



PLAN DE SALUD 2022-2024

Contenido

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Introducción..... | 3 |
| 2. | Proceso de planificación 2021. | 4 |
| 3. | Ejes estratégicos..... | 6 |
| 4. | Diagnóstico de salud. | 7 |
| 4.1. | Antecedentes demográficos y sociales..... | 7 |
| 4.2. | Población inscrita validada por FONASA..... | 14 |
| 4.3. | Distribución población migrante 2018-2022..... | 15 |
| 5. | Antecedentes sanitarios. | 17 |
| 5.1. | Red de salud comunal..... | 17 |
| 5.2. | Perfil socio sanitario centros de salud familiar | 18 |
| 5.3. | Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi. | 18 |
| 5.4. | Centro de Salud Familiar San Joaquín..... | 19 |
| 5.5. | Centro de Salud Familiar Santa Teresa De Los Andes..... | 20 |
| 6. | Otros dispositivos de la red. | 21 |
| 6.1. | Unidad de atención primaria oftalmológica. | 21 |
| 6.2. | Farmacia Popular..... | 21 |
| 6.3. | Centro Diurno del Adulto Mayor..... | 22 |
| 7. | Intersector. | 24 |
| 7.1. | Dirección de desarrollo comunitario (DIDECO)..... | 24 |
| 7.2. | Corporación AMAR. | 24 |
| 7.3. | Oficina de la Discapacidad. | 26 |
| 8. | Pandemia SARS-COV2. | 27 |
| 8.1. | Antecedentes. | 27 |
| 8.2. | Situación epidemiológica..... | 27 |
| 8.3. | Estrategia Testeo Trazabilidad y Aislamiento (TTA). | 30 |
| 8.4. | Apoyo Social a Pacientes con COVID. | 33 |
| 8.5. | Hospitalización Domiciliaria APS San Joaquín. | 33 |
| 8.6. | Campaña de Vacunación contra el SARS-COV2..... | 35 |
| 8.7. | Actividades realizadas durante la pandemia | 36 |
| 8.8. | Recursos asociados a la pandemia. | 41 |
| 9. | Evaluación cumplimiento iniciativas Plan de Salud 2021. | 42 |
| 10. | Evaluación de la actividad sanitaria de la APS. | 45 |

| | | |
|---------|---|----|
| 10.1. | Metas sanitarias 2021 según ley 19.813. | 45 |
| 10.2. | Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS) 2021. | 47 |
| 10.3. | Promoción de la salud..... | 51 |
| 10.4. | Participación Social. | 52 |
| 11. | Prioridades 2022. | 53 |
| 11.1. | Mejorar el acceso a de la población a las prestaciones de salud. | 54 |
| 11.1.1. | Ampliación Oferta Farmacia Popular. | 54 |
| 11.1.2. | Óptica popular. | 55 |
| 11.1.3. | Centro médico/centro de resolutivead/centro diagnóstico y SAR. | 55 |
| 11.2. | Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios. | 56 |
| 11.2.1. | Relación Asistencial Docente (RAD). | 56 |
| 11.2.2. | Reposición San Joaquín Error! Bookmark not defined. | |
| 11.2.3. | Proyecto reposición CESFAM Arturo Baeza Goñi. | 57 |
| 11.2.4. | Proyecto Reposición CESFAM San Joaquín..... Error! Bookmark not defined. | |
| 11.3. | Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria..... | 59 |
| 11.3.1. | Plan de comunicación y difusión. | 59 |
| 11.3.2. | Estrategia de Salud mental Comunitaria..... | 59 |
| 12. | Planes de acción por establecimiento. | 62 |
| 12.1. | Centro de salud familiar Arturo Baeza Goñi..... | 62 |
| 12.2. | Centro de salud familiar Santa Teresa de los Andes..... | 65 |
| 12.3. | Centro de salud familiar San Joaquín..... | 67 |
| 13. | Cartera de prestaciones..... | 74 |
| 14. | Dotación 2022. | 80 |
| 15. | Presupuesto. | 81 |
| 16. | Plan anual de capacitación. | 82 |

1. Introducción.

El Plan de Salud Comunal es el instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna. Se encuentra regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, de acuerdo con lo indicado por la Ley 19.378, estatuto de atención primaria.

La Dirección de Salud se alinea con los objetivos y estrategias de desarrollo comunal del nuevo gobierno local, considerándolos en el presente Plan de Salud 2022-2024.

Respecto de la metodología de la elaboración del plan se puede comentar que debido tanto la movilización social iniciada el 18 de octubre de 2019, como la pandemia por SARS- COV2 a la que nos enfrentamos desde marzo de 2020, nos han comprometido fuertemente la posibilidad de generar actividades comunitarias que nos permitieran conocer de primera fuente algunos de los temas considerados prioritarios por la comunidad y sus dirigentes. Tal como sucedió para el plan del año 2020, debido a la imposibilidad de realizar ese encuentro se optó por la actualización de los antecedentes que sustentan cada iniciativa en base a los contactos previos con cada estamento tanto comunitario como de los equipos técnicos. No obstante, utilizando la tecnología se realizó dos encuentros con dirigentes comunitarios ligados a los consejos de desarrollo local y nos aportaron algunas ideas e iniciativas que se reflejan en este documento. Con ello se procede a esa actualización en una lógica de continuidad del plan formulado en el año 2020 sobre todo porque una buena parte de las iniciativas se vieron comprometidas por la reformulación de acciones que significó la pandemia.

La Municipalidad de San Joaquín, por intermedio de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Salud, administra y gestiona los establecimientos de Salud que constituyen la Red Local de Atención Primaria de Salud del Sistema Público; en esta instancia recae la responsabilidad de elaborar el Plan de Salud Comunal. (Agregaría que, además, surge desde la necesidad de aterrizar y establecer orientaciones de interés local con respecto a la realidad comunal).

En él se recogen los elementos fundamentales del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, donde se integran un conjunto de principios que sustentan el modelo. Dicho lo anterior, es decisión comunal el enfatizar los tres principios irrenunciables en un Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria: "Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado".

Debido al impacto sanitario y social de la pandemia por SARS-COV2, que ubica a San Joaquín en la quinta posición entre las comunas con mayor tasa de casos acumulados por 100 mil habitantes y con 434 fallecidos al mes de noviembre de 2021, nos parece que en esta propuesta debe haber un capítulo especial destinado al enfrentamiento de esta emergencia sanitaria y las adaptaciones de la organización que permitan la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención durante el año 2022.

El territorio de la comuna de San Joaquín de acuerdo con el censo de 2017 alberga aproximadamente 94 mil habitantes, con un alto nivel de dependencia del sistema

público de salud y grados variables de vulnerabilidad social y económica, cuestión a tener presente en las intervenciones contenidas en el presente plan. La proyección del INE para el año 2021, es de 103.871 habitantes.

2. Proceso de planificación 2021.

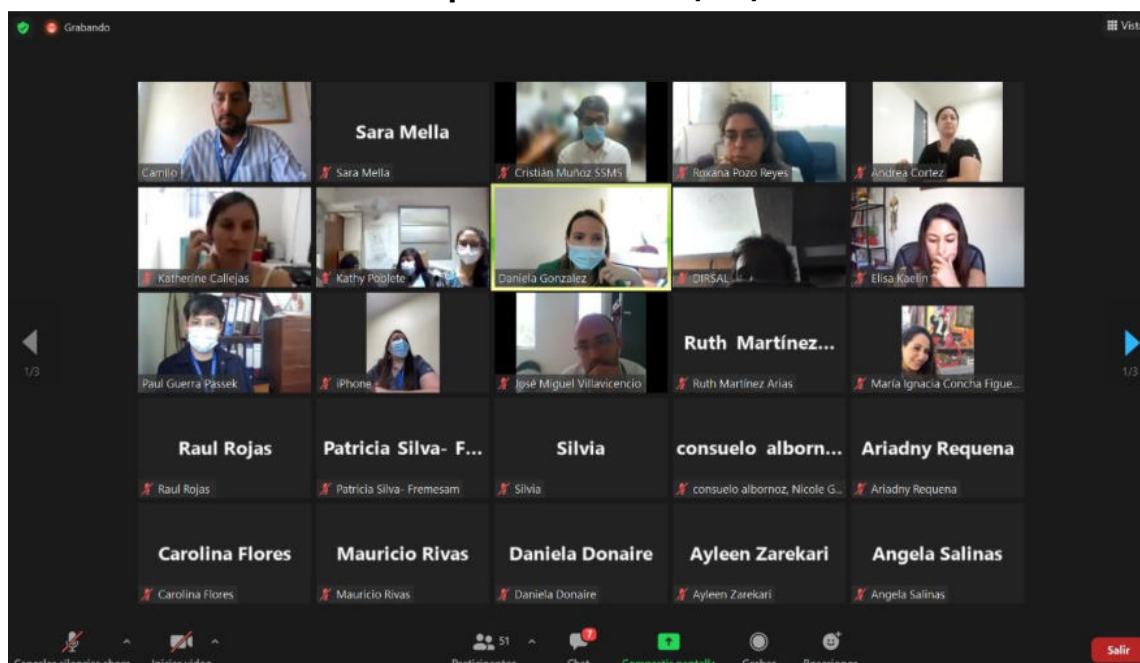
La planificación es un proceso fundamental en la gestión moderna de salud. Desde la dirección de salud se decide realizarlo de manera participativa, buscando hacer partícipe a la comunidad de las iniciativas y líneas de trabajo de la red de salud comunal.

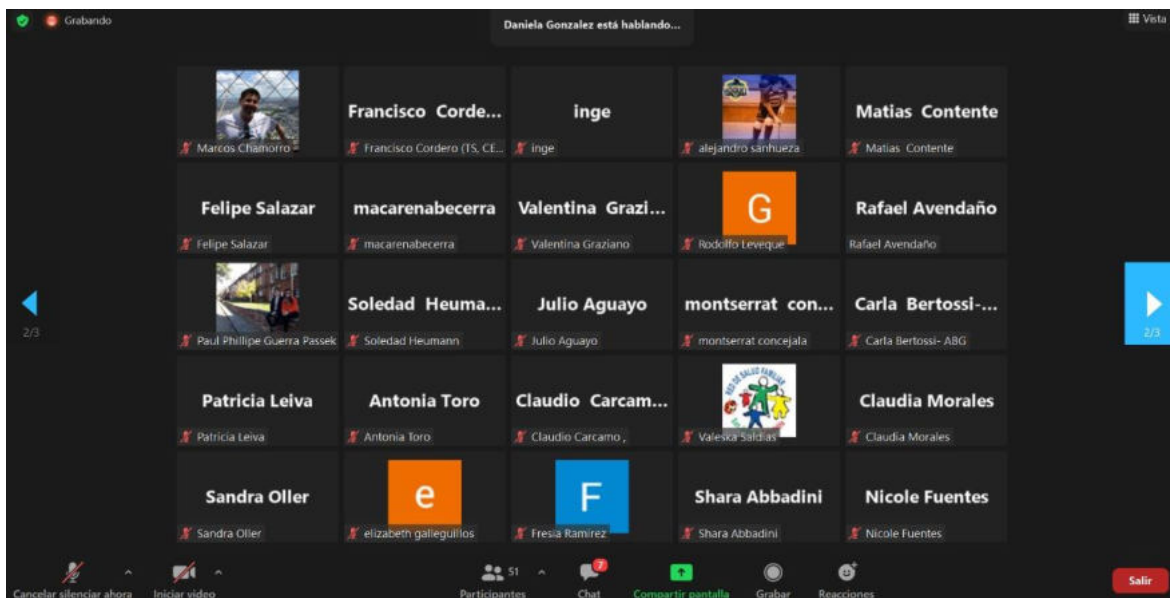
Con las limitaciones para realizar actividades presenciales por motivo de la pandemia, se realizó la jornada de plan de salud vía remota donde participaron los equipos de salud, agentes comunitarios, dirigentes de los CDL, concejales, con la presencia de la presidenta de la comisión de salud del Concejo Municipal, directores de los centros y los profesionales de la dirección de salud.

Los puntos tratados fueron:

- Actualización del estado de avance de la pandemia por SARS-COV2.
- Cumplimiento y avance de las iniciativas del plan de salud 2021
- Estrategias 2022 de acuerdo a solicitudes recogidas desde la comunidad, el CDL y del plan de gobierno comunal entrante.

Jornada plan de salud 26/10/2021





La dirección de salud en la lógica de planificación enmarca sus iniciativas en las siguientes definiciones estratégicas:

Misión:

Somos la red de salud pública de la comuna de San Joaquín que gestiona servicios de salud con enfoque integral, familiar y comunitario, articulados en una amplia red de establecimientos situados en el territorio comunal.

Visión:

Ser una red integrada de servicios de salud reconocida por la elaboración de estrategias sanitarias innovadoras, cultura de calidad y trato humanizado. Con uso eficiente de los recursos disponibles, a través de un enfoque preventivo, participativo y promocional. Contribuyendo al fortalecimiento de la salud pública chilena.

Valores:

- Equidad: Se define como la imparcialidad en el trato, distribución de bienes y oportunidades al que puede acceder el usuario.
- Humanizado: Atención con enfoque de derecho a nuestras familias.
- Probidad: funcionarios apegados a la Ética pública en su quehacer laboral.
- Eficacia: Ser resolutivos con el menor uso de los recursos disponibles, en la continuidad de los cuidados de nuestras familias.
- Solidaridad: Equipo de salud integrado y coordinado en nuestra red de salud.
- Respeto: Reconocer a colaboradores y usuarios como legítimos.
- Excelencia: Velar por la calidad, eficiencia y eficacia de nuestros servicios a nuestros usuarios internos y externos.

3. Ejes estratégicos.

- 1. Mejorar el acceso de la población a las prestaciones de salud.**
- 2. Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios.**
- 3. Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria.**

Con este marco conceptual los equipos de salud establecen su accionar en pos de mejorar la calidad de vida de los habitantes de San Joaquín a través de la provisión de servicios de salud integrales basados en principios de calidad, equidad, participación y costo eficientes en el ámbito de la Atención Primaria.

Durante el periodo de esta nueva gestión local se dará énfasis al eje N°3 de Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria, trabajando de forma activa en aquellas estrategias definidas en este ámbito.

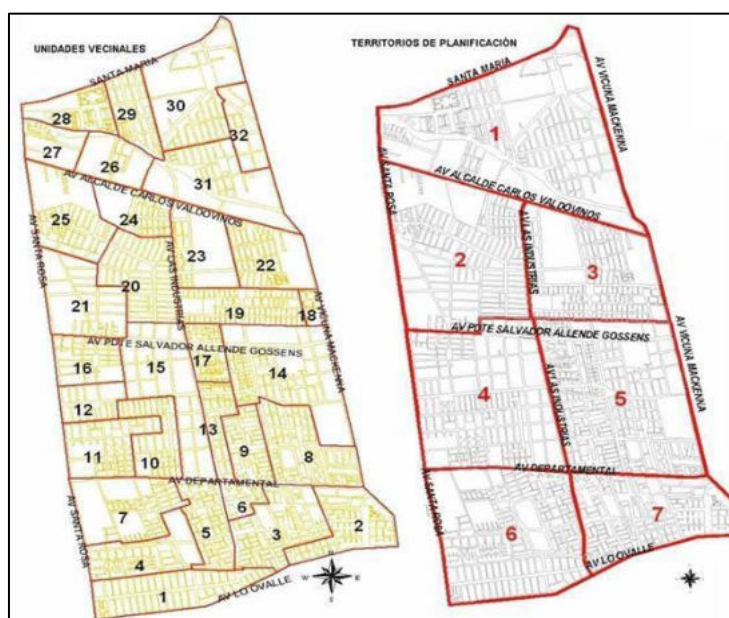
Los equipos de salud constituyen el eje fundamental para el logro de los objetivos planteados. En el contexto de calidad y de mejora continua es primordial definir y revisar continuamente procesos, evidenciando puntos críticos, interviniendo en ellos y avanzando hacia mejores resultados.

