades	crónicas severa y	respiratorias	respiratoria	
respiratorias	usuarios con	crónicas severa y	crónica severa y	
crónica severa y	requerimientos	usuarios con	usuarios con	
usuarios con	especiales (POA,	requerimientos	requerimientos	
requerimientos	AVNIA, AVIA) de	especiales (POA,	especiales (POA,	
especiales (POA,	20 a 64 años.	AVNIA, AVIA) de	AVNIA, AVIA) /	
AVNIA, AVIA) de		20 a 64 años.	№ total de	
20 a 64 años.			pacientes de 20 a	
			64 años con	
			enfermedades	
			respiratorias	
			crónicas severa y	
			usuarios con	
			requerimientos	
			especiales (POA,	
			AVNIA, AVIA)	
			bajo control) x	

			100	
Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Realizar visita en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	50% de visitas realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) *100	REM 23 Sección M Informe DEIS
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (Asma, EPOC y otras respiratorias crónicas).	((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual — Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) x 100	REM P3(2013- 2012) REM P3 2012 Sección A
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(Nº de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / № total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A

Mejorar la calidad de atención en población crónica	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA	(Nº de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del	REM A23 Sección N REM P3 Sección B
respiratoria bajo control.			programa / № de adultos de 20 a 64 años ingresados) x 100	
Mejorar la calidad de atención en	Realizar programa de rehabilitación	10% de pacientes EPOC con criterios de	(Nº de usuarios con EPOC con programa de	REM P3 Sección E y A
población crónica respiratoria bajo control.	pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	rehabilitación pulmonar finalizado / № de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	

9. PROGRAMA DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los Servicios de Salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.

La RBC en Chile, se inicia desde la ciudadanía. Organizaciones de discapacitados, familias, ONG dan origen a experiencias pequeñas y orientadas a resolver las necesidades de esos grupos. Con posterioridad encuentran financiamiento a través de proyectos FONADIS. Mientras, en el sector público de salud, servicios de rehabilitación presentes en algunos hospitales de mayor complejidad, concentraban la escasa oferta del sector, a la que accedían pequeños grupos, generando una alta demanda insatisfecha y una demanda oculta no dimensionada. La rehabilitación ni siquiera se visualizaba como problema a nivel de APS.

Recién, desde el año 2003, la RBC es impulsada desde salud, a través de proyectos que cuentan con el apoyo japonés. A partir de ello, la estrategia se ha desarrollado desde las políticas públicas sobre la base de los ejes conceptuales entregados por la reforma de salud, la epidemiología de la discapacidad y la epidemiología social y con la fortaleza de contar con una extensa red de establecimientos de salud y redes sociales. Así mismo, busca respetar todas las particularidades locales como son las diferentes etnias, poblaciones rurales y sus propios desarrollos, diferencias culturales, etc.; e incorporar el trabajo con las organizaciones sociales, ONG, sociedad civil y el intersector.

Este proceso ha significado un cambio cultural, pasar de paciente a sujeto de derechos, del logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a persona en situación de discapacidad (PsD), comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales. Este no es un cambio menor, tanto para los gestores de políticas de salud como para los profesionales rehabilitadores.

Las características fundamentales de este modelo de rehabilitación de base comunitaria es que se ubica en la Atención Primaria, lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena.

Es en este contexto es que para el año 2014 nos hemos propuesto objetivos que apuntan a satisfacer las necesidades de la comunidad en el área de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

- Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque bio-sicosocial.
- Educación y prevención de discapacidad.
- Asumir en su totalidad a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- Apoyar la resolución de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del
				indicador
	- II II	200/		
Apoyar la	Realización de	30% o menos de	(nº	Rem A 28
resolución en	Procedimientos	los	Procedimientos	
APS de los	de fisioterapia a	procedimientos	de fisioterapia/	
síndromes	PSD	corresponden a	Total de	
dolorosos de		fisioterapia.	Procedimientos)	
origen			* 100	
osteomuscular.				
Acompañar y	Consejería	5% de las PSD	(nº Consejería	Rem A 28,
Orientar a las	Individual y / o	reciben	individual y/o	Sección B, F y G
PSD y sus familias	Familiar a PSD	Consejería	familiar / nº de	
en la		Individual y/o	ingresos de	
comprensión de		familiar.	PSD)*100	
su condición de				
salud y manejo.				
Evaluar en	Visitas	10% PsD con	(nº Visitas	Rem A 28,
terreno situación	Domiciliarias a	Visita	Domiciliarias/ nº	Sección B y H
medio ambiental	PSD	Domiciliaria	de ingresos de	
que afecte la		Integral.	PSD) * 100	
condición de la				
PSD y realizar las				
adaptaciones				
necesarias para				
su desarrollo y				
AVD.				
Lograr la	Manejo de PSD	10% de las PsD	(nº PSD que	Rem A 28,
reinserción social	para conseguir	atendidas en el	logran inclusión/	Sección B y C
de PSD como	inclusión.	Centro logran la	nº de ingresos de	
parte de su		inclusión social	PSD) * 100	
proceso de		(trabajo, escuela,		
rehabilitación y		grupos sociales,		
desarrollo		organizaciones).		

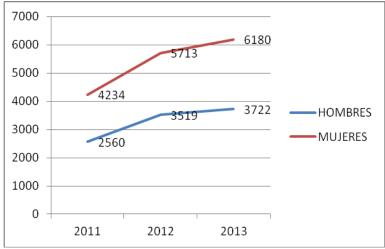
personal.				
Lograr la recuperación de PSD post tratamiento.	Altas post tratamiento.	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	(nº de alta de PSD / nº de ingresos de PSD) * 100	Rem A 28, Sección B
Realizar seguimiento y acompañamiento de PSD por causa neurológica, evitando la regresión de su condición motora, cognitiva, psicológica, etc.	Manejo de pacientes con patología neurológica.	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular.		Rem A 28, Sección B Rem P8
Contribuir en el cuidado a los cuidadores de PSD.	Capacitación a Cuidadores	20% de las actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial se orientan a cuidado de los cuidadores.	(nº total de actividades de promoción y trabajo intersectorial / nº de las actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial orientadas al cuidado de los cuidadores) *	Rem A 28, Sección K
Contribuir con el proceso de prevención y/o retardo de la discapacidad.	Educaciones Grupales.	30% de las actividades de Educación Grupal corresponden a actividades grupales para prevención y/o retardo de la	(nº total de educaciones grupales / nº total de actividades de educación grupal para prevención y/o retardo de la	Rem A 28, Sección I y K

		discapacidad y capacitación a los cuidadores de personas de alta dependencia.	discapacidad y capacitación a los cuidadores de personas de alta dependencia) * 100	
Contribuir a mejorar la funcionalidad de los adultos mayores.	Manejo de pacientes adultos mayores con alteración de la funcionalidad.	Nº personas mayor de 65 años que egresan del hospital con valoración de funcionalidad, índice Barthel que ingresan a rehabilitación.	(nº de personas mayores de 65 años que ingresan a rehabilitación post egreso de hospitalización con IB alterado/ nº total de egresos hospitalarios con IB alterado) * 100	Rem A 28, Rem A27
Fomentar el proceso de participación y contribuir en el área de la promoción y prevención de discapacidad.	Reuniones de Planificación, Capacitación y Educaciones Grupales.	20% de las actividades de Trabajo Comunitario son intersectoriales.	(nº total de actividades de trabajo comunitario intersectorial/nº total de actividades de trabajo comunitario) * 100	Rem A 28, Sección K
Recoger las inquietudes y necesidades de la comunidad y el intersector en el área de la rehabilitación para el adecuado manejo de PSD.	Diagnóstico Participativo Actividades	100% de los centros cuentan con Dg participativo	Documento Escrito del Diagnóstico Participativo Documento	Nóminas de asistencias del intersector.

	C			
entender la	Comunitarias:	centros cuentan	escrito del Plan	escrito del Plan
rehabilitación de	Reuniones,	con Planificación	de Trabajo que	de Trabajo.
los PSD como un	Capacitaciones,	de las	contempla	
proceso	Educaciones	Actividades	actividades	
biopsicosocial en	Grupales.	Comunitarias a	Comunitarias que	
el que debemos		realizar con las	trabajan en	
participar como		organizaciones	discapacidad.	
parte activa de la		que trabajan en		
comunidad.		discapacidad en		
		el territorio.		
Contribuir al	Reuniones	Difundir el	(nº de reuniones	Nóminas de
proceso de	Técnicas.	programa en el	técnicas	asistencia a
democratización		Consejo Técnico	asistidas/nº total	reuniones
del		del o los	de reuniones	técnicas del
conocimiento,		establecimientos	técnicas)	Centro de salud
trabajando en		que derivan a la		respectivo y del
red, en la		sala, en las		intersector.
búsqueda de la		reuniones		
equidad		generales, en		
mediante el		Consejo		
acceso a		municipal,		
igualdad de		Consejos de		
oportunidades e		Desarrollo, etc.		
integración social				
(equiparación de				
oportunidades)				
de los PSD.				

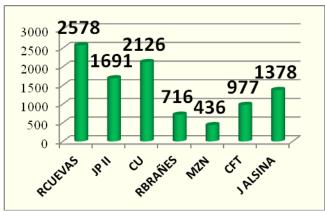
10.Programa Adulto Mayor

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la **funcionalidad.** El control de salud anual, acoge este indicador como su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que una vez detectados deben ser incorporados en el Plan de Atención y seguimiento, para actuar sobre ellos. Como estrategia de intervención, se ha mantenido el enfoque principal por mejorar la cobertura del control de salud anual de este segmento poblacional, lo que se refleja en el siguiente grafico:



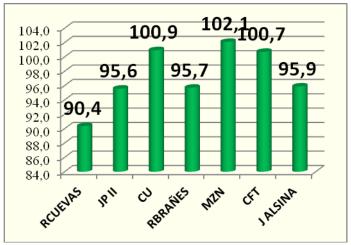
Fuente REM

La distribución por centro de esta actividad, se muestra a continuación, siendo R. Cuevas, Carol Urzúa, Juan Pablo II y J. Alsina los establecimientos que concentran el mayor número de controles (78.5%), consecuente con tener inscritos validados al 79,2% de los mayores de nuestra comuna.



Fuente REM

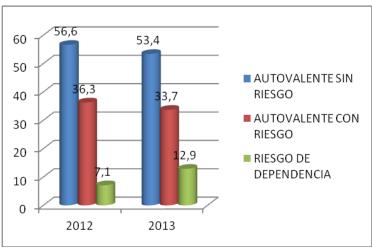
El cumplimiento comunal 2013 en esta actividad, fue de un 96.04%, siendo el comportamiento por establecimiento el que se muestra en la siguiente gráfica. Cabe destacar que Carol Urzúa, El Manzano y Confraternidad, son los centros que logran un cumplimiento mayor al 100%.



Fuente REM

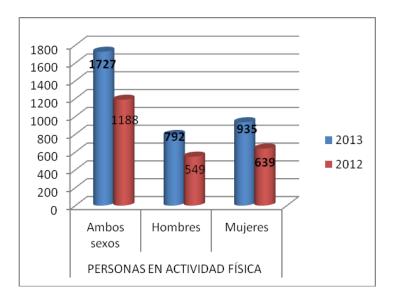
Respecto a la situación de salud de nuestros mayores, la funcionalidad se ha mantenido en los últimos dos años, tal como se muestra en el gráfico siguiente:

Condición de funcionalidad del adulto mayor



Fuente REM

Número de Adultos Mayores que realizan actividad física

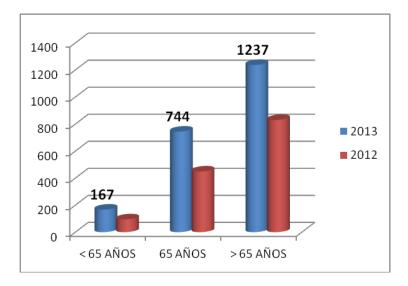


Fuente REM

Durante el año 2013 se da inicio a la marcha blanca, en la estrategia de Talleres de memoria para mayores, actividad que busca preservar, aumentar y compensar habilidades cognitivas a través de juegos de ingenio. Para el 2014 se espera contar con la consolidación en nuestros centros.