Estas líneas de acción se encuentran constituidas por los lineamientos ministeriales que determinan las prestaciones que debe entregar la Atención Primaria, y además por las iniciativas que nacen desde el nivel local y que responden a características propias de nuestra población. Las medidas adoptadas deben estar en el marco de trabajo relacionado con la pandemia y respetar las normas generales de cuidado de la población y los equipos de salud. Se mantiene la línea de acción relacionada con participación comunitaria y satisfacción usuaria, explicitada de manera exclusiva, pretende relevar este tema como uno de los ejes de trabajo importante para nuestra población y con el desafío de reconocer la salud como un derecho de todos los habitantes de la comuna.

4. Diagnóstico de salud.

1.1. Antecedentes demográficos y sociales.

La comuna de San Joaquín se localiza inmediatamente al sur de centro histórico de la ciudad de Santiago, formando parte de las comunas del anillo intermedio del Gran Santiago. Limita por el norte con la comuna de Santiago (en calle Santa María); por el oriente, con las comunas de Ñuñoa, Macul y La Florida (en Av. Vicuña Mackenna); por el sur, con la comuna de La Granja (en Av. Lo Ovalle); y por el poniente, con la comuna de San Miguel (en Av. Santa Rosa).



El territorio se crea administrativamente de la división de la antigua comuna de San Miguel, proceso del cual se derivan las actuales comunas de San Miguel, Pedro Aguirre Cerda y San Joaquín. Esta última para ser administrada por la Municipalidad de San Joaquín a partir del año 1987. En la actualidad se divide administrativamente en 32 Unidades Vecinales y en 7 territorios de planificación.

En la actualidad San Joaquín comprende un territorio plenamente urbano con una superficie de 10 km² de vocación mixta. En él predomina el uso residencial que coexiste con la industria y el comercio de menor escala. La función residencial es la que tiene mayoritariamente el suelo del territorio comunal y se conforma por 30.097 viviendas particulares (CENSO 2017).

A continuación, se efectúa un análisis de la condición socio económica de las familias y hogares de la comuna, según tres fuentes de información, destacando CENSO 2017 – CASEN 2017 y Registro Social De Hogares 2019-2020.

CENSO 2002-2017-p2021: Datos demográficos San Joaquín

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda abreviado, realizado en el año 2017, en la comuna de San Joaquín habita una población de 94.492 habitantes, de los cuales el 48,5% corresponde a hombres y el 51,5% a mujeres.

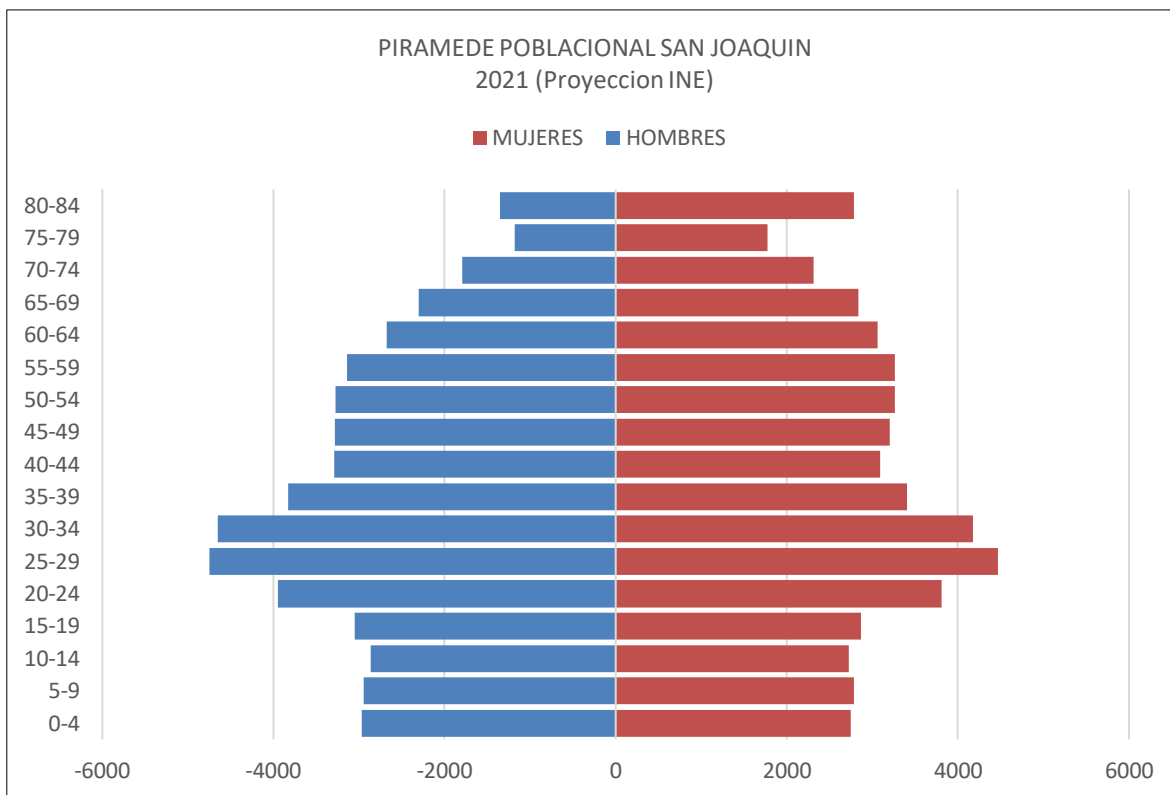
Al realizar una comparación entre los últimos censos metodológicamente aceptados (2002-2017), se puede observar que existe una disminución de la población comunal. Sin embargo, resulta necesario afirmar que dicho fenómeno, no se puede explicar sólo por procesos de desplazamiento de personas hacia otras comunas, sino por el lento crecimiento poblacional presentado, tanto a nivel comunal como nacional.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro –que integra la información del Censo de Población y Vivienda del año 2002 y del Censo Abreviado del año 2017—, se puede observar cómo en el transcurso de una década se ha ido modificando la pirámide poblacional de la comuna de San Joaquín y su comportamiento en relación al nivel regional y nacional. De esa forma, se puede constatar que el tramo de 45 a 64 años ha aumentado considerablemente en comparación con otros tramos etarios, así como también el tramo de 65 años y más. De la misma forma, se puede constatar que existe una baja considerable en la población comunal correspondiente al tramo entre 0 y 14 años, cuyo porcentaje es menor en comparación a la distribución etaria regional y nacional, así como una disminución de la población de 30 a 44 años.

Tabla: Población por grupos de Edad San Joaquín 2002-2017 (P. 2021)

| EDAD | 2002 | 2017 | 2021 (proyección) | COMUNA | REGIÓN | PAÍS |
|----------|--------|--------|-------------------|--------|--------|------|
| 0-14 | 21.046 | 16.278 | 17.033 | 17.2 | 19.4 | 20 |
| 15-29 | 22.962 | 22.471 | 22.892 | 23.7 | 24.3 | 23.5 |
| 30-44 | 23.435 | 18.232 | 22.450 | 19.3 | 21.9 | 21.1 |
| 45- 64 | 18.883 | 23.525 | 25.161 | 24.9 | 23.6 | 21.1 |
| 65 Y MAS | 11.300 | 13.986 | 16.335 | 14.8 | 10.7 | 11.4 |
| TOTAL | 97.625 | 94.492 | 103.871 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

Los datos presentados demuestran una transformación importante de la estructura etaria de la comuna de San Joaquín, constatando un progresivo envejecimiento de la población. (INE, 2021).

De acuerdo a los datos del último Censo oficial, los adultos mayores concentran al 20,5% de la población comunal, lo cual, respectivamente equivale a 18,925 personas, sien do de estas un 41.6% (7.881) hombres y un 58.3% (11.044) mujeres. En cuanto a las edades de estos, 15.212 personas se encuentran entre los 60 y 80 años, equivalentes al 16,1%, y 3,9% corresponden a personas desde 80 y más años considerados como la 4° Edad.

En línea con lo antes mencionado, un grupo que también genera una importante concentración de la población comunal corresponde a mujeres, las cuales concentran el 51,4% del total de la población comunal, equivalentes a 48.661 personas. De estas, 29.732 mujeres conforman la población en edad de trabajar (PET) según definiciones del INE, cuyo rango etario considera desde los 15 hasta los 59 años, resultando en un 31.4% del total de la población comunal.

Finalmente, la población infantil concentra el 11.7% de los datos poblacionales comunales. Pudiendo agrupar según rango etario de 0-4 años a 5.594 personas y de 5 a 9 años a 5.493 personas.

Además:

- 6.650 Niños/ niñas menores de 5 años asiste a sala cuna o nivel pre básico.
- 8.508 Niños/ niñas menores de 9 años asiste a Educación Básica.
- El 95% de la población en edad escolar lo hace.
- Un 52% de la población infantil asiste a educación pre escolar.

Para efectos operativos denominaremos "Factor Vulnerabilidad Social", al conjunto de indicadores a utilizar, el cual agrupó los siguientes indicadores.

Cuadro: Indicadores Factor "Vulnerabilidad Social"

| N° | Indicador |
|----|--|
| 1 | % Población Adulta Mayor |
| 2 | Tasa de Dependencia Potencial |
| 3 | % Desempleo En PEA |
| 4 | Desempleo Juvenil % |
| 5 | % Población Con 25 y Más Años Con Menos de 12 Años De Escolaridad |
| 7 | % Población Con 5 a 18 años Que No Asiste Al Colegio. |
| 7 | Hogares Allegados % |
| 8 | % JH Con Hasta 8 Años Escolaridad |
| 9 | % De Hogares Con Jefatura De Mujer Sola Con Hijos Con 12 y Menos Años de Escolaridad |

Fuente: Secplan, 2020.

Mapa División Territorial, Comuna de San Joaquín



En cuanto a la población adulta mayor, la situación de envejecimiento de la estructura de edades se expresa en todos los territorios de la comuna, con una media de 15,1% y una desviación de 2,3 puntos, pero con diferentes intensidades. En efecto, en los territorios N°7 y N°5, más envejecidos, la población con 65 y más años asciende a 19,3% y 17,6% respectivamente, en tanto en el territorio N°3 asciende a un 12,5%, con un guarismo menor pero no por eso menos importante.

Relacionado al envejecimiento de la estructura de edades, está la variación de la "Tasa de Dependencia Potencial", indicador que relaciona la cantidad de personas en edad de trabajar (de 15 a 64 años, potenciales contribuyentes del sistema) con la población inactiva (población de 0 a 14 años, más la población de 65 y más). A nivel comunal para el año 2017 es de 47,1%, lo que significa que por cada 100 personas activas hay 47 personas en edades inactivas.

A nivel de territorios el indicador varía desde 41,8% en el territorio 1 a 55,1% en el territorio 7, el cual además muestra el mayor nivel de envejecimiento.

Evolución Tasa de Dependencia Según Censos, Comuna de San Joaquín.

| Tasa de Dependencia / Año | 1982 | 1992 | 2002 | 2017 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| TDP General (%) | 52.3 | 53.4 | 49.6 | 47,1 |
| TDP Infantil (%) | 43.9 | 41.2 | 32.2 | 25,3 |
| TDP Por Ancianidad (%) | 8.4 | 12.2 | 17.3 | 21,8 |

Fuente: Secplan 2020 a partir de Censos 1982,1992, 2002 y 2017.

La evolución del indicador en los últimos 40 años para la comuna revela como tendencia general, un cambio que expresa una lenta y gradual reducción desde 52% a 47% dependientes por cada 100 activos, desde el año 1982 al 2017. Sin embargo, lo relevante es el cambio en la composición de los dependientes, ya que, en el año 1982 de los 52% dependientes por cada cien activos, 44% eran niños y 8% eran adultos mayores, en tanto para el año 2017 son 25% niños y 22% son adultos mayores.

Es relevante considerar que, a medida que la tasa se incrementa, aumenta la carga que supone para la parte productiva de la población el mantener a la parte económicamente dependiente: por un lado, los niños y por otro los ancianos. Las previsiones presupuestarias en educación, sanidad, pensiones y otros tipos de gasto social deben ajustarse como consecuencia de ello.

En materia de allegados, la comuna según el último Censo registraría aproximadamente un 6,1% de hogares que ocupan una vivienda en situación de allegamiento. A nivel de territorios existiría una incidencia variable (desviación de 1,6 puntos y coeficiente de variación de 27%), con situación más crítica en el territorio 2, donde el problema afecta al 9,6% de los hogares, donde se duplica a la incidencia observada en los territorios 6 y 1, con prevalencias de un 4,5% y 4,8% de los hogares respectivamente.

En materia de escolaridad se utilizó el corte etario de 25 años dado que supone una edad en la cual potencialmente se cumple el ciclo educacional. Dicho corte se aplicó para la escolaridad de jefes(as) de hogar y de la población en general.

En el caso de los jefes(as) de hogar, se verifica que a nivel comunal un 29,4% dispone de 8 o menos años de escolaridad, lo que equivale a enseñanza básica completa o incompleta, los cuales en el territorio 2 y 6 representan respectivamente al 43,8% y 31,9% de los jefes de hogar. En tanto, en el territorio 1 corresponden al 16,8%.

Respecto de la escolaridad de la población en general, se observa que los niveles de escolaridad más precarios se registran entre los mayores de 25 años de los territorios 2, 6 y 3, en los cuales un 55,7%, 43% y 40,6% de personas respectivamente, solo cursó la educación regular hasta los niveles básico y medio incompleto. Indicador que en el territorio 1 representa al 27,1% de la población con 25 y más años.

Los resultados del Censo 2017 nos señalan para la comuna que un 5,2% de la población con entre 5 y 18 años, no asiste a la escuela, indicador que expresa los niveles de deserción escolar. A nivel intracomunal, se registra una incidencia variable con un 6% para los territorios 2 y 6, que contrasta con el 3,7% en el territorio 1. Situación que afecta las expectativas de movilidad social que se generan con la educación.

El número de hogares con jefatura femenina con hijos, con 12 y menos años de escolaridad, representa al 9% del total de hogares en los territorios 7, 3 y 2. Esta constituye una situación clara de vulnerabilidad, tanto por la condición de madre sola con hijos, como también por la baja escolaridad.

En materia de desempleo, el juvenil supera al desempleo general de la población en todos los territorios en aproximadamente 4 puntos. Los territorios 5, 4 y 1 exhiben los niveles de desempleo más bajos de la comuna y los más altos se registran en los territorios 2,6 y 7.

Las características de escolaridad y situación ocupacional de los residentes de la comuna no dan cuenta precisamente de un significativo capital humano. La homogeneidad dada por la prevalencia de una fuerza de trabajo de baja escolaridad y escaso nivel de calificación, frente al contexto socioeconómico dominante, determina un escenario de bajas oportunidades para acceder a procesos de movilidad habitacional. Ello configura círculos viciosos para la obtención de empleo, información laboral, oportunidades de capacitación, generando espacios sociales de exclusión, que afectan no sólo a la población más joven, sino también a colectivos adultos con cargas familiares.

DATOS CASEN 2015-2017: pobreza y vulnerabilidad social.

Al analizar la población en base a los instrumentos de medición de la pobreza multidimensional, que incorpora un conjunto de variables, además de los ingresos económicos, se puede observar que San Joaquín pertenece al conjunto de comunas que presentan altos índices de pobreza. Sin embargo, en la estimación efectuada a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en su versión del año 2017, se observa que la comuna registra una disminución significativa de la población en condiciones de pobreza con respecto al año 2015, pasando de 25,4% a 19,7% en dicho periodo, sin embargo, el porcentaje de disminución es comparativamente mayor al registrado a nivel nacional y regional.

Tabla: Pobreza Multidimensional CASEN 2015-2017

| Territorio | % Personas en situación de Pobreza | |
|-----------------------|------------------------------------|------|
| | 2015 | 2017 |
| Comuna de San Joaquín | 25.4 | 19.7 |
| Región Metropolitana | 20.1 | 20.0 |
| País | 22.9 | 20.7 |

Fuente: Elaboración propia.