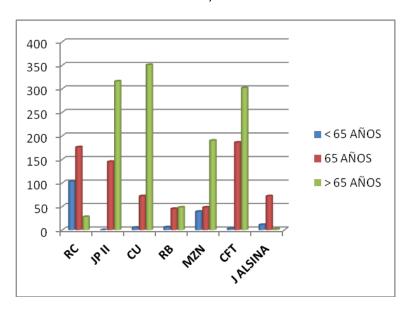
En el ámbito de las inmunizaciones, un importante desafío ha sido mejorar las coberturas de vacunación tanto de Neumo 23, como de vacuna antigripal. Un esfuerzo importante desplegado por los equipos ha permitido mejorar los resultados.

Dosis de Neumo 23 administradas, según tramo de edad

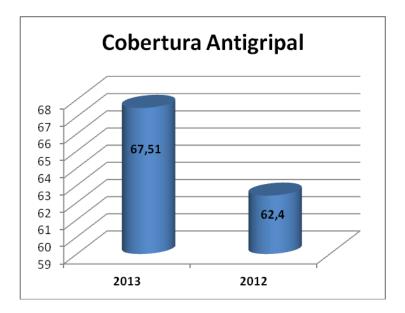


Fuente REM

Entre los Centros de Salud con mayor impacto se encuentran, Juan Pablo II, Carol Urzúa y Confraternidad alcanzando el 64,2% del total de dosis administradas.



Fuente REM



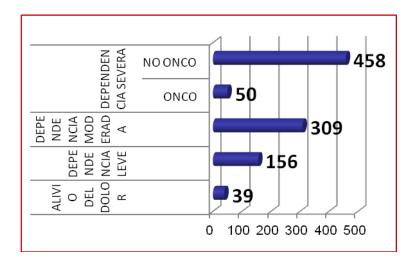
Fuente RNI

Como pendiente por realizar, se nos presenta el desafío de establecer un espacio de acogida para el adulto mayor en cada Centro de Salud, con personal idóneo que brinde un real ambiente de acogida y orientación.

11. Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Postrados con Discapacidad Severa.

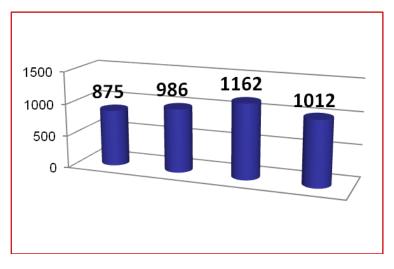
El programa atiende a pacientes calificados con discapacidad leve, moderada y severa. En el caso de pacientes severos, además de los beneficios del cuidado y atención en su domicilio, los cuidadores de aquellos pacientes que califican, reciben un aporte económico estatal mensual, denominado "estipendio".

Al mes de diciembre 2013, el programa tiene un bajo control de 1012 pacientes, de los cuales 508 presentan condición de severidad como muestra el siguiente grafico:



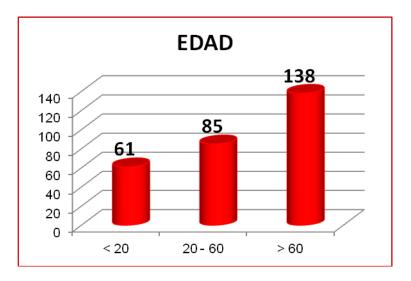
Fuente REM

El bajo control ha mostrado la siguiente tendencia en los últimos 4 años (2010-2011-2012-2013):



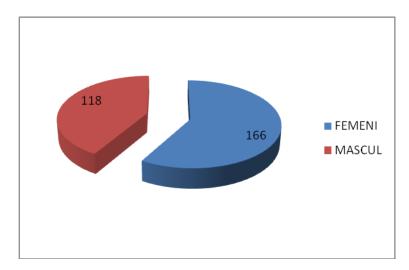
Fuente REM

De los 508 pacientes severos, 284 correspondiente al 55.91% obtienen el beneficio económico mencionado. Su distribución por edad se muestra en la gráfica siguiente, el 48,6% de éstos, corresponde a adultos mayores:



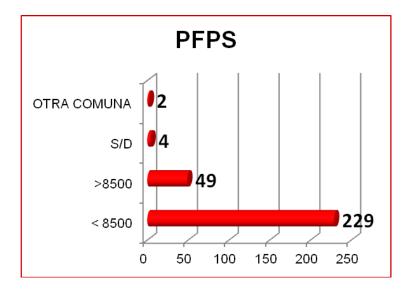
Fuente Corte Evaluativo

La distribución por género se muestra en la siguiente gráfica, con un 58.5% de mujeres en condición de severidad:



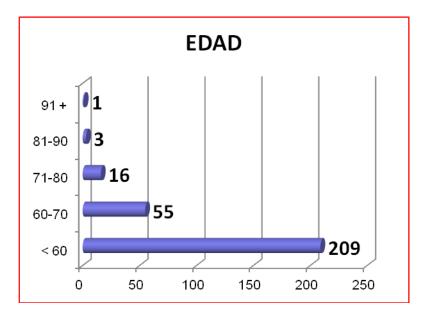
Fuente Corte Evaluativo

Con la incorporación del requisito de puntaje de **Ficha de Protección Social**, la distribución es la siguiente, con un 80.6% en el rango de 8.500 puntos o menos, quedando algunos pacientes excluídos de este rango, por ingreso anterior a la aplicación de este requisito:



Fuente Corte Evaluativo

En cuanto a cuidadores de pacientes, el 90,5% corresponde a mujeres. Lo relevante es su distribución por edad, lo que se muestra en la siguiente gráfica:

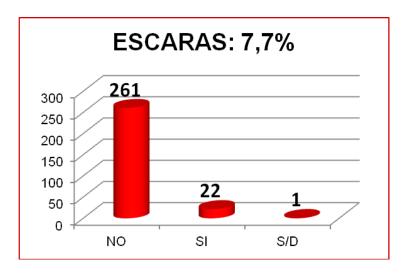


Fuente Corte Evaluativo

Destacable que el 26,4% de las/los cuidadores son A. Mayores.

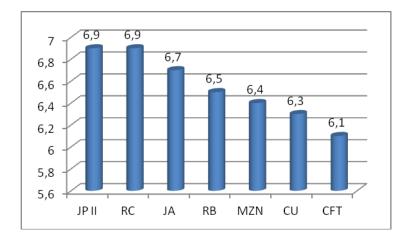
La atención en domicilio por un equipo de salud, propende entre otras cosas, a prevenir complicaciones, muchas de las cuales derivan de la formación de escaras, (Ulceras por presión), producto de la postración.

El siguiente gráfico presenta un 7.7% de pacientes con escaras, con una disminución de 0.9 puntos en relación al año anterior.



Fuente REM

Durante el mes de Octubre 2103, nuevamente se aplicó localmente **Encuesta de Satisfacción Usuaria**, a cuidadoras de pacientes dependientes severos estipendiados, la que arrojó valiosos resultados sobre la percepción del servicio recibido, generando el siguiente ranking entre los establecimientos:



En cuanto a los ítems evaluados, el resultado más bajo correspondió a "La funcionaria (o) avisa cuando prevé tener alguna dificultad para cumplir con el compromiso adquirido" lo que nos obliga a revisar la estrategia de informar a la familia, cuando no se puede cumplir con lo programado, área directamente relacionada con la **credibilidad** del servicio.

Matriz

Problem a	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo y Evaluación
Prioriza do						
		Realizar visitas domiciliaria s a pacientes postrados severos de acuerdo a programaci ón por cada Centro	(N° de visitas a pacientes postrados severos realizadas / N° total de visitas a pac. Postrados severos programadas) *100	Cumplim iento de la meta estableci da para cada Centro a agosto 2014	Equipo de salud que participa en las actividades del programa	Encargado del PAD de cada Centro de salud
Mejorar Calidad de Atenció n en salud, para el/la Adulto/	Asegurar Rx Tórax a mayores dependient es severos con SR, para descartar TBC Realizar 3° encuesta de satisfacción usuaria a 10 cuidadores de pacientes postrados severos	Tórax a mayores dependient es severos con SR, para descartar	N° mayores SR con Rx Tórax /N° total mayores SR *100	80% cobertur a	Equipo de salud que participa en las actividades del programa	Encargado del PAD de cada Centro de salud
a Mayor		N° de encuestas realizadas por Centro/ 10 *100	100% a agosto 2014, con informe de resultado	Personal de Departamento Finanzas, al momento de cancelar estipendio	Encargado Comunal del programa de A. Domiciliaria	
		Implemen- tar Taller de Autocuidad o para	10 cuidadoras/es perteneciente s a un grupo	Consti- tuir el grupo y mantene	Equipo de salud que participa en las actividades	Encargado del PAD de cada Centro de

	cuidadoras/ es de pacientes dependient es severos, que ingresen al programa	de autocuidado	rlo en el tiempo	del programa	salud
Facilitar el acceso a los centros de salud	Establecer ventanilla de atención preferencial para adultos mayores en todos los Centros	N° de Centros con ventanilla preferencial	100% a Agosto 2014	Personal administrativo SOME en cada centro de salud	Director del centro de salud
	Implementa r estrategias de acogida y atención preferencial al adulto mayor en todos los Centros de salud	elaboración de un instrumento de evaluación	monitore o cuatrime stral	Personal administrativo SOME en cada centro de salud	Encargado del programa del adulto mayor en los Centros de salud
Mejorar calidad de las prestaciones	Mejorar cobertura de EMPAM en cada centro de Salud	N° de EMPAM realizados/N° de EMPAM programados *100	Cumplim iento de la meta estableci da para cada Centro a agosto 2014	Profesionales considerados para la realización del EMPAM en cada centro de salud	Encargada del programa del adulto mayor de cada centro de salud

Implementa r Evaluación de Agudeza Visual a mayores, para correcta entrega de lentes de presbicie	N° de EAV a mayores/N° de mayores con EMPAM vigente *100	90% de mayores con EAV	Tens capacitada	Encargada del programa del adulto mayor de cada centro de salud
Asegurar 2 set de BK anuales, a mayores con D.M.	N° de A.M. con DM con 2 set BK/N° total de mayores con DM *100	80% de cobertur a	Personal encargado de la atención del mayor	Encargada del programa del adulto mayor de cada centro de salud
Mantener red de apoyo espiritual para los adultos mayores en situación de desprotecci ón, a través de la Iglesia Católica y evangélica	N° de iglesias receptoras de información/ N° iglesias de la comuna*100	50%		Encargada del programa del adulto mayor de cada centro de salud
de la comuna Evaluar calidad de atención a través de auditoría de	indicadores específicos	a agosto 2014		Encargada Comunal del programa del adulto mayor

fichas				
Establecer flujos de atención unificados para la atención del adulto mayor en los Centros de Salud	Flujos elaborados y socializados con los equipos	a agosto 2014		Encargado del programa del adulto mayor en los Centros de salud
Implementa ción de un Taller de Memoria para mayores con DCL	N° de Talleres ejecutados en cada centro de salud	a septiemb re de 2014	Personal Profesional de Salas RBC	Encargado del programa del adulto mayor de cada Centros de salud - Encargada Comunal Salas RBC

12. Salud Mental.

De manera reiterada la salud mental ocupa las primeras menciones en los diagnósticos de salud desarrollados a nivel local. Esto es muestra de la creciente conciencia que se ha instalado en la comunidad de la relevancia que temas conductuales y afectivos tienen en el bienestar general de las personas. El contexto social en el que se desarrolla nuestro quehacer en San Bernardo pone aun más de relevancia la necesidad de avanzar en estas materias. Nuestra comuna presenta un índice de pobreza de 15,5% (CASEN, 2012) concentrada esta, en sectores densamente poblados en los que además colisionan múltiples variables sociales (consumo y tráfico de drogas, delincuencia, hacinamiento, entre otras) que van en detrimento del desarrollo de sus habitantes.

La comuna a través de los Programas Ministeriales y de Prevención y Promoción, en trabajo conjunto con la comunidad, ha realizado una serie de acciones que apuntan a mejorar la oferta actual de atención directa y de coordinación de la red e intersector.

A través del programa de Salud mental se abordan los problemas de:

- a- Violencia Intrafamiliar
- b- Depresión (GES)

- c- Alcohol y Drogas
- d- Salud Mental Infanto-adolescente

Objetivo General

Contribuir a mejorar la atención de los usuarios, mediante acciones de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad.

Evaluación de lo realizado durante el año 2013 según lo planificado

A. Violencia Intrafamiliar

Se aborda este tema a través de atenciones ofrecidas por los equipos profesionales de los centros. Actualmente se encuentran bajo control **314** usuarios entre víctimas y agresores.

VIOLENCIA DE GÉNERO	VICTIMA	280
	AGRESOR	34

Además se ha implementado prestaciones de apoyo técnico a organizaciones de autoayuda y comunitarias de manera tal de que se transformen estas últimas en redes efectivas de apoyo a usuarios que sufran de violencia intrafamiliar. A la fecha (agosto) 8 organizaciones han recibido estas prestaciones.

B. Depresión

A continuación se presentan el número de usuarios a nivel comunal actualmente bajo control por problemas relacionados a trastornos afectivos, los datos corresponden al mes de junio del año 2013.

	DEPRESIÓN LEVE	768
TRASTORNOS DEL HUMOR	DEPRESIÓN MODERADA	5265
(AFECTIVOS)	DEPRESIÓN GRAVE	93
	DEPRESIÓN POST PARTO	8
	TRASTORNO BIPOLAR	19

Es atendible observar que la gran mayoría de estos usuarios presenta un diagnóstico de depresión moderada, hecho que presenta una alerta respecto a la evolución de esta condición en un número significativo de personas. Observable es también el hecho del peso que adultos mayores tienen en

el resultado completo, mismo que supera el 10% del total. Al respecto de este último dato propondremos trabajar con un énfasis intersectorial en poblaciones de alta vulnerabilidad.

C. Alcohol y Drogas

Es posible a través de este programa realizar intervenciones terapéuticas a personas con presencia de trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias. El cuadro muestra a aquellas con tales diagnósticos al mes de junio.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL	POSIBLE CONSUMO PERJUDICIAL O	677
COMPORTAMIENTO DEBIDO A	DEPENDENCIA DE ALCOHOL :	
CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	AUDIT:16 o más ptos	
	OTRA SUSTANCIA COMO DROGA	139
	PRINCIPAL	
	POLICONSUMO	267

C1. Programa Piloto de Tratamiento y Rehabilitación "Sistema Comunal de Detección Precoz, Intervención Breve y Referencia a Tratamiento" (SBIRT)

La estrategia propuesta consiste en un sistema global e integrado de intervenciones, a nivel comunal, que contempla la detección temprana de personas con consumo riesgoso de sustancias ilícitas; y, desde ahí, generar estrategias de intervención breve y, en los casos que se requiera, referencia a un tratamiento más especializado.

Actualmente se ejecuta por profesionales externos en los 7 Centros de la comuna.

A la fecha el programa ha pesquisado y derivado los siguientes problemas de consumo:

Total Intervenciones Breves (Riesgo Intermedio):	730
Alcohol:	291
Marihuana:	216
Cocaína:	101
Anfetaminas:	13
Inhalantes:	4
Sedantes:	74
Alucinógenos:	4
Opiáceos:	4
Otros:	23
Total Referencia a Tratamiento Intensivo (Riesgo Severo):	151

Alcohol:	72
Marihuana:	30
Cocaína:	35
Anfetaminas:	0
Inhalantes:	0
Sedantes:	9
Alucinógenos:	0
Opiáceos:	0
Otros:	5

C2. Programa Vida Sana Componente Alcohol

Programa busca contribuir a la reducción de riesgos y consecuencias sociales y sanitarias, relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco en Chile, mediante la **implementación de tamizaje e intervenciones breves en la atención primaria de salud**, en población de 15 a 44 años, beneficiaria del sector público de Salud.

Dentro de las acciones desarrolladas se encuentran:

- Implementación de tamizaje de consumo de alcohol, con base a AUDIT para consumo de Alcohol.
- Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, conforme resultados de la evaluación de patrón de riesgo previa.

Entre otras acciones desarrolladas en este mismo ámbito, se encuentra:

• Comité de Tratamiento SENDA: Red Comunal Alcohol y Drogas.

D. Salud mental infantil (Trastorno por Déficit Atencional y otros trastornos emocionales)

Al mes de agosto, se encuentran 1.354 niños bajo control por Sd. Déficit atencional y 319 niños por otros trastornos emocionales.

TRASTORNO HIPERCINÉTICOS, DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	1.354

E. Actividades Comunitarias

Dentro de los compromisos comunitarios establecidos, con el fin de abordar estos 4 grandes temas de Salud mental, se encuentra la formación de grupos de autoayuda y asesoría técnica en salud mental a las organizaciones sociales de la comuna.

Actualmente están en desarrollo:

- 7 grupos de Autoayuda para pacientes Depresión
- 12 grupos de autoayuda pacientes OH/Drogas
- **12** organizaciones comunitarias y/o asociaciones de padres y/o apoderados con acciones de promoción y prevención salud mental infanto-adolescente.
- **15** establecimientos educacionales con apoyo y asesoría técnica en salud mental infanto-adolescente.

Acción	Meta	Cumplido	%
Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda para personas que egresan de tratamiento por depresión	7	7	100%
Apoyo técnico a Agrupaciones de autoayuda para mujeres que viven VIF	7	4	57%
Programa de Prevención de VIF con organizaciones de la comunidad	14	4	29%
Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda para personas en tratamiento o egresadas de programas de OH y Drogas	12	6	50%
Programa de Prevención de Problemas de Salud Mental Infanto- Juvenil con organizaciones de padres y/u organizaciones comunitarias	12	10	83%
Programa de promoción y prevención de problemas de salud mental Infanto-Juvenil con profesores.	29	15	52%

1. Planificación año 2014 con proyección a tres años (principales desafíos y/o estrategias a implementar para mejoramiento de los resultados del año anterior)

De los siguientes problemas priorizados se desprenden 2 líneas de intervención:

Problemas Priorizados por el diagnóstico local:

- Incremento de consultas asociadas a Salud Mental Infantil (Trastorno por Déficit Atencional y otros trastornos emocionales)
- Nivel Comunal de Consumo Perjudicial de Alcohol y otras Drogas
- Incipiente Desarrollo de Perspectiva Comunitaria Salud Mental

Líneas de Intervención

• Fortalecimiento de la variable comunitaria como soporte del cumplimiento de las acciones contenidas en la programación.

 Mejora de Gestión de Riesgo a través de la Intervención Intersectorial. (Generación de acuerdos y establecimiento de protocolos de alcance comunal, dinamización de redes locales; Nivel Secundario, Prestadores Privados Organizaciones no Gubernamentales, Municipalidad).

Matriz:

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Incremento de consultas asociadas a Salud mental	Apoyar acciones de Salud Mental	10% de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos	(N° de acciones de asesoría técnica en salud mental / N° total de establecimientos	Capacitación técnica de docentes y educadoras en temáticas afines	Psicólogo, trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental
infantil (Trastorno por Déficit Atencional y otros trastornos emocionales)	en Establecimientos de educación preescolar y escolar	educacionales promotores de salud reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental	educacionales) x100	Charlas de Sensibilización a padres y apoderados	Psicólogo, trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental
consumo perjudicial	brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con	Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	(Nº de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 pts. o más) / Nº total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más)	Psicólogo, trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental
de alcohol	problemas mentales y sus familias	Consultoría al equipo de APS en el 10% de las personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales	(Nº de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales que son incluidas en las consultorías de especialidad / Nº total de personas de 20 a	Consultoría de Especialidad	Psicólogo, trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental

			64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales) x 100			
	pesquisar y vincular a atención especializada a	15% de las intervenciones breves realizadas son desarrolladas en espacios comunitarios (distinto CES)	(Nº de intervenciones breves realizadas en espacios comunitarios (distinto ces) / Nº total de intervenciones breves desarrolladas) x 100	intervenciones breves en el contexto de la ejecución del programa SBIRT	Psicólogo, trabajador Social	coordinador SBIRT
	usuarios con consumos perjudiciales de alcohol	Aumento 10% Total de referencia a tratamiento intensivo con relación a periodo 2013	(Nº de referencias a tratamiento intensivo desarrolladas durante periodo 2014 / Nº de referencias a tratamiento intensivo desarrolladas durante periodo 2013) x100	Referencia a tratamiento intensivo	Psicólogo, trabajador Social	coordinador SBIRT
Incipiente desarrollo de perspectiva comunitaria salud mental	Fortalecer las acciones preventivas, promocionales y de corresponsabilidad social en materia de Salud Mental	20% de las acciones de intervención comunitaria realizadas a través de los CDL	(Nº de acciones de intervención comunitaria coordinadas a través de los CDL / Nº total de acciones de intervención comunitaria	Acciones de intervención comunitaria (capacitación, asesoría técnica, etc.)	Equipos de Salud Mental	Encargado Programa Salud Mental

	Desarrollo de 1 Proceso de Capacitación y actualización de los equipos de Salud Mental en conjunto con Equipo Psiquiatría Hospital Barros	(Nº de procesos de capacitación realizadas a la fecha de cierre)	Proceso de capacitación	Psicólogo, trabajador Social, psiquiatra, médico	Encargado Programa Salud Mental
	Luco Desarrollo de 2 acciones públicas de sensibilización en materia de Salud Mental.	(Nº de acciones públicas de sensibilización en materia de Salud Mental realizadas a la fecha de cierre)	Acciones públicas y masivas de sensibilización en materias de Salud Mental	Psicólogo, Trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental
Fortalecer las acciones preventivas y de corresponsabilidad Comunitaria en materia de Atención y Reinserción de personas en	Instalación de 1 Unidad de intervención intersectorial en materia de Salud Mental	(Nº de unidades de intervención intersectorial en materia de Salud Mental planificadas / Nº total de Unidades de Intervención Intersectorial instaladas a la fecha de cierre) x 100	Diseño de modelo de trabajo intersectorial Instalación equipo de trabajo intersectorial	Psicólogo, trabajador Social Psicólogo, Trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental Encargado Programa Salud Mental
situación de Alta Vulnerabilidad Social (Abandono, Situación de Calle, VIF, etc.) afectadas por problemas de Salud Mental	2 Capacitaciones a Líderes Sociales en materias de Intervención con Personas en Alta Vulnerabilidad Social afectadas por problemas de Salud Mental	(Nº de capacitaciones planificadas / Nº total de capacitaciones ejecutadas a la fecha de cierre) x 100	Capacitación a Líderes Sociales	Psicólogo, Trabajador Social	Encargado Programa Salud Mental / Encargada Postrado / Promoción

13. Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)

1.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Programa de atención en modalidad diurna, implementado en COSAM de acuerdo a Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, Resolución Exenta Nº 150, con un total de 1.200 meses de tratamiento a ejecutar en el período enero-diciembre 2013.

Objetivo: Brindar atención reparatoria a personas mayores de 15 años que viven algún tipo de violencia (física, psicológica, sexual o económica) que solicitan ayuda de forma espontánea, derivados desde los diferentes centros de salud, Juzgados u otras instituciones, todas personas beneficiarias del sistema de atención primaria de salud de San Bernardo.