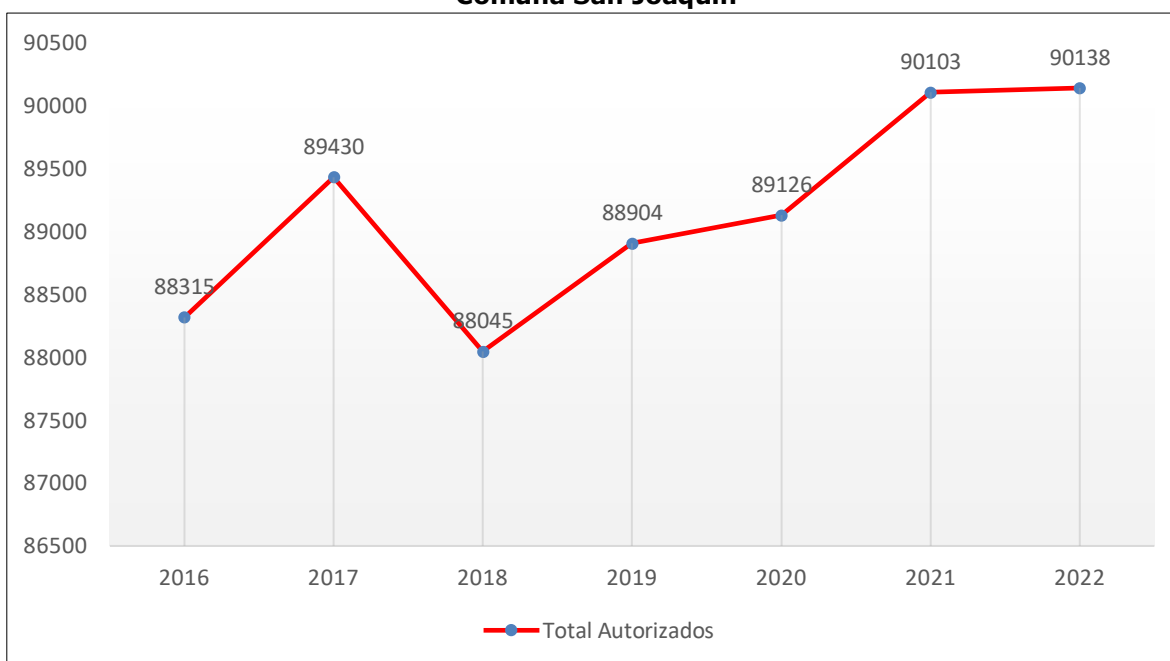
1.2. Población inscrita validada por FONASA.

En lo que concierne al financiamiento de la salud municipal (Ley 19.378), el mayor aporte fiscal en este marco, se ha canalizado históricamente mediante el pago per cápita; que representó el 55% del presupuesto APS del año 2021; para cuya distribución se consideran diferentes indexadores (como son pobreza, envejecimiento, ruralidad, accesibilidad y otras características territoriales).

Desde el año 2016 nuestra comuna ha presentado una tendencia al aumento de la población inscrita validada por el FONASA, acumulando una variación de 2,04% en el período que contempla desde el 2016 al 2022.

Para el cálculo de población validada 2022, se consideró el reporte per cápita del mes de septiembre 2021, presentando un aumento respecto del año anterior llegando a 90.138 inscritos, dicho aumento equivale a un 0,08% respecto del año anterior.

Población Per Cápita validada por FONASA 2016 - 2022
Comuna San Joaquín



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Distribución grupos FONASA en usuarios inscritos en Centros de Salud Familiar 2022.

| Grupo FONASA | Centro De Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi 2022 | % | Centro De Salud Familiar San Joaquín 2022 | % | Centro Salud Familiar Santa Teresa De Los Andes 2022 | % | TOTAL COMUNAL | % COMUNAL |
|--------------|---|------|---|------|--|------|---------------|-----------|
| Fonasa A | 5.485 | 25% | 4.872 | 16% | 6.843 | 18% | 17.200 | 19% |
| Fonasa B | 7.720 | 35% | 10.873 | 36% | 14.110 | 37% | 32.703 | 36% |
| Fonasa C | 3.073 | 14% | 4.459 | 15% | 5.503 | 15% | 13.035 | 14% |
| Fonasa D | 3.997 | 18% | 7.135 | 23% | 8.366 | 22% | 19.408 | 22% |
| Sin reporte | 1647 | 8% | 3081 | 10% | 2.974 | 8% | 7.702 | 9% |
| Total | 21.922 | 100% | 30.420 | 100% | 37.796 | 100% | 90.138 | 100% |

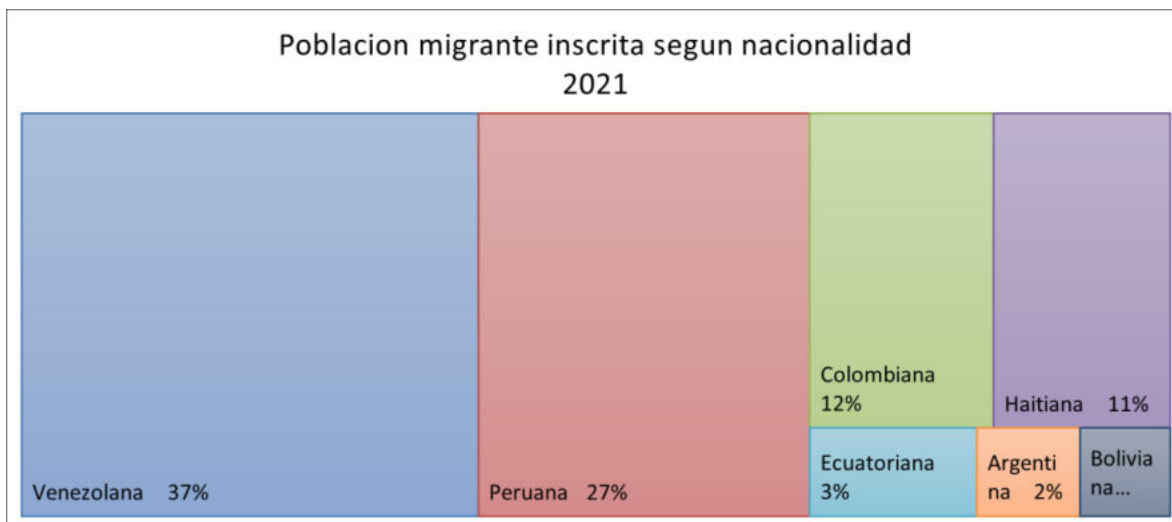
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FONASA.

Nuestra comuna mantiene una concentración mayor de población usuaria del sistema de salud público y se concentra principalmente en los tramos A, B y sin reporte, alcanzando un 64%. Cuestión que da cuenta del nivel de dependencia del sistema público que tiene nuestra población, planteando desafíos importantes que permitan focalizar acciones que mejoren cobertura y diversificación de acciones de salud en el territorio.

1.3. Distribución población migrante 2018-2022.

| Comparativo población validada FONASA, Estadio -Nacionalidad | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nacionalidad | Corte Fonasa Agosto 2019 | Corte FONASA Septiembre 2020 | Corte FONASA Septiembre 2021 | Corte FONASA Septiembre 2022 |
| CHILENA | 81.471 | 79.714 | 79.692 | 81.598 |
| NO INFORMADO | 59 | 56 | 12 | 82 |
| EXTRANJERA | 4.475 | 6.838 | 7.978 | 8.458 |
| SIN DATOS | 2.899 | 2.518 | 2.421 | 0 |
| Total general | 88.904 | 89.126 | 90.103 | 90.138 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RAYEN.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RAYEN-FONASA.

Según nuestras bases de datos, la población migrante identificada concentra a un 9.3% de la población total, de estos, la mayor parte de los migrantes son de origen venezolano con un 37%, seguidos por peruanos con un 27%. La población haitiana que alcanza un 11% es la que sin duda tiene mayores problemas de acceso dado fuertemente por la barrera idiomática.

La población migrante es en sí un grupo de personas vulnerables y por tanto es un tema de preocupación de la red de salud que trabaja el programa Migrantes, para contribuir a la disminución de las barreras en el acceso a salud, como con la existencia de facilitadores interculturales en cada centro de salud y con actividades específicas para los requerimientos de esta población.

5. Antecedentes sanitarios.

5.1.Red de salud comunal.

La red de Atención Primaria de San Joaquín está compuesta por Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los cuales dan cobertura a todo nuestro territorio comunal. Adicionalmente existen establecimientos que otorgan prestaciones de mayor complejidad y que contribuyen a mejorar la resolutividad en salud de nuestra comuna.

| RED DE SALUD COMUNA DE SAN JOAQUÍN | |
|--|--|
| Centro de Salud Familiar Santa Teresa de Los Andes | CECOSF Coñimo |
| | CECOSF Dr. Salvador Allende |
| Centro de Salud Familiar San Joaquín | CECOSF Yalta |
| | CECOSF Reverendo Javier Peró |
| | CECOSF Sierra Bella |
| Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi | CECOSF Martin Henríquez |
| Servicios de Atención Primaria de Urgencia | SAPU Santa Teresa |
| | SAPU San Joaquín/SAR Enrique Molina |
| Centros de Salud Mental | CESAM San Joaquín |
| Otros servicios Comunes | Unidad de atención Primaria Oftalmológica (UAPO) |
| | Farmacia Popular |
| | Centro Diurno del Adulto Mayor (CEDIAM) |

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Perfil socio sanitario centros de salud familiar

A continuación, se presenta una caracterización general de los 3 centros de salud familiar de la comuna que a su vez tienen en su territorio un total de 6 centros comunitarios de salud familiar (CECOSF).

5.2.1. Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.



El CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi da una cobertura al territorio que limita hacia el norte con Mataveri, Oriente Av Las Industrias, sur Ureta Cox y poniente Av Santa Rosa.

Población inscrita FONASA 2021:

- CECOSF Martin Henríquez :5.190
- CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi :16.732
- Total Inscritos :21.922

Fuente: Elaboración propia, INSTAGIS

Junto a su CECOSF Martin Henríquez, otorga cobertura a población residente en territorio que limita hacia el norte con Mataveri, Oriente Av Las Industrias, sur Ureta Cox y poniente Av Santa Rosa.

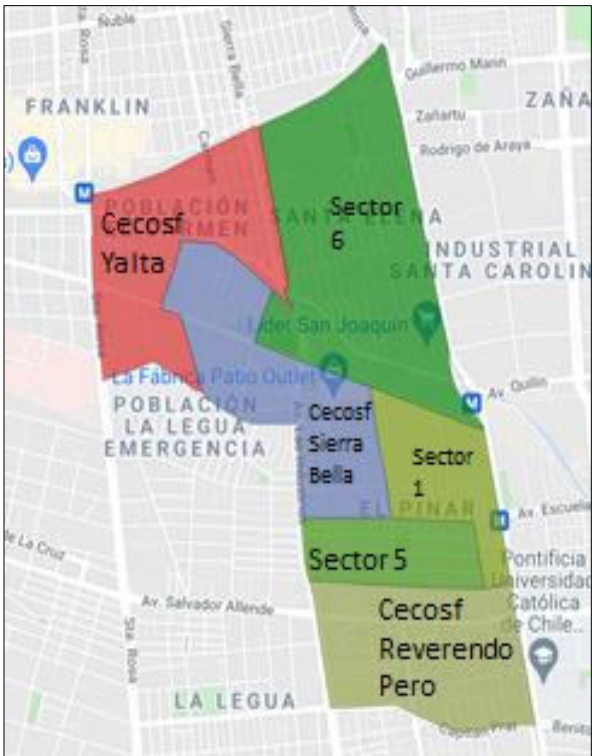
Este territorio cuenta con 5 unidades vecinales (15, 16, 20, 21,35), en donde se ubican poblaciones emblemáticas como Legua nueva, antigua Legua y Legua emergencia. En este sector se ubican 2 de las unidades vecinales con mayor número de viviendas con registro social de hogares en tramo 0%-40% (UV 20 y UV 25), totalizando en todo el territorio 5.228 hogares en estos tramos.

CESFAM Arturo Baeza Goñi para el año 2021, tiene una población validada por FONASA de 21.922 personas, que representan el 24,3% de la población inscrita en la comuna y en donde predomina la población femenina con un 51,6%, mientras la población masculina alcanza el 48,4% respecto al total de inscritos.

CESFAM Arturo Baeza Goñi tiene una mayor proporción de población infantil (11%) en el territorio en comparación con el porcentaje comunal (9,9%). Situación similar ocurre con población adolescente que alcanza el 13% de los inscritos en el CESFAM, mientras

a nivel comunal se alcanza el 11,6% del total de inscritos. Por otro lado, la población adulta mayor tiene una proporción similar que el total comunal.

5.2.2. Centro de Salud Familiar San Joaquín.



Fuente: Elaboración propia, INSTAGIS

Junto a sus 3 CECOSF (Reverendo Javier Peró, Sierra Bella, Yalta), otorga cobertura a población residente en territorio que limita hacia el norte con Santa María, Oriente Vicuña Mackenna, sur Capitán Prat/Ureta Cox/ Mataveri y poniente Avenida Las Industrias/Santa Rosa.

El CESFAM San Joaquín da una cobertura al territorio que limita hacia el norte con Santa María, Oriente Vicuña Mackenna, sur Capitán Prat/Ureta Cox/Mataveri y poniente Av Las Industrias/Santa Rosa.

Población inscrita FONASA 2021:

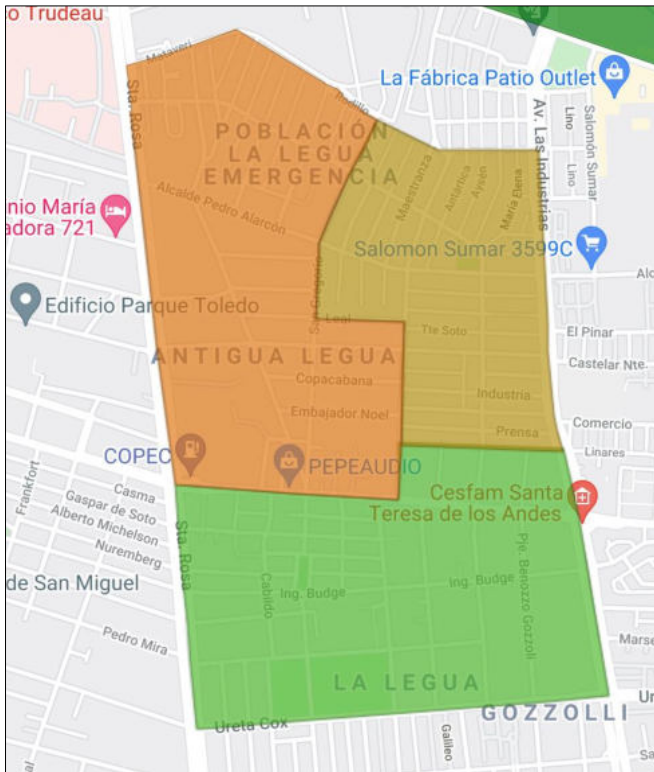
- CESFAM San Joaquín :18.006
- CECOSF Yalta :6.848
- CECOSF Sierra Bella :2.863
- CECOSF Reverendo Pero :2.703
- Total Inscritos :30.420

Este territorio cuenta con 14 unidades vecinales (15, 16, 20, 21,35), en donde se ubican la tercera y cuarta unidad vecinal con mayor número de viviendas con registro social de hogares en tramo 0%-40% (UV 20 y UV 25), totalizando en todo el territorio 6.972 hogares en estos tramos.

CESFAM San Joaquín para el año 2021 (septiembre de 2020), tiene una población validada por FONASA de 30.420 personas, que representan el 33,7% de la población inscrita en la comuna y en donde predomina la población femenina con un 54,1%, mientras la población masculina alcanza el 45,9% respecto al total de inscritos.

CESFAM San Joaquín tiene una mayor proporción de población adulta mayor (17%) en el territorio en comparación con el porcentaje comunal (16%). Por otro lado, la población infantil tiene una proporción similar que a nivel comunal (9,9%).

5.2.3. Centro de Salud Familiar Santa Teresa De Los Andes.



Fuente: Elaboración propia, INSTAGIS

Junto a sus 2 CECOSF (Coñimo y Juan Aravena), otorga cobertura a población residente en territorio que limita hacia el norte con Ureta Cox, Oriente Vicuña Mackenna, sur Av Lo Ovalle y poniente Av Santa Rosa.