Cumplimiento Convenio Programa VIF

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
1200	1546	128,8%

Fuente: Registro SIGGES

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN MALTRATO Y AGRESIÓN SEXUAL INFANTO – ADOLESCENTE :

Programa de atención en modalidad diurna, implementado en COSAM de acuerdo a Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, Resolución Exenta Nº 150, con un total de 680 meses de tratamiento a ejecutar en el período enero-diciembre 2013.

Objetivo: Brindar atención reparatoria a niños (as), adolescentes y sus familias que han experimentado episodios de maltrato o agresión sexual y que solicitan ayuda de forma espontánea, derivados desde los Centros de Salud, Juzgados u otras instituciones, todas personas beneficiarias del sistema de Atención Primaria de Salud de San Bernardo.

Cumplimiento Convenio Programa Maltrato Infantil

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
680	937	137,8%

Fuente: Registro SIGGES

PROGRAMA AMBULATORIO COMUNITARIO TRATAMIENTO POR CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS:

Programa de atención en modalidad diurna y vespertina, implementado en COSAM de acuerdo a Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, Resolución Exenta Nº 150, con un total de 480 meses de tratamiento a ejecutar en el período enero-diciembre 2013.

Objetivo: Brindar tratamiento a adolescentes entre 12 y 19 años que presentan un compromiso a nivel biopsicosocial moderado a severo, ligado al consumo abusivo de alcohol y sustancias, que solicitan ayuda de forma espontánea, derivados desde los diferentes centros de salud, Juzgados u otras instituciones, todas personas beneficiarias del sistema de Atención Primaria de Salud de San Bernardo.

Cumplimiento Convenio Programa Ambulatorio Comunitario

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
480	720	150,0%

Fuente: Registro SIGGES

PROGRAMA AMBULATORIO BÁSICO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y/O ALCOHOL:

Programa de atención en modalidad diurna y vespertina, implementado en COSAM de acuerdo a Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, Resolución Exenta Nº 150 y Convenio con SENDA, Resolución Exenta Nº 1066 con un total de 220 meses de tratamiento a ejecutar en el período enero-diciembre 2013.

Objetivo: Brindar tratamiento a usuarios mayores de 20 años que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de soporte familiar.

Cumplimiento Convenio Programa Ambulatorio Básico

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
328	384	117,1%

Fuente: Registro SIGGES y SISTRAT

PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y/O ALCOHOL:

Programa de atención en modalidad diurna y vespertina, implementado en COSAM de acuerdo a Convenio SENDA, Resolución Exenta Nº 1066 con un total de 280 meses de tratamiento a ejecutar en el período enero-diciembre 2013.

Objetivo: Brindar tratamiento a usuarios mayores de 20 años que presentan diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

Tabla 5: Cumplimiento Convenio Programa Ambulatorio Intensivo

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
280	291	103,9%

Fuente: Registro SIGGES y SISTRAT

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE:

Programa Piloto implementado en COSAM a partir del año 2012, mediante Convenio MIDESOL, Resolución Exenta Nº 1065. Para su ejecución se establece coordinación con Residencia Hogar de Cristo de la comuna, favoreciendo a partir del 2013 el acceso a usuarios en niveles de habitabilidad Residencia, Hospedería y en calle.

Objetivo: Mejorar el acceso a atención en Salud Mental de Personas en Situación de Calle, a través de la implementación de un Modelo de Atención adecuada y pertinente para 28 usuarios inscritos en el Programa Calle coordinado por Ministerio de Desarrollo Social, y beneficiarios del nivel de habitabilidad Residencial, Hospedería y calle del Hogar de Cristo.

Cumplimiento Convenio Programa Piloto Calle

Meses tratamiento conveniados 2013	Total meses de tratamiento a diciembre de 2013	Porcentaje de cumplimiento
28	28	100,0%

Fuente: Segundo Informe Técnico Piloto Calle 2013, MIDESOL.

DESAFÍOS Y/O ESTRATEGIAS

Para el período 2013-2014, la comuna de San Bernardo ha asumido el desafío de llevar a cabo un Plan de Mejora en la Gestión del Centro Comunitario de Salud Mental COSAM, el que considera acciones en distintas áreas:

GESTIÓN DE RRHH

- 1) Revisión y Ajuste de Dotación
- 2) Definición perfiles/funciones
- 3) Reestructuración de los equipos tratantes.
- 4) Asignaciones de Responsabilidad: Jefaturas
- 5) Ajuste y desplazamientos de horario
- 6) Autocuidado y desarrollo del equipo

GESTIÓN CLÍNICA

- 1) Revisión de Protocolos existentes/generación de nuevos protocolos.
- 2) Programación de Reuniones clínicas
- 3) Revisión y actualización de Programas Terapéuticos
- 4) Definición de perfiles de usuarios/oferta

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- 1) Instalación SOME
- 2) Actualización de hojas de Registro y tabulación
- 3) Reasignación de funciones personal administrativo
- 4) Procedimientos/Protocolos

GESTIÓN DE RED

- 1) Acuerdos y Protocolos de Colaboración (PREVIENE, Barrio en Paz, CHASQUI, OMIL, otros)
- 2) Coordinación Sector Justicia (Juzgados de Familia, Garantía, Defensoría, Pública)
- 3) Fortalecimiento de participación en Red de Salud
- 4) Posicionamiento en redes Infancia, Violencia.

INFRAESTRUCTURA

A partir del mes de diciembre de 2013 se ha comenzado a trabajar en un cronograma de trabajo tendiente a mejorar las condiciones de infraestructura del centro, con fecha establecida para entrega de obras el mes de mayo del año 2016.

14.LABORATORIO CLINICO COMUNAL

El Laboratorio Clínico Comunal de la comuna de San Bernardo tiene por objetivo asegurar la demanda en exámenes, satisfaciendo una necesidad cada vez más creciente, permitiendo responder en forma oportuna a una pesquisa precoz, confirmación de diagnósticos, control y tratamiento. La información que genera el Laboratorio Clínico Comunal permite mejorar la gestión de cada centro, con la entrega de información para la toma de decisiones en salud de la comuna.

El Laboratorio se encuentra implementando Estándares de Acreditación de Calidad, emanados desde el Ministerio de Salud, los que establecen requisitos particulares para la entrega de calidad y competencia en la atención de los Laboratorios Clínicos, permitiéndonos de esta manera entregar prestaciones Auge a la comunidad de San Bernardo.

El personal del Laboratorio mantiene en forma permanente una responsabilidad con nuestros usuarios, esforzándose cada día en entregar un trabajo de excelencia, avalado por múltiples programas internos y externos de Control de Calidad, los que junto a una automatización e informatización permanentes, está en constante modernización de procesos del Laboratorio.

La evolución de la demanda en exámenes de Laboratorio va en aumento como muestra el gráfico N°1, lo que se explica por la aparición de nuevos protocolos GES en los cuales los exámenes de Laboratorio están garantizados. En el gráfico N°2 muestra la cantidad de exámenes entre Enero y Agosto 2013 por centro de salud en relación a la cantidad de usuarios atendidos.

En el gráfico N° 3 se muestra que los exámenes de tipo Bioquímico, seguido de los Hematológicos, son los que tienen mayor solicitud durante los años 2011 y 2012.

Gráfico N° 1 Evolución de número de exámenes de Laboratorio 2003 a 2012

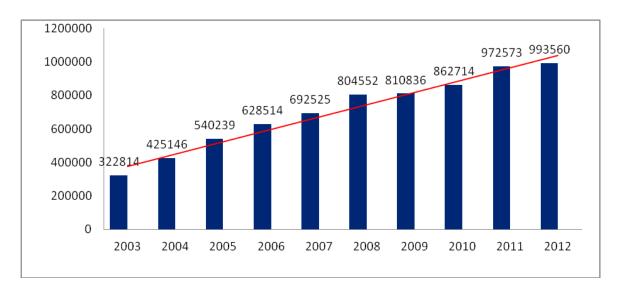
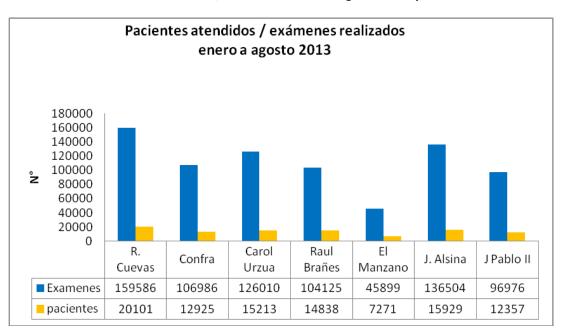


Gráfico N° 2 Número de Pacientes/Exámenes Enero a Agosto 2013 por Centro de Salud



800000 Tipos de Exámenes 700000 600000 Número exámenes 500000 400000 300000 200000 100000 0 Hematológico Bioquímico Inmunológico Microbiológico Deposiciones Orina 2011 124306 422606 4835 47486 720 52061 2012 187727 683033 7098 72685 701 94163

Gráfico N° 3 Número y tipo de Exámenes años 2011 y 2012

Programa de Laboratorio Complementario GES:

Introducción

El Laboratorio Clínico Comunal de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo tiene a cargo el cumplimiento del "Programa de Laboratorio Complementario Ges" con exámenes para pacientes atendidos en los Centros de Salud de Atención Primaria, de la comuna de San Bernardo.

La continuidad del Programa complementario GES de Laboratorio se justifica, porque se enmarca dentro los objetivos de equidad en la salud pública, entregando calidad, resolutividad y oportunidad tanto en acciones preventivas como de diagnóstico en problemas de salud que afectan a la comunidad.

Los recursos asignados por Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Metropolitano Sur, financian la ejecución de los siguientes Programas y exámenes de Laboratorio Clínico:

- 1.- **Epilepsia**: Perfil Hepático, Niveles plasmáticos de fármacos.
- 2.- **Prevención Insuficiencia Renal Crónica Terminal Mayores de 15 años** : Electrolitos plasmáticos, Microalbuminuria cuantitativa, Creatinina cuantitativa, Perfil lipídico.
- 3.- Programa de Salud Cardiovascular, Hipetertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 : Electrolitos plasmáticos, Microalbuminuria cuantitativa, Hemoglobina glicosilada.

4.- Exámenes de Medicina Preventiva: Urocultivo en embarazadas con menos de 14 semanas de gestación en primer control de embarazo, Glicemia en población de 15 años y más, Colesterol total en población de 40 años y más.

Objetivos del Programa Complementario GES Laboratorio:

- 1.- Contribuir a disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad y a mejorar el estilo de vida de la población.
- 2.- Apoyar el diagnóstico, tratamiento y control de pacientes con patologías como Epilepsia, Diabetes Hipertensión.
- 3.- Apoyar programa de la Mujer en la detección temprana y oportuna de infecciones urinarias en Embarazadas.

Evaluación de lo realizado durante el año 2013 según lo planificado

- 1.- El Programa complementario GES Laboratorio como todos los años se cumple en un 100 %, excepto para el Programa Epilepsia en que se cumple a diciembre 2013 con un 35.8 %, por lo tanto se hace necesario reforzar en los profesionales la importancia de la solicitud de exámenes en este programa.
- 2.- Durante el año 2013 se continuó utilizando la nueva orden de examen agrupada según programas, lo que ha facilitado y orientado de mejor manera a profesionales en la solicitud de exámenes.
- 3.- Adscripción al PEEC, ISP y programa de control de calidad RIKAS.

Planificación año 2014 con proyección a tres años (principales desafíos y/o estrategias a implementar para mejoramiento de los resultados del año anterior)

Desafíos y estrategias:

- Instalación del sistema trifásico de energía, necesidad urgente
- Instalación de nuevo servidor, el actual está próximo a cumplir su capacidad total, necesidad urgente
- Lograr Acreditación Minsal

- Mantener al personal actualizado en Programas de Salud Ministeriales
- Capacitación permanente
- Aumentar la valoración económica de los exámenes de los programas
- Coordinación permanente y directa con los centros de salud

Matriz

Problema Priorizado	Objetivos	Acciones	Indicador	Meta	RRHH	Monitoreo y Evaluación
Cumplimiento Programa GES Laboratorio	Cumplir 100 % exámenes programados	Realizar exámenes según programa	% realizado de exámenes Programa GES respecto al total requerido según programa	100 % cumplimiento	Aux. de Servicio Aux. de Laboratorio Técnicos de Laboratorio Administrativos Tecnólogos Médicos	Mensual con informe anual
		Control de Calidad permanente	% técnicas controladas con evaluación externa	100 % cumplimiento	Tecnólogos Médicos	Mensual con informe anual
	Respuesta oportuna de resultados con valores críticos	Informar a más tardar a las 16 hrs. a profesional de cada centro valores críticos detectados	% de exámenes enviados a más tardar a las 16 hrs.	100 % cumplimiento	Tecnólogos Médicos	Mensual con informe anual

Red Asistencial

La Red de Salud del Sector Público está formada por todos los establecimientos que entregan prestaciones de salud y que a través de una coordinación en conjunto son capaces de resolver el problema de salud de un usuario, dando continuidad a la atención. Se establecen dos tipos de redes, la Electiva y la de Urgencia.

La Red Electiva está formada por los establecimientos antes mencionados y presta servicios en horario diurno y días hábiles. La Red de Urgencia está formada por el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) que presta atención en el horario y en los días en que no están abiertos los Centros de Salud y los Servicios de Urgencia Hospitalaria funcionan las 24 horas del día.

En el siguiente cuadro se presentan los establecimientos de atención primaria y del nivel secundario que pertenecen a las diferentes micro redes de derivación existentes para la comuna, establecidas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Atención Primaria de Salud		Nivel Secundario
Raúl Cuevas -		Hospital Parroquial de San Bernardo -
CECOF Lo Herrera -SAPU		UEH
Joan Alsina -	Micro-red Hospital	
CECOF Ribera del Maipo-SAPU	Parroquial	Hospital Exequiel González Cortés -UEH
Carol Urzúa -		
CECOF Rapa Nui-SAPU		Complejo Asistencial Barros Luco
Raúl Brañes -SAPU		
Confraternidad -SAPU	Micro-red Hospital El	Hospital El Pino - UEH
Juan Pablo II -SAPU	Pino	Hospital Exequiel González Cortés - UEH
El Manzano		Complejo Asistencial Barros Luco- UEH

Cuando el problema de salud sobrepasa el nivel de resolutividad de la atención primaria, el médico deriva al usuario a través de una interconsulta a nivel atención de especialista ambulatorio que denominamos "demanda". Con el fin de mejorar la pertinencia de la derivación se genera durante el 2013 el cargo de Médico Interconsultor Comunal y el Centro de Resolución Local Rosita Benveniste, ambas estrategias que se mantendrán durante el 2014.

MEDICO INTERCONSULTOR COMUNAL

El MEDICO INTERCONSULTOR COMUNAL surge en respuesta a las necesidades de articulación de la Red de Salud, para generar uniformidad de criterios y protocolos de priorización, con el fin de aumentar la resolutividad de la Comuna de San Bernardo, centrándonos en la atención del paciente y familia.

La existencia de Listas de Espera en la Comuna, que no pueden ser gestionadas de la forma habitual, por orden o turno de atención, por la existencia de factores agravantes que prevalecen, es que algunas Sociedades Médicas como la British Medical Association (BMA) han señalado que utilizar el tiempo de espera como único criterio de gestión podría entrar en contradicción con otros principios basados en la necesidad del paciente.

El manejo de la lista de espera y la resolutividad es una prioridad en atención primaria, para darles una respuesta eficaz a nuestros usuarios, considerando que la atención secundaria se encuentra sobrepasada en las demandas asistenciales y que ésta se realiza fuera del entorno familiar, cultural y muchas veces territorial de nuestras familias a cargo.

Se han implementado estrategias como los Comités Interconsultores, en cada Centro de Salud, en los que trabaja el médico interconsultor, Odontólogo interconsultor y Matrón Interconsultor con las Coordinadoras de GES y Redes locales, equipo que se encuentra consolidado desde hace casi una década y que maneja la última información en torno a las redes, microrredes y convenios de resolutividad. Sus Objetivos son disminuir la lista de espera a nivel comunal, con lo que respecta a patologías que se pueden resolver o manejar en APS, mejorar articulación de la red local con atención secundaria o programas de resolutividad local, estandarizar procesos de referencia, capacitar a médicos interconsultores en relación a derivaciones pertinente y mejoría en la resolutividad local, fortalecer el rol de médico interconsultor como referente técnico local, mejorar la comunicación a nivel clínico en red.

En las estrategias de Priorización se consideran aspectos como el impacto social que produce la enfermedad, si genera incapacidad laboral, si existe discapacidad física, si es población activa laboralmente, si es menor o mayor a 65 años, si presentan Licencias Médicas Prolongadas. Criterios clínicos como la probabilidad de presentar complicaciones clínicas, el impacto en la calidad de vida. Disponibilidad de recursos de la red asistencial.

Nuestra principal estrategia es capacitar a médicos interconsultores para el aumento de la resolutividad y el trabajo coordinado en la Comuna y la Red de Salud del S.S.M.S., así a través de estos a la totalidad de los médicos que trabajan en los Centros de Salud.

Centro de Resolución Local ROSITA BENVENISTE

El CENTRO DE RESOLUCIÓN LOCAL ROSITA BENVENISTE se ubica en el sector Nor-Oriente de la Comuna de San Bernardo, correspondiente al CESFAM El Manzano, es uno de los más vulnerables, en el se ubica el Campamento San Francisco que alberga a aprox. 1.500 personas donde se presentan condiciones de extrema pobreza, presencia de un vertedero y necesidades no resueltas en Salud.

Este proyecto busca atender las necesidades en salud de esta población, se ejecuta en forma colaborativa por la Ilustre Municipalidad de San Bernardo, Clínica Las Condes, Desafío Levantemos Chile y la Comunidad Judía de Chile.

Su Misión es, contribuir a la solución de problemáticas de salud existentes a nivel comunal mediante la resolución de patologías no quirúrgicas que puedan ser tratadas en un box de atención por profesionales de excelencia, tecnología de punta, en menor tiempo y permitiendo así reducir las brechas de acceso a la salud, existentes actualmente en la comuna de San Bernardo.

Su Visión, es consolidarse como una Institución de Salud prestigiosa, confiable, y que entregue prestaciones de calidad que contribuyan a reducir y resolver la lista de espera de atención de especialistas y procedimientos del Sector público comunal, conjugando el emprendimiento público con colaboración de especialistas del sistema privado, brindando atención de excelencia a los pacientes.

Entregará atenciones a pacientes que se encuentren en Listas de Espera de Atención de Especialistas derivados por los Centros de Salud de Atención Primaria de la Comuna de San Bernardo, en una Primera Etapa.

Actualmente se encuentra en marcha blanca, iniciada el día miércoles 9 octubre de 2013, con atención de psicólogas del CESFAM el Manzano y atención de especialistas de la Clínica Las Condes a pacientes en espera del CESFAM El Manzano.



PROGRAMACION OPERATIVA

Posterior a las publicaciones de las Orientaciones Programáticas para el año 2014, tal como se hace todos los años, se realizaron reuniones por ciclo vital y programas, asistiendo los encargados de todos los Centros de Salud, para revisar la planilla de programación y realizar adecuaciones correspondientes considerando lo informado en REM, junto a lo efectivamente agendado. Debido a que no se cuenta habitualmente con la población inscrita validada se trabajó con la del año 2013, situación que se revirtió el 27 de diciembre de 2013 con la recepción de la población inscrita validada para el año 2014.

La diferencia entre la población inscrita validada del año 2013 al 2014 fue de sólo 512 pacientes menos a nivel comunal pero la distribución por centro presentó diferencias las cuales se detallan a continuación:

Centros de	Población Inscrita Validada	Población Inscrita Validada	
Salud	2013	2014	Diferencia
Raúl Cuevas	45024	42478	-2546
Juan Pablo II	30434	29687	-747
Carol Urzúa	37345	37498	153
Raúl Brañes	35314	35576	262
El Manzano	17948	18340	392
Confraternidad	23827	24247	420
Joan Alsina	34382	35936	1554
Comuna	224274	223762	-512

Tal como se muestra en la tabla anterior, la disminución más importante ocurrió en el CESFAM Raúl Cuevas y el mayor aumento se produjo en el CESFAM Joan Alsina. Ambos cambios no tuvieron gran impacto en la dotación de los establecimientos.

En la comuna de San Bernardo la Programación Operativa del recurso humano profesional se realiza en dos planillas diferentes, una permite programar y calcular el requerimiento de los profesionales de las categorías A y B a excepción de los odontólogos que tienen una planilla exclusiva.

Con el fin de estandarizar y facilitar el cálculo de las horas que se requieren para labores administrativas de los profesionales dentro de los Centros que considera a los Jefes de Programa, Jefes de Sector y Enfermera de Transversal, se utiliza la siguiente planilla que calcula en jornada diaria el requerimiento:

	Profesi ón de	Horas Asignadas							
Programa	Jefatur a	Semana les	Censo mensual	Censo trimestral	Censo semestral				
Programa Adulto Cardiovascular		5	4	0	24				
Programa Infantil		5	8	0	24				
Programa de la Mujer		5	8	8	8				
Programa Salud Mental		5	8	0	8				
Programa Odontológico		5	8	0	0				
Programa del Adulto Mayor		5	8	0	8				
Programa IRA		1	0	0	2				
Programa ERA		1	0	0	2				
Epilepsia		0	0	0	0				
Médico Interconsultor		5	0	0	0				
Programa Adolescente		5	4	0	4				
Chile Crece Contigo (si corresponde)		5	8	0	8				
PNAC y PACAM		10	8	0	0				
Participación Social y Promoción de Salud		2	4	0	4				
Jefe(a) de Sector		11	0	0	0				
Jefe(a) de Sector		11	0	0	0				
Jefe(a) de Sector		11	0	0	0				
Jefe(a) de Sector				0					
Enfermera de Transversal / TBC		44	0	0	0				
Programa TBC		1	0	0	0				
Programa Postrados		5	8	0	4				

La brecha de jornadas profesionales que arroja la programación operativa general se presenta en las siguientes tablas:

Profesional		Médico		Е	nfermer	a	ı	Matrona		Asis	tente Sc	ocial	Nι	Nutricionista	
Centro	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta
El Manzano	9,0	6,3	-2,8	2,9	2,9	0,0	3,3	3,1	-0,2	3,0	2,3	-0,7	3,0	3,0	0,0
Confraternidad	10,3	6,7	-3,6	3,4	3,8	0,3	3,8	4,9	1,1	2,0	2,9	0,9	3,0	2,4	-0,6
Carol Urzúa	13,5	8,0	-5,5	5,4	6,1	0,7	5,1	5,9	0,8	3,1	2,4	-0,8	4,0	4,8	0,8
Raúl Cuevas	15,1	11,5	-3,6	5,7	6,3	0,6	6,4	5,8	-0,6	3,7	3,9	0,2	4,7	5,2	0,5
Raúl Brañes	12,3	8,8	-3,5	3,8	5,1	1,3	6,4	4,9	-1,5	2,6	2,4	-0,2	4,1	3,3	-0,8
Joan Alsina	14,0	8,2	-5,9	5,0	3,9	-1,1	7,2	5,2	-2,1	3,0	3,9	0,8	4,3	2,5	-1,8
Juan Pablo II	11,5	8,6	-2,9	5,1	5,0	-0,1	4,6	4,3	-0,3	2,3	2,9	0,6	3,4	2,4	-1,0
Comuna	85,8	58,1	-27,7	31,3	33,1	1,8	36,7	34,0	-2,7	19,7	20,6	0,9	26,5	23,6	-2,9