El CESFAM Santa Teresa de los Andes da una cobertura al territorio que limita hacia el norte con Ureta Cox, Oriente Vicuña Mackenna, sur Av Lo Ovalle y poniente Av Santa Rosa.

Población inscrita FONASA 2021:

- CESFAM Santa Teresa De Los Andes :26.371
- CECOSF Coñimo :6.069
- CECOSF Salvador Allende :5.356
- Total Inscritos :37.796

Este territorio cuenta con 13 unidades vecinales y el mayor número de viviendas con registro social de hogares en tramo 0%-40% (UV 20 y UV 25), totalizando en todo el territorio 7.775 hogares en estos tramos.

CESFAM Santa Teresa para el año 2021 (30 septiembre de 2020), tiene una población validada por FONASA de 37.796 personas, que representan el 41,9% de la población inscrita en la comuna y en donde predomina la población femenina con un 53,3%, mientras la población masculina alcanza el 46,7% respecto al total de inscritos.

CESFAM Santa Teresa tiene una mayor proporción de población adulta mayor (17%) en el territorio en comparación con el porcentaje comunal (16%). Por otro lado, la población infantil (9,1%) tiene una proporción menor que a nivel comunal (9,9%).

6. Otros dispositivos de la red.

6.1. Unidad de atención primaria oftalmológica.

La Unidad de Atención primaria Oftalmológica (UAPO) de San Joaquín está orientada al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en pacientes a partir de los 15 años de edad: vicios de refracción, urgencias oftalmológicas menores, ojo rojo, controles de glaucoma y sospecha de cataratas.

Para diciembre del 2021, se proyectan más de 4000 atenciones por médico oftalmólogo, así como la entrega de 2700 lentes ópticos para los vecinos de la comuna.

6.2. Farmacia Popular.

La farmacia popular inaugurada en abril de 2016 y emplazada en el edificio consistorial de San Joaquín, a octubre de 2020, presentaba una demanda de 2300 personas al mes y contaba con alrededor de 14.000 inscritos. Con la ampliación de la Farmacia Popular de 29.5 m² a 157.2 m², que se inauguró durante el mes de abril 2021 se pudo aumentar la atención de usuarios en más de 1000 personas mensuales llegando a atender hasta a 3500 vecinos, junto con aumentar la cantidad de beneficiarios contando con 17.061 inscritos a octubre 2021. Esto debido principalmente a que se cuenta con nuevos puntos de dispensación, cuenta con la caja para pagos dentro del local, haciendo más expedita la atención, al igual que se logró comenzar a atender en horario continuado. El nuevo local al ser 5 veces más grande nos permitió aumentar la capacidad de almacenamiento teniendo una mayor disponibilidad de los medicamentos, suplementos alimenticios e insumos médicos cumpliendo con las demandas de nuestra población, diversificando la oferta y así pudiendo avanzar en la entrega de otros productos que son requeridos por nuestros usuarios tales como suplementos alimenticios (leches u otros complementos).

En marzo del 2021 se lanza el software "consultor de precios", el cual permite revisar el valor y disponibilidad de los productos disponibles evitando así gastos innecesarios en tiempo y dinero, asociados al desplazamiento, para nuestra población usuaria.



Se estima que solo el 20 % de las personas que acceden actualmente a nuestra farmacia emplazada en el edificio consistorial, provienen del sector sur de la comuna, lo que puede ser un reflejo de problemas de acceso, ya que en ese territorio vive aproximadamente el 35 % de la población comunal. A través de sus dirigentes sociales, se ha manifestado con recurrencia la idea de contar con un nuevo local más cercano a sus hogares formado en una alta proporción por adultos mayores.

Debido a esta brecha de acceso es que durante el año 2020-2021 se ha trabajado en la construcción y puesta en marcha de un segundo local en la zona sur de la comuna, específicamente en Pasaje Huara #5371, a un costado del CESFAM Santa Teresa. Lo que nos da la posibilidad de brindar un acceso más expedito a la población de este territorio, sin tener que desplazarse hasta el límite norte de la comuna. Se espera que esta farmacia esté completamente operativa durante el mes de diciembre 2021.

Por último, se debe destacar que uno de los objetivos que tiene nuestra farmacia popular, al ser considerada un establecimiento de salud, es fomentar el uso racional de medicamentos, brindando acceso a un precio adecuado, muy por debajo de los valores con que se transan en el mercado, tanto a las personas residentes en la comuna como aquellas que trabajen en el territorio, buscando realizar una atención personalizada a los requerimientos de cada paciente, siempre resguardando el buen uso de ellos.

6.3. Centro Diurno del Adulto Mayor.

El nuevo escenario tras la pandemia, exigió al equipo de profesionales del Centro Diurno Comunitario de San Joaquín a generar nuevas estrategias de trabajo, apoyo y acompañamiento de sus usuarios; es así que desde marzo de 2020 a agosto de 2021, se ha monitoreado semanalmente vía telefónica a todos los usuarios y en el caso de ser necesario, se realizó el monitoreo en terreno, tomando todas las medidas de seguridad sanitaria, se han activado y articulado redes de apoyo social, familiar y de salud; atenciones médicas, exámenes, retiro de medicamentos desde los distintos centros de atención primaria de salud, facilitando su entrega de acuerdo a la prescripción médica, se ha apoyado a los usuarios y sus familias en la postulación al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y otros beneficios económicos; gestión y entrega de apoyo social en alimentos, pañales, útiles de aseo, vales de gas o parafina y otros elementos que han ayudado a enfrentar estos difíciles momentos.

Durante el periodo también, se han generado nuevas estrategias de trabajo, que han permitido dar continuidad de manera diferente al proceso interventivo, en las distintas áreas que se desarrollan como Centro diurno Comunitario de San Joaquín; considerando las necesidades, particularidades, intereses y contexto de cada uno de las y los adultos mayores participantes; se utilizan herramientas tecnológicas y comunicativas como por ejemplo: se crea un WhatsApp, una página de Facebook, capacitación en la plataforma Meet, se desarrollan sesiones grupales por esta plataforma, con grupos de 15 personas aproximadamente y talleres en el área física, social, ocupacional y psicológica. De la misma forma reforzamos mediante la creación de cápsulas educativas y formativas

enviadas a los usuarios, cuidadores, familias y personas significativas, además se ha hecho entrega de cuadernillos y material didáctico para trabajar en sus casas.

Desde mediados de agosto y según el plan "paso a Paso" del gobierno, los Centros diurnos pueden abrir sus puertas para el funcionamiento de forma presencial con las personas que cumplan ciertos requisitos, el aforo máximo permitido va de la mano con la fase que se encuentre la comuna:

- Cuarentena : Sin Aforo.
- Transición : atención individual (con agendamiento).
- Preparación : 5 personas.
- Apertura : 10 personas.

Requisitos para asistir de forma presencial:

- Pase de movilidad habilitado.
- Estar inscrito en el centro de día.
- Cumplir con los protocolos establecidos por SENAMA para una apertura segura.

Nuestra cobertura actual es de 120 personas mayores de la comuna la cual se divide en:

- 75 personas mayores cubiertas por SENAMA.
- 45 personas mayores becasadas por el municipio.

Actualmente en el plan de retorno seguro de las personas mayores a una intervención presencial en el centro diurno, asisten 80 personas mayores, divididas en 10 grupos de 8 personas aproximadamente, las cuales asisten un promedio de dos horas a la semana, pasando por la intervención de los distintos profesionales del equipo.

Cabe destacar que con los usuarios que no están participando de manera presencial, se continúa realizando intervención de los mismos talleres por la plataforma Meet.

7. Intersector.

La dirección de salud y sus establecimientos mantienen coordinación con otras entidades públicas o privadas que ofrecen diversos servicios en su territorio, así se encuentra la coordinación con el SENAME con el fin de desarrollar programas propios de la protección de la infancia vulnerada, SENDA quien financia y coordina programas de prevención y tratamiento de drogas con los dispositivos municipales como el Centro de Salud Mental y Programa de tratamiento y prevención de drogas en niños y adolescentes(PDC), SENAMA con quienes se coordina las acciones orientadas a la calidad de vida de las personas mayores incluida la creación y funcionamiento de un centro diurno de personas mayores que acoge a 75 personas en un programa de tipo socio sanitario con ese grupo de población.

Existe además otras acciones de coordinación con instituciones destinadas a tratamiento y rehabilitación de drogas en régimen cerrado como lo es la Fundación Joven Levántate, Casa de acogida Cristo especial, Instituto de la Sordera, Fundación La Esperanza dedicada a rehabilitación en drogas, Fundación AMAR dedicada a la rehabilitación física de personas en situación de discapacidad.

7.1.Dirección de desarrollo comunitario (DIDECO).

Esta dirección municipal tiene a su cargo la coordinación de acciones orientadas a la relación con los diferentes grupos de población y organismos comunitarios dentro del territorio comunal. En tanto salud forma parte de las necesidades de esos grupos de población, la dirección de salud comunal participa de la mesa de trabajo dirigida por la DIDECO para coordinar y ejecutar acciones en conjunto con los diferentes programas y oficinas que la conforman. De esa forma se trabaja en el ámbito de los programas u oficinas de discapacidad, mujer, infancia, juventud, personas mayores, oficina de asuntos indígenas, comunidades religiosas, derechos humanos y otras que permiten definir formas de actuar conjuntos en las materias que a la comunidad le resultan más relevantes. La relación de trabajo con la DIDECO permite orientar recursos específicos al desarrollo de actividades muy preponderantes en el ámbito preventivo, promocional y curativo cuando corresponda. Le permite al sector salud, establecer un contacto más fluido con la comunidad que se relaciona estrechamente con las mesas territoriales que administran los profesionales de esa dirección

7.2.Corporación AMAR.

La Corporación A.M.A.R es una organización sin fines de lucro, dedicada a la atención de las personas en situación de discapacidad, proporcionando rehabilitación integral y gratuita, que nace a mediados del 2014 y cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad con patologías neurológicas y traumatológicas, promoviendo y fomentando la integración, la participación y el

desarrollo biopsicosocial. A la fecha, se ha trabajado de manera cooperativa con la Dirección de Salud de San Joaquín y las salas de RBC de los CESFAM de nuestro territorio, generando los flujos de atención y derivación.

La corporación cuenta con kinesiólogo, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo, los cuales brindan atención presencial individual y en domicilio.

Dentro de las prestaciones se encuentran:

- Terapia ocupacional: Evaluación integral, atención clínica a usuarios con alteraciones motoras, cognitivas, emocionales, sensoriales e intervención en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, entre otras.
- Kinesiología: Evaluación integral, fisioterapia, ejercicios terapéuticos, educación motriz, masoterapia, técnicas de facilitación e inhibición (Bobath y Kabat), técnicas de relajación, entre otras.
- Fonoaudiología: Evaluación del lenguaje, habla, deglución y voz. Además, rehabilitación del lenguaje, habla, deglución y voz, entre otras.

Por otra parte, los criterios de inclusión incluyen a todo usuario de 18 años o más, que residan en nuestra comuna con interconsulta médica. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran usuarios menores de 18 años, que no residan en la comuna, descompensados en relación a sus comorbilidades o que no estén al día con sus controles en cardiovascular (en el caso que amerite) y patologías psiquiátricas.

Finalmente, la Corporación A.M.A.R. es un nodo dentro del trabajo en red que tiene nuestra comuna, articulada de manera directa con la Dirección de Salud, Salas de RBC y Oficina de Discapacidad, la cual se debe potenciar en este contexto de pandemia.

7.3.Oficina de la Discapacidad.

La Oficina de Discapacidad e Inclusión, es una de las propuestas en la cuales el plan de gobierno comunal ha enfocado el trabajo en el levantamiento de las problemáticas que enfrentan día a día las personas en situación de discapacidad, cuidadores y familias, propiciando el trabajo en red a través de los diversos organismos municipales para mejorar la calidad de vida y acceso a oportunidades. Su objetivo principal es promover los derechos de las personas en situación de discapacidad de la comuna de San Joaquín, para contribuir a la inclusión biopsicosocial, otorgándoles apoyo y espacios de orientación para mejorar la calidad de vida de los usuarios, familias y cuidadores.

Su proyecto de trabajo incluye un trabajo en conjunto con agrupaciones y puntos estratégicos territoriales con el fin de visibilizar a esta parte de la población, a través de instancias de inclusión y participación social, entregándoles un rol dentro de la comunidad (creación de ferias laborales, módulos de discapacidad, charlas informativas con respecto a beneficios a las diversas agrupaciones, etc.). Las organizaciones y agrupaciones relacionadas con la discapacidad es una de las metas en las cuales se enfocará el trabajo de vinculación de forma directa con la Oficina de Discapacidad e Inclusión, potenciando sus actividades e intervenciones a través de la postulación de fondos concursables desde SENADIS. Además, generar espacios de encuentros periódicos, fomentando asociatividad, participación, reflexión y construcción colectiva sobre la realidad local de la comuna de San Joaquín en temas de discapacidad e inclusión.

Para estructurar el trabajo de la Oficina de Discapacidad e Inclusión, se desarrolló un plan de trabajo el cual se lleva a cabo en el periodo de septiembre-diciembre 2021, a través de un diagnóstico participativo, construido en conjunto con las diversas entidades y organizaciones que trabajaran en conjunto, definiendo: Objetivos, acciones, demandas, obtención de recursos, cronograma, evaluación y seguimiento en el plan. La promoción será una de las iniciativas que se llevará a cabo a través de las organizaciones de las personas en situación de discapacidad, DIRSAL, CESFAM, DIDESO y DIDECO, construyendo en conjunto material de difusión de derechos de los usuarios y programando estrategia de difusión.

8. Pandemia SARS-COV2.

8.1. Antecedentes.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020, es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Donde la mayoría de las personas infectadas por el virus experimentan una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperan sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas evolucionan gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar gravemente o morir.

Debido a este contexto, se implementaron una serie de medidas de carácter regional y comunal orientadas a disminuir la propagación del virus y sus consecuencias. Dentro de estas medidas, se encuentra el plan "Paso a Paso nos cuidamos", el cual se presentó en julio de 2020 como una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona de nuestro país. Durante 2021 este Plan ha tenido actualizaciones, considerando factores como el avanzado proceso de vacunación, el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento, y una mirada multisectorial, con el propósito de equilibrar y ponderar mejor los distintos objetivos y necesidades del país.

Teniendo en cuenta que el pasado 30 de septiembre terminó la vigencia del Estado de Catástrofe, se realizó una nueva actualización al plan Paso a Paso, para compatibilizar las medidas de restricción que dejaron de estar vigentes, con las que sí se mantendrán debido la Alerta Sanitaria que sigue imperando en nuestro país.

Actualmente, la comuna de San Joaquín se encuentra en fase de preparación, sin restricción de movilidad, pero con limitación de aforo según lugar y actividad.

8.2. Situación epidemiológica.

Nuestra comuna presentó a finales de marzo los primeros casos de COVID-19, iniciando desde ese periodo un trabajo de seguimiento y organización del trabajo que permitiera poder reportar precozmente a los Centros de Salud para iniciar el seguimiento de los casos.

En relación a los casos actuales de COVID-19 de la comuna, por cada informe epidemiológico, podemos observar dos momentos álgidos de la pandemia, durante mayo-junio 2020 y mayo-junio 2021. Periodo donde el personal de salud tuvo que afrontar grandes desafíos para mantener las atenciones a los usuarios y los requerimientos propios que implica la pandemia.



Fuente Gráficos: Generado a través de los datos obtenidos de los informes epidemiológicos entregados por el Ministerio de Salud (último informe N°158).

Evolución de Casos Activos, Georreferencia.