Profesional	Ki	nesiólog	j0	F	esicólogo)	Educac	lora de P	árvulos	Terape	uta Ocup	acional	0	dontólog	go
Centro	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta	Prog.	actual	delta
El Manzano	2,5	3,0	0,5	3,4	3,6	0,2	0,5	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	4,5	4,1	-0,4
Confraternidad	4,4	3,6	-0,8	3,0	2,5	-0,5	0,8	1,0	0,2	1,2	1,0	-0,2	3,2	2,5	-0,7
Carol Urzúa	5,8	4,7	-1,1	3,9	3,3	-0,6	0,8	1,0	0,2	1,1	2,0	0,9	4,2	3,9	-0,2
Raúl Cuevas	5,3	5,4	0,1	4,5	4,4	0,0	0,9	1,0	0,1	1,1	1,0	-0,1	6,2	4,8	-1,4
Raúl Brañes	6,1	4,4	-1,8	4,1	3,3	-0,8	1,2	1,3	0,1	1,2	1,0	-0,2	6,3	4,8	-1,5
Joan Alsina	4,6	3,7	-0,9	3,6	2,2	-1,4	0,8	1,0	0,2	1,2	1,8	0,6	6,6	5,5	-1,1
Juan Pablo II	4,2	3,1	-1,1	3,5	3,3	-0,2	0,8	0,8	0,0	1,3	1,8	0,5	6,8	5,7	-1,2
Comuna	32,9	27,9	-5,1	25,9	22,6	-3,3	5,9	7,5	1,7	7,1	8,5	1,4	37,7	31,3	-6,4

El cumplimiento de la programación 2013 de la prestación consulta de morbilidad corresponde al siguiente, por establecimiento:

	DR.	RAUL CUEVA	.S	PADR	RE JOAN ALSIN	IA	CAROL URZUA			
CICLO VITAL	PROGR.	REALIZADO	%	PROGR.	REALIZADO	%	PROGR.	REALIZADO	%	
INFANTIL	10392	6158	59,3	12308	6973	56,7	9828	6414	65,3	
ADOLESCENTE	6941	2886	41,6	6001	3365	56,1	5996	2945	49,1	
ADULTO	27177	11695	43,0	19352	13027	67,3	22221	11982	53,9	
ADULTO MAYOR	5706	6347	111,2	5748	4251	74,0	8422	4829	57,3	
TOTAL	50216	27086	53,9	43409	27616	63,6	46467	26170	56,3	

	COI	NFRATERNIDA	D	Е	L MANZANO		JUAN PABLO II			
CICLO VITAL	PROGR.	REALIZADO	%	PROGR.	REALIZADO	%	PROGR.	REALIZADO	%	
INFANTIL	9788	5931	60,6	7216	8131	112,7	8148	8145	100,0	
ADOLESCENTE	4123	2692	65,3	3224	2067	64,1	4898	3640	74,3	
ADULTO	12871	11763	91,4	20524	8890	43,3	17919	15535	86,7	
ADULTO MAYOR	3878	4356	112,3	2133	708	33,2	7076	7659	108,2	
TOTAL	30660	24742	80,7	33097	19796	59,8	38041	34979	92,0	

	DR. RAUL BRAÑES							
CICLO VITAL	PROGR.	REALIZADO	%					
INFANTIL	14580	10530	72,2					
ADOLESCENTE	6843	3495	51,1					
ADULTO	19684	13311	67,6					
ADULTO MAYOR	2990	2877	96,2					
TOTAL	44097	30213	68,5					

La situación presentada en las tablas anteriores se genera por brecha de profesional médico que en promedio en la comuna, durante el 2013, correspondió a 20 jornadas de 44 horas salvo el período estival en donde la oferta de este tipo de profesional aumenta. Cabe destacar los cumplimientos programáticos del centro Confraternidad y Juan Pablo II que está dado por la posibilidad que tienen de aumentar su oferta por el tipo de convenio docente-asistencial que se desarrolla en ellos.

La tasa de profesionales que requiere cada centro de salud por 10.000 inscritos se presenta en las siguientes tablas:

Profesional		Médico	E	nfermera	ı	Matrona	Asis	tente Social	Nutricionista		
Centro	Prog.	Tasa x 10.000	Prog.	Tasa x 10.000							
El Manzano	9,0	4,9	2,9	1,6	3,3	1,8	3,0	1,6	3,0	1,6	
Confraternidad	10,3	4,3	3,4	1,4	3,8	1,6	2,0	0,8	3,0	1,2	
Carol Urzúa	13,5	3,6	5,4	1,4	5,1	1,4	3,1	0,8	4,0	1,1	
Raúl Cuevas	15,1	3,6	5,7	1,3	6,4	1,5	3,7	0,9	4,7	1,1	
Raúl Brañes	12,3	3,5	3,8	1,1	6,4	1,8	2,6	0,7	4,1	1,2	
Joan Alsina	14,0	3,9	5,0	1,4	7,2	2,0	3,0	0,8	4,3	1,2	
Juan Pablo II	11,5	3,9	5,1	1,7	4,6	1,6	2,3	0,8	3,4	1,2	
Comuna	85,8	3,8	31,3	1,4	36,7	1,6	19,7	0,9	26,5	1,2	

Profesional	Ki	nesiólogo	Р	sicólogo	Educadora de Párvulos			erapeuta cupacional	Odontólogo		
Centro	Prog.	Tasa x 10.000	Prog.	Tasa x 10.000	Prog.	Tasa x 10.000	Prog.	Tasa x 10.000	Prog.	Tasa x 10.000	
El Manzano	2,5	1,4	3,4	1,8	0,5	0,3	0,0	0,0	4,5	2,4	
Confraternidad	4,4	1,8	3,0	1,2	0,8	0,3	1,2	0,5	3,2	1,3	
Carol Urzúa	5,8	1,5	3,9	1,0	0,8	0,2	1,1	0,3	4,2	1,1	
Raúl Cuevas	5,3	1,2	4,5	1,0	0,9	0,2	1,1	0,3	6,2	1,5	
Raúl Brañes	6,1	1,7	4,1	1,2	1,2	0,3	1,2	0,3	6,3	1,8	
Joan Alsina	4,6	1,3	3,6	1,0	0,8	0,2	1,2	0,3	6,6	1,8	
Juan Pablo II	4,2	1,4	3,5	1,2	0,8	0,3	1,3	0,4	6,8	2,3	
Comuna	32,9	1,5	25,9	1,2	5,9	0,3	7,1	0,3	37,7	1,7	

Cabe señalar que la programación considera tanto el tiempo destinado a atención directa y a las labores administrativas que oscilan entre un 15 a 30% dependiendo de la distribución de la designación de las Jefaturas de Programa y Jefes de Sector principalmente.

Durante el año 2013 se elaboraron dos planillas adicionales que permitieran determinar la necesidad de recurso de técnico de nivel superior junto al auxiliar paramédico y de administrativo las cuales se presentan a continuación:

Cálculo de Requerimiento Recurso Humano de Técnicos de Nivel Superior y Auxiliar Paramédico

Centros de Salud	Vacunatorio	Esterilización	Cirugía Menor	Transversal	IRA	ERA	Farmacia	PAD	Sector	Bodega Alimentos	Dental	CECOF SECTOR	Ecógrafo	MAV	Posta	Podóloga	Censo	CECOF FARMACIA	TENS 2013	TOTAL	вкесна
R. BRAÑES	2	2	0,5	4	0,5	0,5	4	1	9	2	6,8		0	0,1		0,2	0,3		48	33	15
R.CUEVAS	2	2		4	0,5	0,5	6	1	12	2	7,2	2	0	0,5		0,6	0,5	0,7	44	42	2,5
EL MANZANO	2	2		4	0,5	0,5	2	1	6	2	2,5		0	0,1		0,2	0,2		32	23	8,9
CAROL URZUA	2	2	0,5	4	0,5	0,5	5,5	2	9	2	5,7	2	0	0,4	1	0,4	0,5	0,56	50	39	11
JOAN ALSINA	2	2		4	0,5	0,5	5,7	1	9	2	5	2	0	0,2		0,9	0,3	0,5	38	36	2,3
CONFRATERNIDAD	2	2	0,5	4	0,5	0,5	3,5	1	9	2	4		0	0,2		0,2	0,2		32	30	2,4
JUAN PABLO II	2	2		4	0,5	0,5	4	1	9	2	4,1		0	0,3		0,5	0,5		36	30	5,6
TOTAL	14	14	1,5	28	3,5	3,5	31	8	63	14	35	6	0	1,7	1	3	2,6	1,76	280	232	48

Cálculo de Requerimiento Recurso Humano de Administrativos

Centros	SECTORES CENTRO	CECOF	GES	Digitador Farmacia	Digitador CHCC	Digitador Qualidiab	Digitador Laboratorio	OIRS	TABULACION	SUBJEFE	SECRETARIA	Secretaria Subjefe	008	Jefe SOME	Calificación de Derecho	Ventanilla Adulto Mayor	Sector Transversal	Extensión Horaria	Dirigente Gremial	ADMINISTRATIVOS 2013	TOTAL	ВRЕСНА
R. BRAÑES	9	0	4	1	0,5	0,3	0,3	1	2	1	1	1	1	0,5	1	1	1	0,45	0	25	26	-1,04
R.CUEVAS	12	3	4	1	0,5	0,5	0,4	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0,45	0,3	30	32	-2,08
EL MANZANO	6	0	2	1	0,5	0,2	0,1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0,45	0	20	20	-0,29
CAROL URZUA	9	2	5	1	0,5	0,5	0,3	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0,45	0,3	35	28	7
JOAN ALSINA	9	2	3	1	0,5	0,3	0,3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0,45	0,5	24	27	-3,11
CONFRATERNIDAD	9	0	3,5	1	0,5	0,2	0,3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,45	1,3	29	27	1,81
JUAN PABLO II	9	0	3,5	1	0,5	0,5	0,2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0,45	0,3	24	25	-1,43
TOTAL	63	7	25	7	3,5	2,6	1,9	7	14	3	7	7	7	4,5	7	7	7	3,15	2,5	187	186	0,86

Con respecto al cálculo de requerimiento de recurso humano TENS y Auxiliar Paramédico se observa una brecha positiva de 48 jornadas, concentrándose principalmente en el CESFAM Carol Urzúa y El Manzano.

El cálculo de requerimiento de recurso humano Administrativo presentó una brecha positiva de 0,86 jornadas pero demostró un problema de distribución ya que el CESFAM Carol Urzúa presentó una brecha positiva de 7 jornadas versus los otros establecimientos que presentan una brecha negativa, salvo el CES Confraternidad.

Los hallazgos dados por la creación de estas herramientas y sus correcciones se realizarán en forma paulatina durante el año 2014.