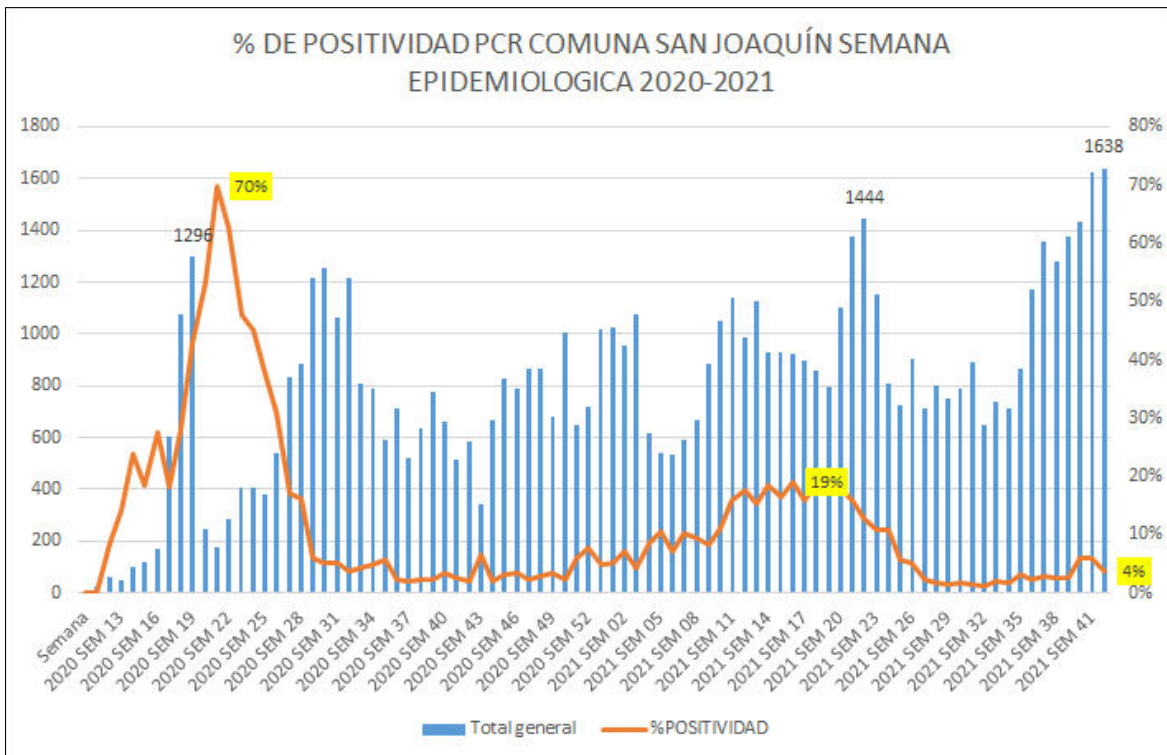
La herramienta de geo referencia ha sido de gran utilidad para identificación de cluster de casos desde el primer mes de pesquisa de la enfermedad a través de PCR tomadas en los centros de salud. Así mismo permite realizar búsqueda activa en la comunidad desde antes que el MINSAL definiera la estrategia para la APS. Complementariamente se utilizó dicha herramienta para el trabajo de los equipos de higiene ambiental y campañas educativas preventivas realizadas por personal de salud y del municipio.

Actualmente, se están utilizando para la planificación de los operativos de búsqueda activa dentro de la comuna.

Examen PCR en Atención Primaria.

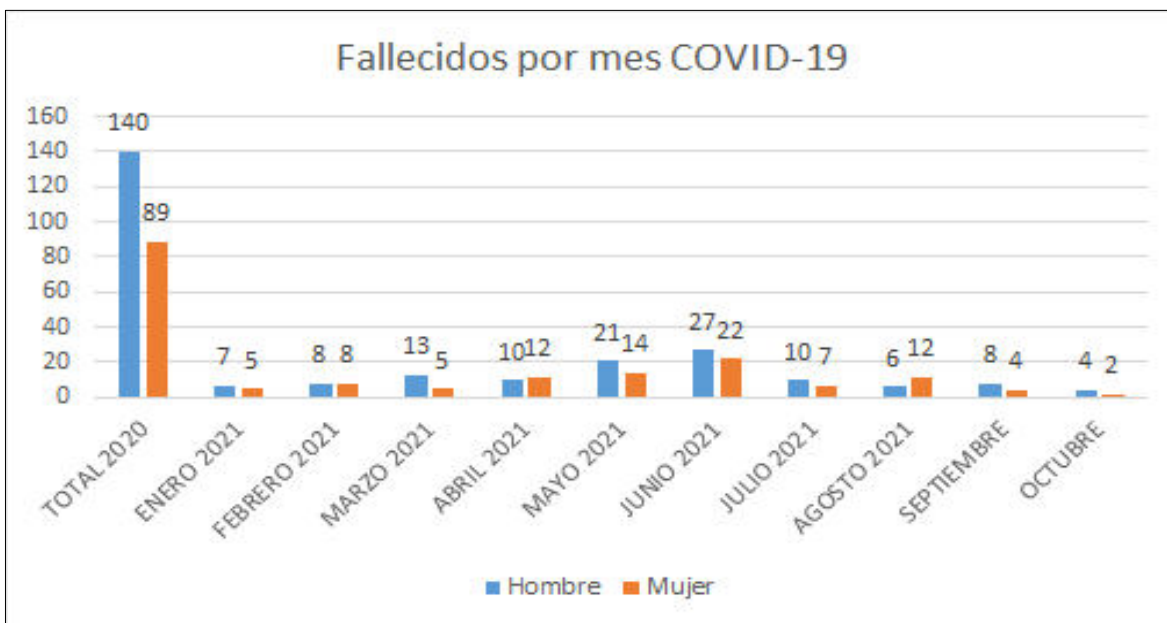
Nuestra comuna fue pionera en lograr implementar de manera precoz la realización de exámenes PCR en la Red de atención primaria. Trabajando de manera conjunta con el Hospital Lucio Cordova por intermedio del SSMS se logró iniciar desde el 07 de Abril la toma de PCR en el CESFAM Santa Teresa de Los Andes, posteriormente el 13 Abril se incluye CESFAM San Joaquín, siendo el 27 Abril toda nuestra Red con toma de exámenes PCR. Siendo esto un rol importante que nos permitió enfrentar de mejor manera la pandemia.

Durante las semanas epidemiológicas 42 y 43 del 2021, hemos realizado el mayor número de PCR durante toda la pandemia. Alcanzando un total de 1638 durante la semana 43. De estas, un 73% corresponde a PCR tomadas a través de la estrategia de búsqueda activa, con un 4% de positividad.



Fuente: Elaboración propia en base a resultados plataforma ESMERALDA, MINSAL.

Fallecidos por sexo en período de marzo 2020 a noviembre 2021



Fuente: Elaboración propia datos DEIS, MINSAL

Distribución de fallecidos COVID 19 por grupos de edad y sexo 2020-2021

| Grupo Etario | Fallecidos | % |
|----------------------|------------|-------------|
| 0 a 9 años | 1 | 0.23% |
| 10 a 19 años | 3 | 0.69% |
| 20 a 29 años | 4 | 0.92% |
| 30 a 39 años | 5 | 1.15% |
| 40 a 49 años | 9 | 2.07% |
| 50 a 59 años | 46 | 10.60% |
| 60 a 69 años | 79 | 18.20% |
| 70 a 79 años | 135 | 31.11% |
| 80 a 89 años | 94 | 21.66% |
| Mayor 90 años | 58 | 13.36% |
| Total general | 434 | 100% |

Fuente: Informe DEIS – MINSAL 31 de octubre 2021

8.3. Estrategia Testeo Trazabilidad y Aislamiento (TTA).

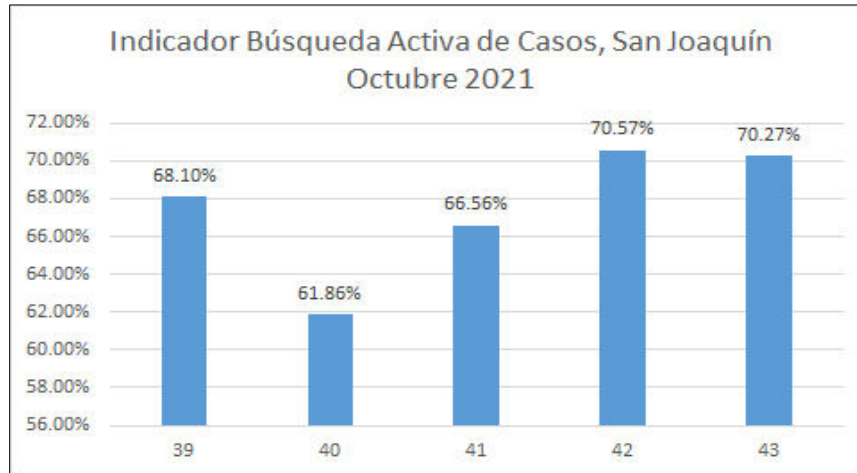
Uno de los pilares planteados a nivel nacional y recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la estrategia central de acciones de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) (Fuente: Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante pandemia covid-19 en Chile, estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. DIPLAS-MINSAL).

Metodología que nuestra comuna logró implementar desde finales de Marzo, generando con sistemas locales la visualización de los casos para las etapas de testeo mediante toma de PCR desde inicios de Abril, seguimiento y aislamiento de casos mediante planilla de seguimiento.

Sin embargo, a partir del ORD N° 3857, enviado el 30 de septiembre de 2021, las funciones de la APS en relación a la estrategia TTA, quedaron restringidas a la Búsqueda Activa de Casos y testeo de casos sospechosos. Siendo el SEREMI de salud el encargado de la trazabilidad y el aislamiento de las personas. Esto generó la disminución del personal adosado a esta estrategia en un 75%.

Indicadores de TTA que reflejan el trabajo de la APS (I,II,III y IV)

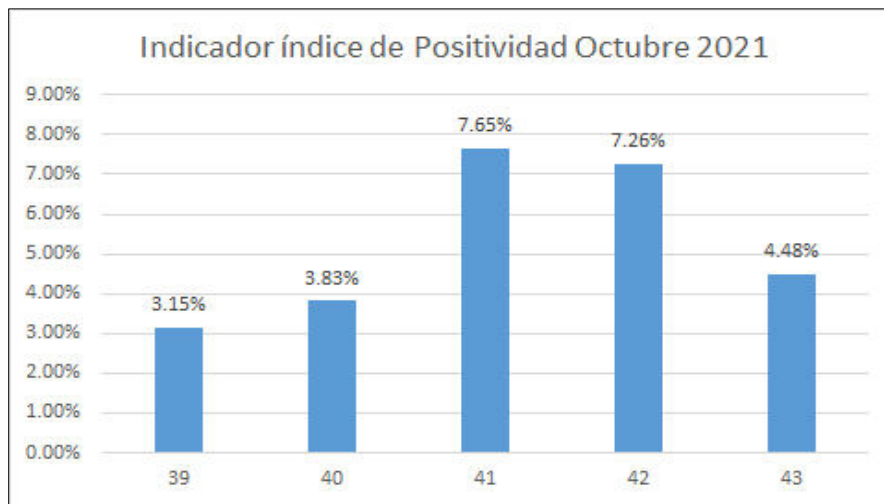
- Aumentar la búsqueda activa de casos: Mantener de manera semanal un porcentaje superior al 10% del total de PCR obtenidas a través de los operativos territoriales.



Fuente: Informes de indicadores Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, SEREMI de Salud, desde el ordinario N°3857 (Eje Y:% de PCR por BAC en relación al total de PCR, Eje X:Semana epidemiológica).

La comuna mantiene un promedio de 67.47% PCR efectuadas bajo el sistema BAC, durante el mes de octubre de 2021, permitiendo dar con casos asintomáticos positivos y que deben iniciar de manera precoz el aislamiento, notificando de manera oportuna y de esta manera el SEREMI de salud realizar tempranamente el estudio epidemiológico de sus contactos estrechos.

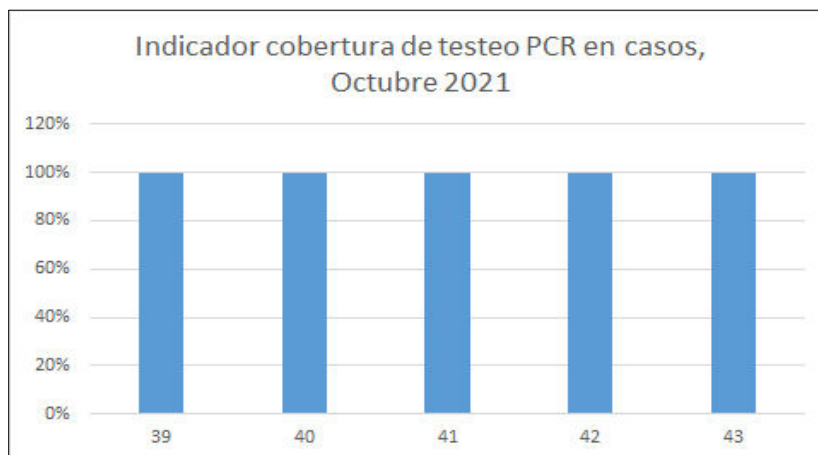
- Disminución el índice de positividad comunal:



Fuente: Informes de indicadores Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, SEREMI de Salud, desde el ordinario N°3857 (Eje Y:% de positividad, Eje X:Semana epidemiológica).

A partir de la semana epidemiológica 39 (26 de septiembre de 2021), la comuna de San Joaquín comenzó con una leve alza, la cual disminuyó a partir de la semana 42. Es importante mencionar, que desde la semana 28 hasta la 39 (2 de octubre de 2021), la positividad se mantuvo en un promedio de 2%.

- Evaluar Capacidad de Testeo en personas con PCR:



Fuente: Informes de indicadores Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, SEREMI de Salud, desde el ordinario N°3857 (Eje Y:% de cobertura, Eje X:Semana epidemiológica).

Se espera que sobre el 90% de los pacientes con sospecha de COVID-19 tengan su resultado de PCR y caso creado en plataforma EPIVIGILA, la comuna ha logrado mantener una cobertura total desde la semana epidemiológica 39 (26 de septiembre).

- Mejorar la oportunidad de notificación:



Fuente: Informes de indicadores Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, SEREMI de Salud, desde el ordinario N°3857 (Eje Y: notificación oportuna, Eje X:Semana epidemiológica).

El 100% de los casos con resultado de PCR positiva debe presentar su notificación en el mismo plazo. Cumplimiento que ha logrado dar casi en su totalidad nuestra comuna durante el 2021, manteniendo un trabajo local por parte de los equipos.

8.4. Apoyo Social a Pacientes con COVID.

A través de un trabajo coordinado con el Departamento de Asistencia Social del Municipio, se brinda apoyo social a los casos activos de COVID-19 que se encuentran cursando su periodo de aislamiento, para recibir el beneficio, la persona debe residir en la comuna de San Joaquín, lo cual se comprueba con el registro social de hogares y pertenecer hasta el 60% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica y que no haya recibido en mismo beneficio en menos de 3 meses.

8.5. Hospitalización Domiciliaria APS San Joaquín.

"La Hospitalización Domiciliaria (HD) corresponde a aquella modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional de atención cerrada, en la cual el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial. Esta estrategia requiere de indicación y control médico, y el término de este proceso estará definido por el alta médica, incluye además las prestaciones otorgadas por un equipo multidisciplinario, de manera de abordar al paciente íntegramente."

Originalmente partió como una medida para descongestionar el nivel hospitalario de usuarios portadores de COVID-19 que pudiesen ser manejados de manera intradomiciliaria, teniendo mayores insumos que APS. Sin embargo, con los cambios de situación epidemiológica, al día de hoy ha logrado impactar a un gran número de usuarios fuera del ámbito de COVID-19, siendo una iniciativa nueva bien valorada por la comunidad y por los propios funcionarios de APS.

Cuenta con un equipo multidisciplinario: médicas, kinesiólogos, enfermeras y TENS.

Reciben derivación de múltiples entidades, en relación con la APS:

- Pacientes Covid-19 (+) descompensados, debe ser evaluado por personal de hospitalización Domiciliaria APS definiendo derivación a nivel terciario.
- Cuidados para el final de la vida.
- Tipo de patologías origen infecciosas:

Neumonía adquirida en la comunidad.