Plan de Capacitación 2014

	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	N° de participantes por plantas							HRS PED	RESULTADOS ESPERADOS
				Α	В	С	D	E	F	Total		
1	L n° 1Fortalecer el Modelo de Atención en Salud	Salud familiar básico	Conocer los principios básicos del modelo salud familiar e identificar herramientas de intervención propias del modelo	14	30	20	7	12	7	90	21	Los participantes incorporan el enfoque y herramientas del modelo de salud familiar en sus prácticas diarias
2	L n° 1Fortalecer el Modelo de Atención en Salud	Salud familiar con enfoque en gestión	Identificar y resolver problemas asociados a la implementación del Modelo Salud Familiar	15	15	0	0	0	0	30	32	Los participantes aplican conocimientos actualizados respecto al modelo salud familiar, generan propuestas de cambios y plan para ejecutarlos
4	L n° 1Fortalecer el Modelo de Atención en Salud	Estrategias para el trabajo con la comunidad	Conocer los fundamentos teóricos y metodológicos de promoción y prevención de salud y entregar herramientas para trabajo con la comunidad para ser incorporadas en	14	37	21	7	14	7	100	32	Los participantes aplican en sus prácticas diarias actividades con la comunidad de promoción y prevención de salud y proponen y ejecutan estrategias acción

7	L n° 1Fortalecer el Modelo de Atención en Salud	Acreditación en atención abierta	las prácticas diarias. Conocer los protocolos y guías asociados a la acreditación en atención abierta	21	64	50	15	46	14	210	21	Los Participantes aplican las guías de acreditación, reconocen los requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores
3	L n° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al Usuario	Manejo de pacientes con factores de riesgo cardiovasculares	Manejar los conocimientos y técnicas para realizar exámenes preventivos en salud cardiovascular como Empa, Cedazo, así como analizar los valores de exámenes asociados	C	0	25	25	0	0	50	21	
5	L n° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al Usuario	Normas técnicas de curaciones y heridas avanzadas	Actualizar, conocer y manejar protocolos y normas técnicas referente a curaciones y tratamiento de heridas avanzadas con foco a procedimientos en pie diabético	C	0	20	20	0	0	40	21	-

6	L n° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al Usuario	RCP básico	Conocer en términos teóricos y prácticos la reanimación cardiopulmonar. Incorporar conceptos básicos de RCP en urgencias de personas adultas Identificar las principales acciones frente a un accidente. Conocer realizar las maniobras básicas de un RCP.	21	60	50	7	48	14	200	21	Los participantes actúan y aplican procedimientos aprendidos frente a una emergencia empleando maniobras de RCP
8	L n° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al Usuario	Gestión en acreditación en atención abierta	Manejar los protocolos y guías asociados a la acreditación en atención abierta. Definir la cadena de valor de los procesos internos y de apoyo operativos	20	40	0	0	0	0	60	32	Participantes manejan requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. Implementan la supervisión y evaluación de protocolos
9	L n° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al Usuario	Atención y satisfacción usuaria	Conocer indicadores y estándares de calidad de la atención, la nueva ley referente a trato al usuario 20.584 y elaborar propios indicadores de acuerdo a protocolos y ley 20 mil	0	15	21	7	23	14	80	32	Los participantes aplican protocolos de atención e información para usuarios del sistema de salud sobre la base de leyes vigentes.
10	L n° 5 Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad de	Estrategias de autocuidado de los equipos y clima de buen trato	Manejar conceptos de mediación y resolución de conflictos y dar a conocer estrategias que	7	22	18	7	16	10	80	32	Participantes aplican nuevas prácticas y estrategias de autocuidado y de los equipos de trabajo. Manejan

	vida funcionaria		ayuden a su resolución. Reconocer la importancia de la prevención y autocuidado en la vida laboral y comunicarse efectivamente									técnicas comunicacionales orientadas a las resolución de conflictos y escucha activa en base al código de buenas prácticas laborales
11	L n° 6 Incorporar tecnologías de información y comunicaciones	Excel	Profundizar conocimientos en herramientas computacionales de mayor eficiencia y complejidad que aporten a la administración de APS y RR.HH	7	18	5	0	30	0	60	32	Los participantes aplican herramientas informáticas en sus funciones diarias
12	L nº 6 Incorporar tecnologías de información y comunicaciones	Computación nivel básico	Conocer herramientas computacionales básicas e integrarlas a las actividades y funciones diarias	0	0	11	7	28	14	60	21	Los participantes aplican a nivel usuario el funcionamiento de un computador y los programas básicos de office y las aplican en las actividades diarias

Presupuesto 2014

A continuación se presenta la ejecución presupuestaria del año 2013

INGRESOS	TOTAL	Distribución Porcentual
Per Cápita	10.305.990.000	55,51%
Subvención Municipal	2.585.454.000	13,93%
Ingresos Programas Salud	3.701.191.722	19,94%
Licencias Médicas	434.634.280	2,34%
Desempeño Colectivo	1.360.663.757	7,33%
Recaudación consultorios	15.827.840	0,09%
Departamento Bienestar	58.652.640	0,32%
Concesión Kioscos	2.400.000	0,01%
Campos Clínicos	101.460.394	0,55%
TOTAL INGRESOS	18.566.274.633	100,00%

GASTOS

Gastos de Personal

Total Remuneración Salud	14.031.032.485
Honorarios	1.386.843.483

15.417.875.967

Servicios Generales

Servicios de Seguridad	41.315.892
Departamento Bienestar	58.652.640
Empresa de Aseo	195.306.348
Arriendo de Vehículos y equipos	249.660.000
Arriendo Ambulanc. 12/24 Hrs.	72.600.000
Servicio Impresión	35.263.719
Colaciones SAPU	32.003.724
Servicio Informáticos	53.880.959
Servicio Financiero y Seguros	16.780.000
Arriendo Máquinas	11.628.439

767.091.721

Servicios Básicos

Luz	111.399.018
Agua	34.511.519
Teléfono e internet	62.133.875
Gas	43.154.383
Radios y celular	13.010.480
Combustibles	25.668.078

289.877.354

Otros Gastos

Fármacos y Materiales quirúrgicos	952.629.352
Laboratorio exámenes y reactivos	257.739.718
Dental	58.196.029
Programas	401.453.134
Materiales de Oficina	44.926.578
Materiales de Aseo	13.426.786
Vestuario	23.383.086
Sala Cuna	11.097.238
Sanitización	9.419.088
Mantención Ascensor	10.392.000
Arriendo y Mantenc. Eq. Eléctricos	76.324.906
Gastos Varios Ambulancias	20.231.839
Activos Fijos, Construcciones, PMI	61.632.426
Otros	150.577.411

2.091.429.591

TOTAL GASTOS	18.566.274.633
--------------	----------------

Presupuesto 2014

INGRESOS 2014	TOTAL	Distribución Porcentual
Per Cápita	10.322.747.592	55,51%
Subvención Municipal	2.585.454.000	13,93%
Ingresos Programas Salud	3.701.191.722	19,94%
Licencias Médicas	434.634.280	2,34%
Desempeño Colectivo	1.360.663.757	7,33%
Recaudación consultorios	15.827.840	0,09%
Departamento Bienestar	58.652.640	0,32%
Concesión Kioscos	2.400.000	0,01%
Campos Clínicos	101.460.394	0,55%
TOTAL INGRESOS	18.583.032.225	100,00%

GASTOS 2014

Gastos de Personal

	14.047.790.077
Total Remuneración Salud	
Honorarios	1.386.843.483
	15.434.633.559

Servicios Generales

Servicios de Seguridad	41.315.892
Departamento Bienestar	58.652.640
Empresa de Aseo	195.306.348
Arriendo de Vehículos y equipos	249.660.000
Arriendo Ambulanc. 12/24 Hrs.	72.600.000
Servicio Impresión	35.263.719
Colaciones SAPU	32.003.724
Servicio Informáticos	53.880.959
Servicio Financiero y Seguros	16.780.000
Arriendo Máquinas	11.628.439

767.091.721

Servicios Básicos

Luz	111.399.018
Agua	34.511.519
Teléfono e internet	62.133.875
Gas	43.154.383

Radios y celular	13.010.480
Combustibles	25.668.078

289.877.354

Otros Gastos

952.629.352
257.739.718
58.196.029
401.453.134
44.926.578
13.426.786
23.383.086
11.097.238
9.419.088
10.392.000
76.324.906
20.231.839
61.632.426
150.577.411

2.091.429.591

TOTAL GASTOS	18.583.032.225
--------------	----------------

Bibliografía:

- Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito (2012). Información estadística de accidentes de tránsito en comunas, distritos, circunscripciones y regiones de Chile 2012 [Versión electrónica]. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en: http://www.conaset.cl/userfiles/files/Distritos Circunscripciones 2012.pdf
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (1998). III Estudio de Consumo de Drogas en Población General 2013 [Versión electrónica]. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en : http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/06/1998 Tercer EstudioNacional.pdf
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2003). "V Estudio de Consumo de Drogas en Población Escolar" [Versión electrónica]. Extraído el 29 de Octubre de 2013 en : http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2003 Quinto EstudioEscolar.pdf
- Departamento de Estadísticas en Información en Salud (2009). Anuario de Estadísticas de Atenciones y
 Recursos para la Salud, años 2005 a 2009 [Versión electrónica]. Extraído el 29 de Octubre de 2013 en:
 http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/AtAmb Recursos/Anuarios/2005 2009/Anuario 2005 2009.p
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006). Las trayectorias del desarrollo humano en las Comunas de Chile (1994 2003) [Versión electrónica]. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en: http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/pub12/IDHC%20con%20portada.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). El concepto y el índice del desarrollo Humano. México. [Versión electrónica]. Extraído el 27 de Octubre de 2013 en: http://www.centrodesarrollohumano.org/pmb/opac css/doc num.php?explnum id=6
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000). Desarrollo de las comunas en Chile [Versión electrónica]. Extraído el 27 de Octubre de 2013 en:
- http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/Pub04/Desarrollofinal.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1999). Índice de Desarrollo Humano en Chile (1990 1998) [Versión electrónica]. Extraído el 27 de Octubre de 2013 en: http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/Pub03/todo.pdf
- SENDA (2013). X Estudio de Consumo de Drogas en Población General 2013 [Versión electrónica]. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en:
- http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf
- Servicio de Salud Metropolitano Sur (2013). Rol de la red asistencial. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en: http://ssms.redsalud.gob.cl/?page_id=109

- Sistema Nacional de Información Municipal (2012). Indicadores por municipio. Salud Municipal. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en:
 http://www.sinim.cl/indicadores/municipio/frame.php?id muni=515&id area=2&id subarea=no&selpr oc=13&primer=1&nmun=SAN%20BERNARDO
- Sistema Nacional de Información Municipal (2012). Indicadores por municipio. Educación Municipal. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en:
- http://www.sinim.cl/indicadores/municipio/frame.php?id muni=515&id area=2&id subarea=no&selpr oc=13&primer=1&nmun=SAN%20BERNARDO
- Sistema Nacional de Información Municipal (2012). "Indicadores por municipio". Caracterización comunal. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en
 http://www.sinim.cl/indicadores/municipio/frame.php?id muni=515&id area=2&id subarea=no&selpr oc=13&primer=1&nmun=SAN%20BERNARDO
- Subsecretaria de Prevención del Delito (2012). "Boletín Comunal San Bernardo. Victimización ENUSC y casos policiales de delitos de mayor connotación social, año 2012" [Versión electrónica]. Extraído el 28 de Octubre de 2013 en:
- http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/13 ENUSC 2012 San%20Bernardo.pdf

ANEXOS

LISTA DE ASISTENCIA DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD

AÑO 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Ley 20.584. Yo, autorizo el registro de imágenes y fotografías realizadas por la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo y de los medios de comunicación (televisión, radio y prensa escrita), quienes dispondrán de dicho material para fines periodísticos y publicitarios en concordancia con la Reglamentación vigente.