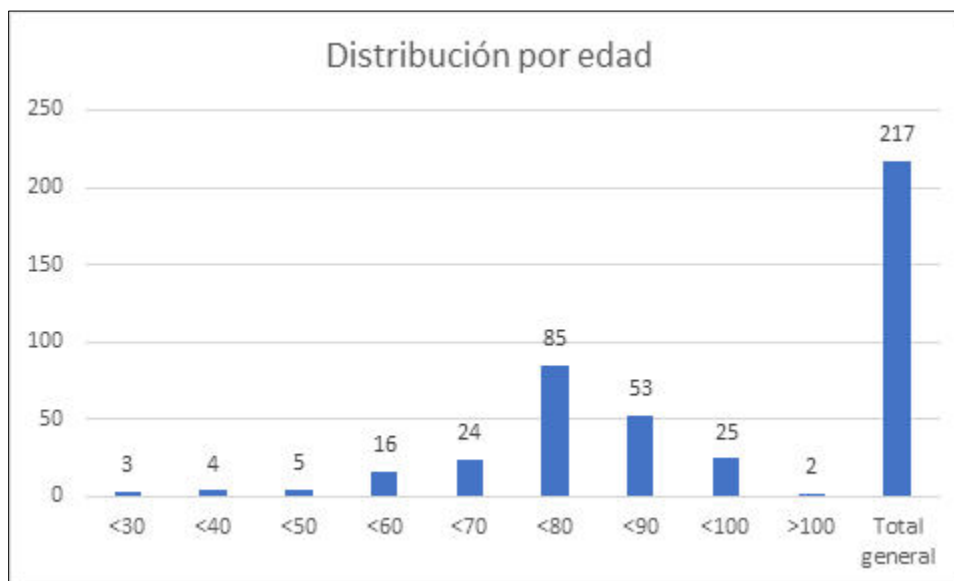
- EPOC sobreinfectado sin insuficiencia respiratoria.
- Pielonefritis aguda.
- Herida Quirúrgica infectada.
- Lesiones de piel sobreinfectadas (Celulitis, UPP, etc). Que requieran curación avanzada y tto TTO EV.

Los criterios de inclusión son:

- Beneficiarios de Centros de Salud de la Comuna, pertenecientes a FONASA o PRAIS.
- Pacientes derivados de equipos clínicos del CESFAM, SAPU, visita Domiciliaria o de hospitalización Domiciliaria hospital.
- Contar con adulto responsable (familiar o no, el cual se denominará Tutor y se responsabilizará de cumplir con todas las indicaciones terapéuticas u de autocuidado, durante todo el proceso de hospitalización de la unidad, hasta que se otorgue el alta. Se definirá apoyo de T. Social en caso de requerir ampliar red de apoyo).
- Condiciones sociosanitarias adecuadas en el domicilio o institución que alberga al usuario de HD APS (Soporte de servicios básicos; luz, agua y un sistema de comunicación).

Durante el segundo semestre de 2021, el equipo de HD APS San Joaquín ha atendido un total de 217 usuarios de nuestra comuna, con una distribución de 160 hombres y 57 mujeres.

En relación a la distribución por edad, la mayor concentración de usuarios se agrupa entre los 80 y más años, lo que equivale a un 76% de la población total atendida, tal como se grafica a continuación:



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, es importante destacar que este equipo de profesionales, apoyaron la campaña de vacunación en domicilio.

8.6. Campaña de Vacunación contra el SARS-COV2.

En diciembre del año 2020, el Ministerio de Salud (MINSAL) aprueba la primera vacuna contra la enfermedad del COVID19, siendo Pfizer-BioNTech el primer laboratorio con el que se inicia este proceso para funcionarios de salud. Luego se incorpora al plan de vacunación, la vacuna Coronavac de laboratorio Sinovac, vacuna AZD1222 de laboratorio AstraZeneca, vacuna Cansino, y finalmente vacuna Janssen de laboratorio Johnson & Johnson.

La campaña de vacunación para población general y funcionarios esenciales inicia el 3 de febrero del 2021, implicando una gran organización por parte de la Atención Primaria en Salud para dar respuesta a la ingente necesidad de salud pública.

MINSAL, a través de SEREMI de Salud, es quien define y entrega las dosis de vacunas de acuerdo a su calendarización y población de riesgo proyectada en cada comuna.

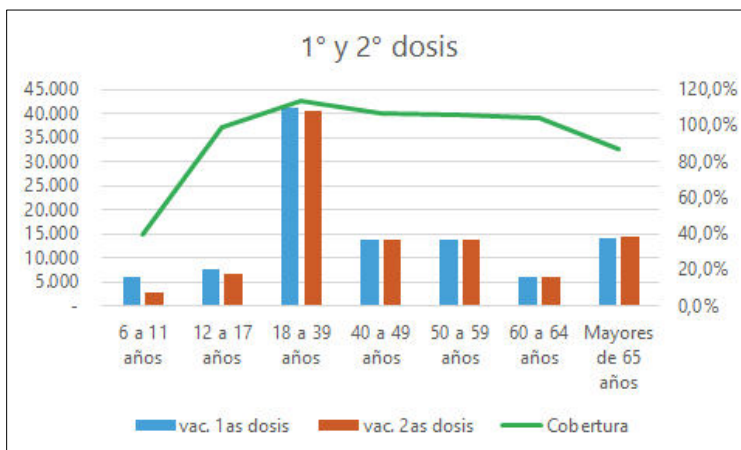
San Joaquín cuenta con una cobertura total de 178.241 dosis administradas, lo que corresponde a un 102,5% de la población proyectada mayor de 18 años de la comuna (Plataforma DEIS vacunación Covid-19 al 28 de octubre 2021).

Durante junio de 2021 se inicia el proceso de vacunación a menores de 18 años y a inicios de septiembre comienza desde los 6 años

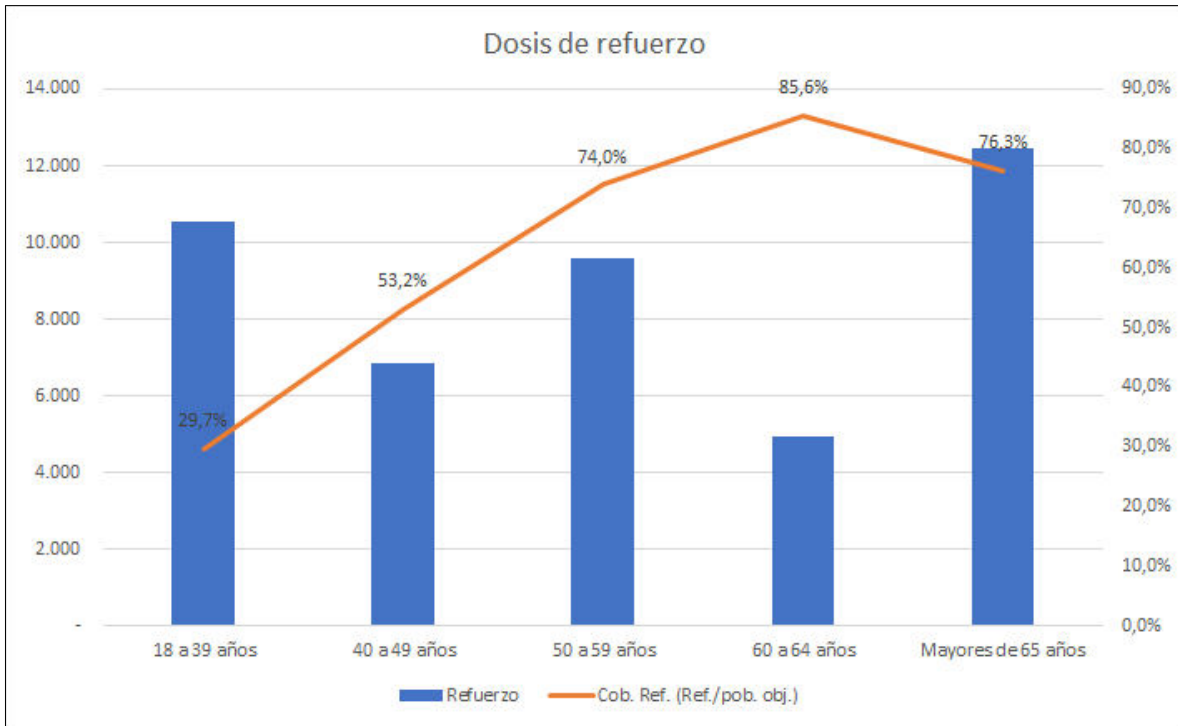
Esta cobertura fue lograda a través de un gran trabajo de coordinación y ejecución de los equipos de vacunación, llegando a tener 6 puntos con extensión horaria funcionando de manera simultánea entre febrero y julio de 2021.

Actualmente contamos con 3 puntos distribuidos según territorio de cada CESFAM, más un cuarto punto que se abre dependiendo de la demanda local, donde se está llevando a cabo la vacunación de 1º y 2º dosis para población menor de 12 años, y dosis de refuerzo en mayores de 18 años.

La campaña de vacunación no ha estado exenta de dificultades en su implementación, debido a la poca antelación con la que se entrega en los calendarios de vacunación por parte de MINSAL, así como las limitaciones en la coordinación con SEREMI de Salud para el retiro de vacunas en las cámaras de frío de la Región Metropolitana.



Fuente: Elaboración propia SEREMI-DEIS.



8.7. Actividades realizadas durante la pandemia

Como se mostró anteriormente, la pandemia implicó la disminución de la demanda de la población y una caída importante de las actividades más clásicas de los diferentes programas de salud que están contemplados en la canasta de prestaciones de la APS debido al confinamiento. Sin embargo, con el avance en el Plan Paso a Paso de todas las comunas de la Región Metropolitana se observó una normalización en las consultas para actividades preventivas en los centros de salud, como Examen de Medicina Preventiva del Adulto y Adulto Mayor (EMPA y EMPAM), toma de Papanicolau (PAP), mamografías, entre otros.

Además, se dio continuidad a estrategias como entrega a domicilio de fármacos para enfermedades crónicas, entregas de alimentos para personas mayores y atenciones domiciliarias a grupos prioritarios.

La siguiente tabla muestra un resumen de las principales actividades realizadas con motivo de la pandemia y que dan cuenta de la utilización del recurso humano en esas actividades. La mayor parte del tiempo se debió recurrir a la redestinación de funciones de ese recurso humano, utilizando habilidades y saberes de manera transversal.

Actividades de continuidad de la atención realizadas de 2021: Corte Septiembre

| N° | PRESTACIONES | POBLACIÓN A ATENDER | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO | MODALIDAD DE ATENCIÓN | | | | | |
|----|---|---|-------------------------|--|--|-----------------|---------------|---------|--------------|
| | | | | PRESENCIAL | | | DOMICILIA RIA | REMO TA | SUSPEN DI DA |
| | | | | ESTABLECIMIE NTO APS (OFERTA HABITUAL) | ESTABLECIMIE NTO APS (CASOS PRIORIZADOS) | OTROS ESPACI OS | | | |
| 1 | CONTROL DE SALUD EN POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE 1 AÑO | Población 2, 4, 6 meses | 20.4% | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | CONTROL DE SALUD INFANTIL CON EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | Población de 8 meses | 24.9% | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CONTROL DE SALUD INFANTIL CON EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | Población de 18 meses | 25.6% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CONTROL DE SALUD INFANTIL CON EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | Población de 3 años | 10.8% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CONSULTA DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL | Población menor de 10 años | 11.9% | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | CONSULTA DE REEVALUACION DE DEFICIT/REZA GO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | Población menor de 2 años | 16.0% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CONSULTA DE REEVALUACION DE DEFICIT/REZA GO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | Población entre 2 y 4 años | 5.0% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | CONTROL DE CRÓNICOS RESPIRATORIO SALA IRA | Población bajo control menor de 20 años | 16.5% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | INGRESO AGUDOS A SALA IRA SEGÚN DIAGNOSTICO | Población menor de 20 años | 44.8% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | CONTROL DE SALUD INTEGRAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE | Población entre 10 y 19 años | 29.0% | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | CONSULTA DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE | Población entre 10 y 19 años | 17.9% | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|--------|--|---|-------|---|---|---|---|---|---|
| 1 2 | INGRESO A PROGRAMA DE REGULACION DE FERTILIDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE | Población entre 10 y 19 años | 28.3% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 3 | CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE *** | Población entre 10 y 19 años | 33.8% | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1 4 | CONSEJERIA EN PREVENCIÓN VIH E ITS*** | Población entre 10 y 19 años | 8.7% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 5 | CONTROL DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE | Población bajo control entre 10 y 19 años | 33.8% | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1 6 | CONTROL DE SALUD EN POBLACIÓN INFANTIL INGRESO - DIADA (MADRE -RN incluye puerperio) | Población menor de 28 días | 21.5% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 7 | EDUCACIÓN GRUPAL (Salud sexual y prevención VIH e ITS) | Población general | 33.3% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1 8 | INGRESO CONTROL PRENATAL | Población mujer de 10 años y más | 25.3% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 9 | INGRESO A PROGRAMA DE REGULACION DE FERTILIDAD EN POBLACIÓN ADULTA | Población de 20 años y más | 30.5% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 0 | CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA *** | Población mujer de 20 y más | 24.0% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 1 | CONTROL GINECOLOGICO | Población mujer de 20 y más | 2.1% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 2 | CONTROL DE CLIMATERIO | Población mujer 45 a 64 años | 18.9% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 3 | CONSEJERIA PREVENCIÓN VIH E INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)*** | Población de 20 años y más | 26.2% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 4 | INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL | Personas de 5 y más años bajo control en programa | 0.0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 5 | CONTROL DE SALUD MENTAL (POR MÉDICO) | Población bajo control | 27.8% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 6 | CONTROL DE SALUD MENTAL (POR PSICOLOGO) | Población bajo control | 31.7% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|--------|---|---|---|---|---|---|
| 27 | EDUCACION GRUPAL EN ADOLESCENTES (PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL) | Población entre 10 y 19 años | 0.0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 28 | ACTIVIDAD FISICA GRUPAL CARDIOVASCULAR | Población mayor de 10 años | 0.0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | CONTROL DE SALUD EN ADULTOS MAYORES (EMPAM) SEGUIMIENTO AUTOVALENTE CON RIESGO | Población de 65 y más años | 0.0% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | NUMERO DE PERSONAS QUE RETIRAN PACAM | Población de 70 años y más (más población de 60-69 años con motivo de ingreso específico de PACAM) | 20.4% | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 31 | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL: EVALUACION SOBRECARGA DEL CUIDADOR "ZARIT ABREVIADO" | Población total cuidadores | 21.3% | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 32 | CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA | Madres y población menor de 6 meses | 28.9% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | CONSULTA NUTRICIONAL DE MALNUTRICION POR DÉFICIT EN POBLACION INFANTIL | Población menor de 10 años | 27.3% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | CONSULTA NUTRICIONAL DE MALNUTRICION POR EXCESO EN POBLACION INFANTIL | Población menor de 10 años | 12.7% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 | CONSULTA NUTRICIONAL EN POBLACION ADOLESCENTE | Población entre 10 y 19 años | 26.1% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 36 | CONSULTA NUTRICIONAL EN ADULTOS | Población de 20 a 64 años | 22.3% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 37 | CONSULTA NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES | Población de 65 y más años | 32.4% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 38 | CONTROL DE CRÓNICOS RESPIRATORIOS SALA ERA | Población bajo control mayor de 20 años | 37.7% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 39 | REHABILITACION PULMONAR | Población bajo control EPOC | 546.7% | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|----|---|--|--------|---|---|---|---|---|---|
| 40 | VACUNA NEUMOCÓCICA POLISACARIDA | Población de 65 años cumplidos | 1.7% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 41 | CONSEJERÍA ANTITABACO *** | Población Total | 10.4% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 | CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLÓGICA A ADULTO MAYOR | Población de 65 y más años | 33.3% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43 | RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS | Población Total | 15.5% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | CONSEJERÍA BREVE EN TABACO | Población de 12 y más años | 24.6% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | CONSEJERÍA FAMILIAR*** | Total de familias | 14.2% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 46 | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL | Total de familias | 19.6% | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 47 | ESTUDIO DE FAMILIA (FAMILIAS CON PLAN DE INTERVENCIÓN)* | Total de familias | 24.2% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 48 | CONTROL DE SALUD MENTAL (POR TRABAJADOR SOCIAL) | Población SENAME bajo control Salud Mental | N/A | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 49 | CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL (POR ENFERMERA) | Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME (Población inscrita validada) | 100.0% | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 | CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL (POR MATRONA) | Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME (Población inscrita validada) | 66.7% | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 51 | CONTROLES INTEGRALES DE PERSONAS CON CONDICIONES CRÓNICAS** | Población de 15 años y más con condiciones crónicas estratificada en riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3) | 3.9% | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

8.8. Recursos asociados a la pandemia.

Durante el 2021 se recibieron recursos financieros adicionales, desde SEREMI y MINSAL, para continuar con estrategias para apoyo a la pandemia que se implementaron el año 2020, y nuevos recursos para estrategias que se asignaron a la APS durante el 2021, principalmente para campaña de vacunación.

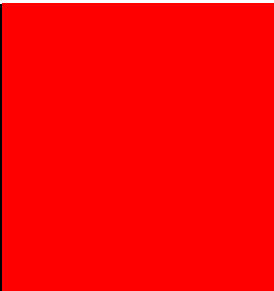



Estos recursos permitieron financiar equipos de RRHH, infraestructura y equipamiento para la habilitación de puntos de vacunas en espacios municipales y comunales.

| FONDOS PANDEMIA TRANSFERENCIA DIRECTA CORPORACIÓN MUNICIPAL | | | |
|---|---------------|---------------------|--|
| PROGRAMA | MONTO | INSTITUCIÓN | DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA |
| FORTALECIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (VACUNACIÓN COVID) | \$147,467,221 | MINISTERIO DE SALUD | Estrategia asociada a financiar recurso humanos para la formación de equipos de vacunación contra el SARSCOV2. |
| ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN APS PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA COMPLEJA) | \$175,981,471 | MINISTERIO DE SALUD | Estrategia que financia recurso humano para la conformación de equipos que realicen atención domiciliaria a postrados así como a pacientes hospitalizados en domicilio |
| ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN APS PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (OTROS COMPONENTES) | \$285,648,138 | MINISTERIO DE SALUD | Programa que financia rehabilitación de pacientes COVID, entrega de medicamentos a domicilio y ampliación de los servicios de urgencia de APS. |
| TESTEO, TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA | \$157,825,219 | SEREMI DE SALUD | Estrategia que financia desde el mes de enero testeo, trazabilidad y aislamiento de pacientes con COVID-19, sin embargo, cabe mencionar que desde noviembre solo financia el testeo. |

9. Evaluación cumplimiento iniciativas Plan de Salud 2021.

El cumplimiento de las iniciativas planificadas para el presente año estuvo marcado por la pandemia por coronavirus, que nos obligó a cambiar las prioridades de la atención y dedicación de los recursos de salud. En la siguiente tabla se detalla el estado de avance en el cumplimiento de las iniciativas definidas y aprobadas para este año 2021.

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | ESTRATEGIA DE INNOVACIÓN | AVANCE CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|---------------------|--|
| Mejorar el acceso de la población a las prestaciones de salud. | Ampliación de farmacia popular | | |
| | Readecuación de modelo de salud en pos-pandemia | | |
| | Instalación de nueva farmacia en sector sur | | Inauguración noviembre 2021 |
| | Óptica popular | | Se evaluará la factibilidad técnica y financiera de instalar una óptica popular destinada a vecinos de la comuna que permita bajar el precio y aumentar la oferta de lentes ópticos que no sean entregadas en la UAPO por el programa de resolutiveidad. |
| | Acreditación de calidad | | Continuar avance en CESFAM SJ y ABG |
| | Asistencia domiciliaria | | |
| Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios. | Proyecto Reposición CESFAM San Joaquín | | Avance de proyecto listo, a la espera de contar con terreno para incluir en la valorización y postular |
| | Programa autocuidado de salud mental funcionarios | | |
| | Plan de comunicación y difusión, | | |
| | Escuela de líderes en salud | | Capacitación de agentes comunitarios en salud mental por U de Chile |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria. | Proyecto de intervención en salud en La Legua (círculos de escucha) |  | Detenido por falta de financiamiento |
|  Sin avance |  Avance parcial |  Realizado | |

Una problemática no contemplada en el plan de salud 2020-2021 que, sin embargo, cobra relevancia debido a la situación sanitaria del país, en la que, debido a la disminución de la consulta de las usuarias en los centros de salud, disminuyó a pesquisa y aumenta la gravedad del cáncer de mama. Es por esto que, la Dirección de Salud, decide realizar la estrategia de mamografía móvil en el último trimestre del año.

Mamografías móviles FALP.

En el contexto del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria denominado Imágenes Diagnósticas, el cual busca mejorar la capacidad resolutoria de la APS mediante el financiamiento de exámenes imagenológicos de pesquisa de enfermedades graves o prevalentes en la población, y en su componente número 1: Detección precoz y apoyo diagnóstico del cáncer de mamas, es que se realiza un convenio con la Fundación Arturo López Pérez para la estrategia del mamógrafo móvil.

En Chile, el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las muertes por cáncer en mujeres. La mamografía es el examen gold standard para la detección de este cáncer, el cual además es un problema de salud GES.

En la APS, el programa Imágenes Diagnósticas permite realizar mamografías cada 3 años a mujeres de 50 a 69 años y a mujeres de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mama, como mamas densas, antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario.

Este mamógrafo móvil cuenta con 11 fechas distribuidos entre octubre y diciembre 2021, abarcando 5 territorios de la comuna: Territorio 1 (Parque Isabel Riquelme, costado Veterinaria Popular), Territorio 2(Centro Comunitario La Legua), Territorio 3 (Junta de Vecinos Germán Riesco), Territorio 4 (Población Mussa) y Territorio 5 (Junta de Vecinos La Concepción), beneficiando a 400 mujeres de la comuna.

Para el año 2022 se espera poder extender esta prestación a más territorios y aumentar la cobertura para más usuarias de nuestra red de salud.

Operativo mamografía móvil 28/10/2021



10. Evaluación de la actividad sanitaria de la APS.

10.1. Metas sanitarias 2021 según ley 19.813.

De acuerdo con lo indicado en la ley 19.813 del año 2002, los establecimientos de atención primaria y sus funcionarios regidos por la ley 19.378, tienen derecho a percibir un estímulo financiero por cumplimiento de metas sanitarias anuales fijadas por el MINSAL y adaptadas a la realidad local según el diagnóstico de cada año. Dichas metas tienen objetivos sanitarios específicos que, de cumplirse en su totalidad, contribuyen a mejorar las condiciones sanitarias de determinados grupos de la población de acuerdo a lo estipulado en los objetivos sanitarios de la estrategia nacional de salud del período 2010 – 2020.

Las metas, incluyen acciones orientadas a estimular la participación comunitaria a partir de planes de desarrollo local que incluyen la incorporación activa de las personas que participan de las organizaciones de diferente índole con que se cuenta en los espacios territoriales adscritos a cada centro de salud.

La pandemia SARS-CoV2, durante este año 2021 obligó a los equipos de salud a reconvertir funciones, que por un lado permitan mantener la capacidad de los servicios de salud de brindar acceso a cuidados de salud esenciales a lo largo de la pandemia, como también instalar procesos sanitarios que permitan testear, trazar y aislar a pacientes pesquisados con COVID. Esta demanda y considerando la dinámica de contagio del virus, obligó a suspender algunas actividades con el objetivo de disminuir el riesgo de contagio en la población, lo cual determina el cumplimiento de metas sanitarias a septiembre de 2021 como se expresa en la siguiente tabla:

| N o | COMPONENT E | META ABG | CUMPLIMIENT O ABG | META STA | CUMPLIMIENT O STA | META SJ | CUMPLIMIENT O SJ |
|----------------|---|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1 | Recuperación desarrollo psicomotor. | 80% | | 90% | | 90% | 22% |
| 2 | Cobertura Papanicolaou. | 3660 | 3543 | 5411 | 4152 | 5246 | 4286 |
| 3 b | Cobertura en control odontológico en población de 0 a 9 años. | 30% | 27.3% | 30% | 35.0% | 30% | 51% |
| 3c | Egreso odontológico 6 años programa cero. | 11.11 % | 9.1% | 20.80 % | 15.6% | 23.80 % | 17% |
| 4 | Cobertura efectiva DM-2 | 28% | 20.1% | 28% | 22.1% | 28% | 6% |
| 5 | Cobertura efectiva HTA. | 45% | 67.8% | 48% | 57.7% | 45% | 50% |
| 6 | Cobertura lactancia materna exclusiva. | 57.43 % | 56.1% | 60% | 60.0% | 59.47 % | 31% |
| 7 | Establecimientos con plan de participación local. | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 8 | Evaluación pie diabético en personas bajo control con DM. | 90% | 71.7% | 90% | 63.5% | 90% | 70% |

Fuente: Elaboración propia datos REM.

Al analizar en detalle algunos de estos indicadores, se observa un impacto negativo en varios de ellos, determinados directamente por la restricción en el acceso a algunas prestaciones producto de la pandemia.

En relación a las actividades preventivas (recuperación DSM, PAP, compensación DM2, fomento LME) hubo una disminución general de la cobertura, lo que ocurre a causa de que los esfuerzos estuvieron centrados en las actividades curativas y propias de la pandemia (vacunación, TTA, consulta respiratoria). Sin embargo, gracias al esfuerzo de todo el equipo de Atención Primaria de Salud, San Joaquín ha sido reconocido por el Servicio de Salud Metropolitano Sur, por tener una de las mejores coberturas en relación a las otras comunas del área sur.

10.2. Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS) 2021.

El otro grupo de indicadores de gestión de atención primaria es el llamado Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS), que está constituido por una batería de indicadores incorporados en el decreto fundado con el que cada año el MINSAL asigna el aporte estatal establecido en la ley 19.378.

Cabe recordar que este grupo de indicadores se mide de manera "móvil" durante cuatro cortes en el año y dan cuenta del mecanismo de evaluación acordado entre el MINSAL y el Ministerio de Hacienda como una forma de evaluar el cumplimiento de la canasta básica de prestaciones que según el artículo 49 del estatuto de atención primaria municipal, da origen al financiamiento de los establecimientos que se encuentran bajo esa dependencia.

El no cumplimiento de estas metas sobre un 90% implica una disminución del financiamiento per cápita, recorte que será proporcional al nivel de incumplimiento y "cobrado" en el aporte duodecimal del mes siguiente al de la evaluación.

En el año 2019 los Centros de salud familiar de la comuna de manera íntegra cumplieron con estos indicadores propuestos, logrando un cumplimiento comunal de 95,6%. Dicho de otra forma, la comuna no sufrió rebaja del aporte estatal por concepto de incumplimiento de alguno de los indicadores.

En el contexto de las redes integradas de servicios de salud el IAAPS se plantea como un mecanismo que permita medir el progreso y desempeño de la atención primaria, entendiendo que este nivel de atención y su estrategia de desarrollo es el eje de la red completa.

Como en el caso anterior, el IAAPS permite hacer seguimiento a indicadores de salud sumamente importantes para dar cuenta de la situación de las intervenciones de APS y por su intermedio impactar en el estado de salud de la población.

**Cumplimiento Indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria a
septiembre 2021.**

| Nº | INDICADOR | META | CUMPLIMIENTO ABG | CUMPLIMIENTO STA | CUMPLIMIENTO SJ |
|-----------|--|-------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1 | Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 1 | N.º establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2.2 | Disponibilidad de Fármacos Trazadores | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3 | Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año. | 1.08 | 0.67 | 0.72 | 0.74 |
| 4 | Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario). | 90% | 95% | 94% | 96% |
| 5 | Tasa de Visita Domiciliaria Integral | 0.17 | 0.05 | 0.02 | 0.04 |
| 6.1 | EMP hombres y mujeres 20 a 64 años | 7.50% | 3% | 1% | 3% |

| | | | | | |
|------|---|--------|-------|-------|-------|
| 6.2 | EMP hombres y mujeres de 65 y más años | 20% | 4% | 2% | 12% |
| 7 | Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 Meses bajo control. | 83% | 81% | 63% | 41% |
| 8 | Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años | 9% | 11% | 5% | 13% |
| 9 | Porcentaje de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 19 años | 10% | 1% | 21% | 53% |
| 10.1 | Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales | 17% | 17% | 22% | 21% |
| 10.2 | Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales. | 4.5 | 3.12 | 2.36 | 2.30 |
| 11 | Cumplimiento GES cuyas acciones son de ejecución en APS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 12 | Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso | 80% | 75.1% | 75.1% | 75.1% |
| 13 | Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo | 87.87% | 93% | 86% | 81% |
| 14 | Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan | 18% | 18% | 14% | 19% |

| | | | | | |
|----|---|--------|-----|-----|-----|
| | métodos de regulación de la fertilidad | | | | |
| 15 | Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años | 24.97% | 20% | 22% | 6% |
| 16 | Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial | 37.21% | 68% | 58% | 50% |
| 17 | Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita | 30% | 39% | 29% | 46% |
| 18 | Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal | 42% | 32% | 32% | 55% |

Fuente: Elaboración propia datos REM.

Considerando el contexto sanitario y las limitaciones de acceso a prestaciones de salud a raíz de la pandemia, se espera inicialmente para este año un cumplimiento bajo el 90% de lo esperado tanto para metas sanitarias como indicadores de actividad de atención primaria. Sin embargo, en la actualidad ya se están ejecutando acciones que permitan fortalecer el acceso a prestaciones de salud y recuperar coberturas preventivas en la población.

10.3. Promoción de la salud.

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Recomendaciones posteriores de la OMS, insistieron en la importancia de la participación social en la toma de decisiones, sumado a la necesidad que el estado desarrolle políticas integradas para abordar los problemas de los grupos con mayor desventaja.

Situación Actual:

- Realización y ejecución de un Plan de promoción trienal con enfoque local y comunal a desarrollarse entre los años 2019 y 2021.
- Actividades comunales orientadas a la actividad física, alimentación saludable, recuperación de espacios públicos y trabajo intersectorial; a través de la instalación de circuitos deportivos, seminarios presenciales y remotos para la comunidad, actividades masivas en espacios públicos, campañas comunicacionales y utilización de nuevas tecnologías para la difusión y educación de la comunidad.
- Actividades locales dirigidas a la comunidad tales como talleres de alimentación saludable con enfoque participativo, conmemoración de efemérides de salud (HTA, DM, tabaco) y fechas importantes (día de la mujer, día de la no violencia, día de la salud mental), ferias de salud en la comunidad y participación en actividades locales en conjunto con el intersector.
- Consolidación del eje PPC a través de la contratación de los profesionales de los equipos Más Adultos Mayores Autovalentes y Vida Sana, con el objetivo de integrarlos a los equipos de los Centros de Salud y de esta manera fortalecer el trabajo de promoción local y comunal.
- Definición de roles y tareas de encargadas de participación social en salud con 22 horas por Centro de Salud destinadas para ello.

Desafíos:

- Fortalecer el trabajo intersectorial a través de convenios colaborativos de trabajo en conjunto con el intersector.
- Instalar la promoción y la participación de la salud como un eje transversal a todos los programas de salud en la atención primaria.
- Mejorar procesos de sistematización a través de la aplicación de diagnósticos participativos, planificación y elaboración de planes con los equipos y la comunidad y la evaluación de la medición de resultados.
- Integrar un encargado de promoción y participación por Centro de Salud y CECOSF con 22 y 11 horas respectivamente, según lineamientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

10.4. Participación Social.

La participación es un derecho humano, un determinante social de la salud, una estrategia política y una herramienta necesaria que contribuye a mejorar la salud de la población a cargo.

El trabajo conjunto con la comunidad permite conocer las necesidades de la población del territorio y sus condiciones sociales de existencia, información clave para diseñar e implementar en conjunto acciones preventivas coherentes con la realidad de los territorios.