Miércoles 06 de noviembre de 2013

COMUNIDAD

Nº	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1	GRACIELA MONTECINOS	CDLS NUEVA ESPERANZA
2	LUISA LILLO	CDLS RAPANUI
3	HAYDEI	CDLS JOAN ALSINA
4	MARIA CONTRERAS	CDLS CAROL URZUA
5	ANDRES PONCE	CDLS CAROL URZÚA
6	MANUEL CIFUENTES	CDLS RAUL CUEVAS
7	EDUARDO PONCE	CDLS CAROL URZUA
8	ROSA FERNANDEZ	MUJERES NACER
9	RUTH GONZALEZ	MUJERES NACER
10	HILDA CORDERO	CDLS CONFRATERNIDAD
11	SILVIA TOBAR	CDLS JUAN PABLO II
12	ELBA HERRERA	CDLS JUAN PABLO II
13	BERNARDINA ORTIZ	CDLS RAPANUI
14	MARIA DIAZ	CDLS RAPANUI

15	LUISA OLIVARES	CDLS CAROL URZUA
16	MARIA CARRASCO	CDLS CAROL URZUA
17	JAIME CORDERO	
18	FABIAN HERRERA	CHASQUI
19	CARMEN DONOSO	CDLS JOAN ENCINA
20	SOLEDAD PEÑA	CDLS JOAN ALSINA
21	PATRICIA PINO	CDLS RAUL BRAÑES
22	MIRIAM HURTADO	MUJERES NACER
23	MARIA ALLENDE	CDLS JUAN PABLO II
24	VIRGINIA RIVEROS	MUJERES NACER
35	GLORIA CANZO	CDLS EL MANZANO
26	GEORGINA SEPULVEDA	CDLS EL MANZANO
27	OSCAR MARTINEZ	CD LS RAUL CUEVAS
28	MARIA EUGENIA SOTO	CDLS EL MANZANO
29	LILIANA SANTIBAÑEZ	GRUPO CLIMATERIO
30	AIDA GONZALEZ HERNANDEZ	CDLS JOAN ALSINA
31	CARMEN FLUS	CDLS JOAN ALSINA

LISTA DE ASISTENCIA DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD

AÑO 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Ley 20.584. Yo, autorizo el registro de imágenes y fotografías realizadas por la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo y de los medios de comunicación (televisión, radio y prensa escrita), quienes dispondrán de dicho material para fines periodísticos y publicitarios en concordancia con la Reglamentación vigente.

Miércoles 06 de noviembre de 2013

AUTORIDADES / TOMADORES DE DECISIONES

Nº	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1	SERGIO ALMONACID	OFICINA ADULTO MAYOR
2	ANITA FIGUEROA	COMUNICACIONES H .PINO
3	MARIO ASTORGA	DIRECCION DE SALUD
4	CAROLINA PACHECO	CENTRO DE LA MUJER
5	MARIA BELEN OPAZO	DTS.SSMS
6	HUGO LAZO	DTS.SSMS
7	ISABEL FAUNDEZ	CESFAM RAÚL BRAÑES
8	RUBEN VASQUEZ	DIRECCION DE SALUD
9	PABLA CASTILLO	DIRECCION DE SALUD
10	YESSICA VILLANUEVA	PREVIENE
11	FELIPE VIVALLO	DIRECTOR CONFRATERNIDAD
12	FRANCO MORALES	OFICINA DE LA JUVENTUD
13	LILIAN MUÑOZ	OPD

LISTA DE ASISTENCIA DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD

AÑO 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Ley 20.584. Yo, autorizo el registro de imágenes y fotografías realizadas por la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo y de los medios de comunicación (televisión, radio y prensa escrita), quienes dispondrán de dicho material para fines periodísticos y publicitarios en concordancia con la Reglamentación vigente.

Miércoles 06 de noviembre de 2013

		FUNCIONARIOS
Nº	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1	ELIZABET YAÑEZ	RAUL BRAÑES
2	ANGELA ROBLEDO	CONFRATERNIDAD
3	CARMEN RIQUELME	RAUL BRAÑES
4	LUCIA ROJAS	CESFAM JOAN ALSINA
5	MARIA DE LOS ANGELES	CECOFS RIBERA DEL MAIPO
6	CLAUDIA FERNANDEZ	CESFAM JOAN ALSINA
7	ORIETTA CEJAS	CESFAM EL MANZANO
8	LISSETTE CANALES VARGAS	CESFAM RAÚL CUEVAS
9	CECILIA CHAVEZ	CESFAM EL MANZANO
10	CESAR VASQUEZ	CESFAM EL MANZANO
11	GABRIELA LOPEZ	CESFAM JOAN ALSINA
12	PAOLA COFRE MILLARES	JUAN PABLO II
13	WANDA SCHULZ	RAUL BRAÑES
14	PILAR ESPINOZA	LABORATORIO
15	MARTA CARREÑO	CESFAM JUAN PABLO II

16	JUANA PEREZ	CECOFS RAPA NUI
17	CLAUDIA MUÑOZ	CENTRO JUAN PABLO II
18	MARIA REYES	CESFAM EL MANZANO
19	RUTH VIDAL	CESFAM EL MANZANO
20	ELDA RIVERO	CESFAM EL MANZANO
21	JOSE TORRES	CESFAM CONFRATERNIDAD
22	CARLO MONDACA	CESFAM EL MANZANO
23	JULIA JARA	CONS.CAROL URZUA
24	MARIA GACITUA	CONS. CAROL URZUA
25	MARIA JOSE ALIZAGA	RAUL BRAÑES
26	CAROLINA CONTRERAS	RAUL BRAÑES
27	MARIA RIOS	RAUL CUEVAS
28	ELIZABET GOMEZ	RAUL CUEVAS
29	GONZALO ARCE	JUAN PABLO II
30	DEBORA HURTADO	CONFRATERNIDAD
31	GLADIS HERRERA	RAUL CUEVAS
32	JESSICA ARAVENA	CONFRATERNIDAD
33	ARIEL PALLAVIAM	JOAN ALSINA
34	VIRGINIA GOMEZ	JUAN PABLO SEGUNDO
35	KAREN MORA	CESFAM CONFRATERNIDAD
36	DENISSE MENDEZ	CESFAM CONFRATERNIDAD
37	RUTH ESCOBAR	CESFAM RAUL CUEVAS
38	LORENA ZAMORANO	CESFAM EL MANZANO
39	YOVANNA CORDERO	CESFAM RAUL BRAÑES
40	JACQUELINE CARCAMO	CESFAM RAUL BRAÑES

COORPORACION DE SALUD

41 RODRIGO BUSTOS

42	MACARENA MUÑOZ	CESFAM JUAN PABLO II
43	CRISTIAN RODRIGUEZ	CESFAM RAUL BRAÑES
44	MARCELA ZUNIGA	CESFAM JOAN ALSINA
45	ERNESTO CERDA	CONFRATERNIDAD
46	ROSA VALENZUELA OLEA	RAÚL BRAÑES
47	MARISOL MENA GUZMAN	CESFAM JOAN ALSINA
48	CELENIA HIALERAS PEREZ	SENOA-PREVIENE
49	BLANCA SALAZAR FIGUEROA	CESFAM JOAN ALSINA
50	BADIA ZULETA BOVÉ	CESFAM JUAN PABLO II
51	RICARDO SANCHEZ B.	CESFAM JUAN PABLO II
52	CLAUDIO SALDIAS PALACIOS	DIRECCION DE SALUD
53	SUSANA ALVAREZ	CESFAM EL MANZANO
54	MARIA CRISTINA MARQUEZ	DIRECCION DE SALUD
55	BETTY CARMONA FERNANDEZ	CES CAROL URZUA
56	MARIA SOLEDAD FIGUEROA	CECOF LO HERRERA
57	DEBORA VALERIA OLIVARES	OIRS CAROL URZUA
58	ISABEL FAUNDEZ Y.	CESFAM RAUL BRAÑES
59	JAVIERA ARENAS VERGARA	COSAM
60	SERGIO FLORES V.	COSAM
61	GIOVANA ALVAREZ	JOAN ALSINA
62	DR. PEDRO ANDRADE	RAUL BRAÑES
63	ROSEMARY BRETTY	DIRECCION DE SALUD
64	TATIANA CID	CESFAM EL MANZANO
65	LORENA RAMIREZ C.	RUCAHUECHE
66	CYNTHIA PEREZ G	CES CAROL URZUA
67	BERNARDITA HERMANSEN	CES CAROL URZUA

68	VERONICA ARAVENA VILLAMAN	CESFAM JUAN PABLO II
69	ANA MARIA VALDEBENITO H.	CESFAM RAUL CUEVAS
70	ANA MARIA LEIVA	CES CAROL URZUA
71	LUIS BARRALES GARCIA	CESFAM RAUL BRAÑES
72	JOSE LUIS GUTIERREZ	CESFAM RAUL CUEVAS
73	MARIA LUISA MARDONES LEYTON	CES CAROL URZUA
74	OLGA ZAMB ROJAS	ASOCIACION JUAN PABLO II
75	LORNA SUAZO CARO	DIRECCION DE SALUD
76	MYRIAM MARCHANT	CESFAM JOAN ALSINA
77	RUBEN VASQUEZ F.	DIRECCION DE SALUD
78	SARA BUSTAMANTE	CESFAM EL MANZANO
79	PAMELA VALENZUELA LOBOS	CESFAM JOAN ALSINA
80	TAMARA VASQUEZ ORTEGA	RUCAHUECHE
81	ALEJANDRA REYES	CESFAM RAUL CUEVAS
82	DIEGO PINO	OPD SAN BERNARDO
83	PATRICIO FERNANDEZ ROJAS	CES CAROL URZUA
84	EUGENIA ORTIZ	CES JUAN PABLO II

LISTA DE ASISTENCIA PLAN DE SALUD PARTICIPATIVO AÑO 2014

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Ley 20.584. Yo, autorizo el registro de imágenes y fotografías realizadas por la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo y de los medios de comunicación (televisión, radio y prensa escrita), quienes dispondrán de dicho material para fines periodísticos y publicitarios en concordancia con la Reglamentación vigente.

Viernes 08 de noviembre de 2013

No	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1	JAVIERA ROJAS DEL PINO	POLICLINICO ROSITA BENVENISTE
2	MARCELA ZUÑIGA CAMBLOR	CESFAM JOAN ALSINA
3	EDUARDO PONCE R.	CDLS CAROL URZUA
4	ELLARIA CONTRERAS	CDLS CAROL URZUA
5	ANDRES PONCE CONTRERAS	CDLS CAROL URZUA
6	MARIA DIAZ CISTERNA	CDLS RAPA NUI
7	CECILIA CHAVEZ	CESFAM EL MANZANO
8	ROSEMARY BRETTI	DIRECCION DE SALUD
9	ALEJANDRA REYES	RAUL CUEVAS
10	MANUEL CIFUENTES D.	CDLS COMUNIDAD
11	MARIA VISCARRA	CDL. CESFAM EL MANZANO
12	PILAR ESPINOZA	LABORATORIO COMUNAL
13	JUANA PEREZ GONZALEZ	CESFAM RAPA NUI
14	KATHERINE INZU REYES	DIRECCION DE SALUD
15	LORENA ZAMORANO PIZARRO	CESFAM EL MANZANO
16	BETTY CARMONA	CAROL URZUA

	FERNANDEZ	
17	YESSICA VILLANUEVA PINEDA	PREVIENE
18	LORENA RAMIREZ CONCHA	RUCAHUECHE
19	PABLA CASTILLO	DIRECCION DE SALUD
20	MARIA CRISTINA MARQUEZ	DIRECCION DE SALUD
21	DANIEL ROJAS	DIRECCION DE SALUD
22	MARGARITA NAVARRO	DIRECCION DE SALUD
23	JIMENA ZAPATA RAMIREZ	DIRECCION DE SALUD
24	ANTONIO SANTANDER	DIRECCION DE SALUD
25	FELIPE OCHOA	DIRECCION DE SALUD
26	JUAN GUILLERMO REYES	DIRECCION DE SALUD
27	OSCAR MARTINEZ	CESFAM RAUL CUEVAS
28	CARMEN DONOSO	CDLS JOAN ALSINA
29	LORNA SUAZO	DIRECCION DE SALUD
30	GLADIS CAMPO	CDLS EL MANZANO
31	HILDA ALVAREZ	CDLS CONFRATERNIDAD
32	WANDA SCHULZ	CESFAM RAUL BRAÑES
33	ISABEL FAUNDEZ	CESFAM RAUL BRAÑES
34	PATRICIO HERNANDEZ	CESFAM CAROL URZUA
35	JUAN FALCON	CDLS CESFAM EL MANZANO
<u> </u>		