Situación Actual:

- Elaboración de un Plan de Participación Social en Salud en conjunto con los equipos de salud y la comunidad por cada CESFAM y CECOSF de la comuna.
- Incorporación de agentes comunitarias en cada uno de los CECOSF de la comuna con el fin de potenciar el trabajo de participación de los CECOSF con la comunidad.
- Realización de actividades locales y comunales enmarcadas en la participación social y comunitaria, satisfacción y trato usuario y salud de las personas.
- Ejecución de talleres y actividades de salud en espacios comunitarios como juntas de vecinos y sedes sociales.

Desafíos:

- Fortalecer los Consejos de Desarrollo Local de Salud a través de un trabajo en conjunto con los Centros de Salud.
- Potenciar la participación social a través de la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de participación y el trabajo comunitario realizado por los Centros de Salud Familiar y Centros Comunitarios de Salud Familiar.
- Aumentar el número de organizaciones comunitarias que trabajan en conjunto con salud, propiciando así también la participación de todos los grupos etarios.
- Capacitación a los equipos respecto a la promoción, la participación y la elaboración de proyectos con el fin de fortalecer el trabajo comunitario actual.
- Realización de un diagnóstico participativo por CESFAM y CECOSF que permita conocer la opinión de la comunidad respecto a la participación social.
- Posicionar la promoción y participación en salud de forma transversal en los equipos de los Centros de Salud.

11. Prioridades 2022.

Basados en los ejes estratégicos expresados antes:

- 1. Mejorar el acceso de la población a las prestaciones de salud.**
- 2. Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios.**
- 3. Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria.**

Iniciativas 2022, comuna San Joaquín

| Objetivo estratégico | Estrategias Sanitarias |
|--|--|
| Mejorar el acceso de la población a las prestaciones de salud. | Ampliación oferta Farmacia popular. |
| | Óptica Popular. |
| | Centro médico especialidades/Centro de resolutiveidad/ Centro de apoyo diagnóstico |
| Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios. | Fortalecer y ampliar Relación Asistencial Docente (RAD): convenios con instituciones de educación superior |
| | Postulación proyecto reposición y relocalización CESFAM San Joaquín y CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi. |
| Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria. | Plan de comunicación y difusión. |
| | Mesa tripartita de trabajo colaborativo en salud (CDL, AAGG, SALUD) |
| | Estrategia de Salud Mental Comunitaria. |
| | Diseño y ejecución de plan de trabajo integral de agentes comunitarios comunales (Salud, Seguridad Ciudadana, DIDECO). |

11.1. Mejorar el acceso a de la población a las prestaciones de salud.

11.1.1. Ampliación Oferta Farmacia Popular.

En la búsqueda permanente de mejorar la respuesta de la red de salud, desde la base de las necesidades diversas de los habitantes de nuestra comuna, es que se define ampliar la oferta de la farmacia popular, incorporando insumos y artículos de higiene y cuidado personal con foco en lo preventivo:

- Potenciar una *salud sexual y reproductiva responsable* con énfasis en el autocuidado (preservativos, copas menstruales, mayor variedad de anticonceptivos y lubricantes).
- Salud odontológica, promoviendo el uso de productos ecológicos.
- Artículos orientados a nuestros adultos mayores y personas con necesidades de ayudas técnicas (pañales, órtesis y fórmulas lácteas, entre otros).

* De manera complementaria se trabajará desde los establecimientos de salud de la comuna, estrategias educativas para el fomento de una sexualidad responsable y segura.



11.1.2. Óptica popular.

Durante los últimos 20 años a lo largo del país se han creado más de 150 UAPOs distribuidas en diferentes comunas, cuyo fin es mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud (APS), potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral. Por lo tanto, tienen el propósito contribuir al acceso oportuno de manera cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS.

Desde el año 2015 se implementó la primera óptica popular, unidades que han colaborado complementaria y positivamente a la comunidad respecto a los costos de las ayudas ópticas frente a la corrección de vicios de refracción. Por lo tanto, se comenzó a implementar muy rápidamente en diferentes comunas de la región metropolitana.

La evaluación del funcionamiento de las ópticas populares nos hace plantear un modelo de atención para la Óptica popular de San Joaquín, que recoja la necesidad de resolver la necesidad de las ayudas ópticas (lentes) de la población de San Joaquín que no accede a la UAPO y a su vez compatibilizar el funcionamiento de la UAPO de manera paralela sin afectar su funcionamiento.

El modelo se basará en ofrecer la venta de ayudas ópticas (lentes) a un valor de convenio (muy por debajo del valor de mercado) para facilitar el acceso. Lo anterior, contemplando distintos rangos de dioptrías, calidad de materiales de los productos, colores, modelos, entre otros elementos, con fijación de valores para todos los vecinos de San Joaquín que presenten una receta de la red de salud pública o privada menor a un año.

11.1.3. Centro médico/centro de resolutoria/centro diagnóstico y SAR.

El SAPU de Alta Resolutoria, conocido como SAR, es una iniciativa aprobada para la comuna desde el año 2017, proyectando su inicio para noviembre del año 2021 con la finalización de obras por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS).

Esta obra, largamente esperada por la población, realizará prestaciones propias de los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), pero además contará con exámenes imagenológicos como radiografías, así como laboratorio clínico básico, lo que permitirá realizar un diagnóstico más expedito de urgencias básicas, así como derivar con una mejor pertinencia las urgencias graves al nivel secundario, hospitales.

El horario de funcionamiento del SAR será de lunes a viernes entre 17:00 y 8:00 hrs, y fines de semana con horario continuado de 24 hrs.

También, las instalaciones del SAR serán utilizadas para concentrar las prestaciones de los Programas de Resolutoria e Imágenes Diagnósticas. En horario de lunes a viernes entre 8:00 y 17:00 hrs, se realizarán procedimientos de cirugía menor, así como exámenes de radiografías de tórax, ecografías abdominales, ecografías ginecológicas,

entre otros. Además, se proyecta en un futuro cercano contar con especialistas de ginecología, traumatología y/o dermatología, para acercar la atención de especialidad hospitalaria a nuestro territorio.



11.2. Velar por la calidad y seguridad del paciente en los procesos sanitarios.

11.2.1. Relación Asistencial Docente (RAD).

Fortalecer la Relación Asistencial Docente con instituciones de educación superior acreditadas que aporten valor a la red de salud de San Joaquín, con enfoque de calidad y seguridad, con espíritu de colaboración reciproca para alcanzar los objetivos sanitarios.

Este trabajo de relación con distintas instituciones educativas permite aumentar la oferta de prestaciones, así como contribuir a la formación de nuevos técnico y profesionales, con la impronta de la salud familiar de San Joaquín.

11.2.2. Proyecto reposición CESFAM San Joaquín.

El CESFAM San Joaquín objeto de este estudio, fue inaugurado en el mes de julio de 1997, hace 24 años y ha tenido diversas adecuaciones para satisfacer la demanda de una población beneficiaria creciente, además de nuevas prestaciones que se han ido sumando a la canasta de atención primaria de salud. Su situación en términos de deterioro funcional es relevante.

Causas del Problema:

-Incremento de la población adulta mayor en el territorio, quienes están inscritos mayoritariamente en el CESFAM, y demandan más prestaciones que los demás grupos etarios. Es así que para población infantil se estima una tasa de atenciones de 7,39 y para adultos mayores es de 12,78 consultas por habitante al año.

-Aumento de prestaciones definidas por el nivel central, especialmente de garantías GES, que generan mayor necesidad de recursos.

-Déficit de Infraestructura, equipos y equipamiento, que no dan abasto para responder al incremento de demanda de prestaciones y no está adecuada al modelo de salud familiar.

-Déficit de recursos humanos, dado que no existe más capacidad de infraestructura e incentivos adecuados.

Efectos del problema:

Insatisfacción del usuario, que se genera por la falta de oportunidad en las respuestas a sus necesidades, lo que genera una brecha entre las expectativas generadas y el servicio recibido.

Debido a las deficientes condiciones de infraestructura se ve comprometida la posibilidad de otorgar atención de consultas y controles de morbilidad de manera oportuna y eficiente, ya que para ello es necesario contar con espacios adecuados para este recinto de salud.

Otro efecto en el impacto sanitario, se expresa en un aumento de la morbi-mortalidad, pérdida de años de vida saludable y disminución de la expectativa de vida, elementos directamente relacionados con los determinantes sociales de la salud, donde el sistema de salud constituye un determinante central para la población beneficiaria de la APS.

Es por ello que durante el año 2021 se avanzó en la elaboración del proyecto pre inversiones a la espera de contar con un terreno en que se pueda llevar a cabo la relocalización del CESFAM, para presentar al nivel central y conseguir financiamiento para su concreción.

11.2.3. Proyecto reposición CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi.

La Empresa Bbats Consulting & Projects S.L.P., que se adjudicó la licitación para el diseño, ha trabajado en conjunto el Municipio como Unidad Técnica, la Dirección de Salud Comunal y el Servicio de Salud Metropolitano Sur para elaborar un diseño que cumpla con la funcionalidad necesaria cumpliendo la normativa establecida para un Centro de Salud de estas características.

Durante el primer trimestre del 2022 se proyecta la postulación a RS de ejecución, para contar con el financiamiento para concretar este anhelado proyecto.

Primer diseño del nuevo CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi



Superficie Total: 5050 mt2 Superficie construida: 2.778 mt2



11.3. Estimular la participación comunitaria y mejorar la satisfacción usuaria.

11.3.1. Plan de comunicación y difusión.

Objetivos comunicacionales generales del próximo período.

- Acercar la gestión de salud a la comunidad y que responda a las necesidades que surjan.
- Difundir estrategias de salud en un formato amigable con lenguaje sencillo.
- Promover la comunicación participativa con la comunidad de San Joaquín, incluyendo temáticas de interés de esta última.

11.3.2. Mesa tripartita de trabajo colaborativo en salud (CDL, AAGG, SALUD)

Objetivo:

Diseñar colaborativa y participativamente estrategias de salud con pertinencia local.

Se generará un espacio regular y formal de trabajo colaborativo entre Salud, representantes de los funcionarios de la salud y representantes de la comunidad, promoviendo la participación en salud con la intención de mejorar la satisfacción usuaria. Además, se pretenderá compartir recíprocamente información relacionada, por ejemplo, a las prestaciones de salud otorgadas por los distintos dispositivos de la comuna.

11.3.3. Estrategia de Salud mental Comunitaria

La implementación exitosa de un sistema de salud mental comunitario, se da en el marco de una serie de principios que se relacionan, por un lado, con la valorización del rol de la comunidad en la vida de las personas, y por otro, con la importancia de la autodeterminación y los derechos de las personas con enfermedades mentales, tanto como seres humanos y ciudadanos, en un proceso que reconoce y apoya las metas y fortalezas de las personas y las comunidades, para su futura recuperación, así como con un enfoque promocional y preventivo.

Además, tal como se indica por el Ministerio de Salud, desde un enfoque de ejercicio de derechos, las políticas de salud no tan solo deben centrarse en el acceso a la atención de salud mental y al tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida que propiciaron dicha enfermedad, y establecer mecanismos de participación para potenciar y generar las condiciones para el ejercicio de sus derechos.

Para promover la salud mental comunitaria se deben establecer políticas que generen entornos y condiciones de vida que protejan el desarrollo integral de las personas y comunidades, por lo que es indispensable el trabajo intersectorial, donde intervengan

todos los organismos disponibles dentro de la comuna para generar sinergia en este cometido.

Los componentes claves de este proceso son la participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la constitución de la comunidad como sujeto activo de su propia transformación.

El objetivo de ejecutar un plan de salud mental con un alto componente comunitario en un plazo de 3 años (2022-2024) tiene el objetivo de potenciar a la comunidad de la comuna de San Joaquín y sus integrantes para mejorar su calidad de vida y brindar herramientas que preserven su bienestar en el marco de la salud mental, fomentando los vínculos territoriales y el intersector.

Algunas de las herramientas disponibles actualmente y que deben ser potenciadas para generar los cimientos que sostendrán el plan de salud mental comunitario son los equipos de salud mental establecidos en cada uno de los 3 CESFAM de la comuna, así como los equipos de infantil, adultos y adicciones del Centro de Salud Mental (CESAM) San Joaquín, también la formación de 20 agentes comunitarios de salud mental por la Universidad de Chile y distintas Relaciones Asistenciales Docente con Universidades chilenas.

Plan de trabajo 2022-2024

1. Presentar a la comunidad, en asambleas, las problemáticas que han sido levantadas en las mesas territoriales de la comuna.
 - Violencia, Adicciones, Demencia, Cuidadores, Persona Mayor, Situación de calle, Trastornos conductuales en niños, niñas y adolescentes.
2. Sumar a la presentación el trabajo que se encuentran haciendo los agentes comunitarios de salud mental en la comuna, quienes fueron formados por la Universidad de Chile y se encuentran realizando diagnósticos participativos en sus territorios.
3. Comunidad de San Joaquín prioriza las problemáticas según las necesidades que ellos identifican como más importantes para el sector que representan.
4. Se establecen las canastas de prestaciones del proyecto:
 - Grupos de autoayuda con personalidad jurídica (temáticas de adicciones, violencia, ciclos vitales).
 - Círculos de escucha para mujeres u otros grupos que se identifiquen como prioritarios desde la comunidad, con apoyo de profesional psicosocial.
 - Talleres con temáticas en salud mental (prevención, promoción, educación en psicopatologías).
 - Apoyo domiciliario de la misma comunidad para cuidadores o personas con enfermedades de salud mental, con formación y monitoreo desde los centros de salud.
 - Intervenciones de prevención, promoción y concientización de la salud mental en colegios, empresas del territorio, municipio, entre otros, fomentando el trabajo intersectorial.
 - Actividades recreativas desde los centros de salud para la comunidad, con enfoque promocional y en el territorio, fomentando el apoyo de cultura y otros

departamentos, con el objetivo de fortalecer los vínculos entre el sistema de salud y la población de la comuna.

-Formaciones de agrupaciones con personalidad jurídica con temáticas seleccionadas por la misma comunidad, de manera que puedan postular a fondos concursables de los distintos organismos estatales y generar trabajo territorial.

5. Trabajo participativo que incluya a los actores de salud mental de la red de salud, agentes comunitarios, concejo de desarrollo local de salud, academia y dirigentes y/o representantes de grupos organizados de la comunidad.
6. Puesta en marcha

11.3.4. Diseño y ejecución de plan de trabajo integral de agentes comunitarios comunales (Salud, Seguridad Ciudadana, DIDECO).

El agente comunitario, con su actuación a primer nivel y en contacto directo y permanente con la comunidad, cumple un importante papel como nexo en la relación entre la comunidad y las instituciones. Sus tareas incluyen la prestación de servicios de fomento, prevención, y detección y respuesta temprana a diversas necesidades. Es por esto que, surge la intención de generar una sinergia entre los distintos departamentos municipales a través de sus agentes comunitarios para conocer, unificar y consolidar una respuesta integral a las necesidades de nuestra comunidad. Con esto, evitar la sobre intervención de un sector o territorio, así como también, evitar la no visualización de otro.

12. Planes de acción por establecimiento.

12.1. Centro de salud familiar Arturo Baeza Goñi.

| Eje | Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Hitos de cumplimiento |
|---|---|---|--|--|---|
| Mejorar el acceso de la población a las prestaciones de salud | Mantener el Modelo de Acceso y gestión de demanda clínica a través de Teletriage y ampliarlo al CECOSF MH | 1.- Mantención activa de formulario de solicitud y plataforma de teletriage | 65% de la demanda de CESFAM gestionada por Teletriage 30% de la demanda del CECOSF MH gestionada por Teletriage | Nº de Usuarios gestionados Teletriage/Total de la demanda | Formulario de solicitud y plataforma de gestión activas |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| <p>Velar por la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en los procesos sanitarios</p> | <p>Fomentar, potenciar y profundizar la instalación del Modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario, avanzando a la atención integral de los usuarios y sus familias bajo un enfoque de riesgo asociado a multimorbilidad y determinación social de la salud.</p> | <p>1.-Implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)</p> | <p>Se espera que a fines del 2022 el 30% de los controles en población adulta respondan a modelo de ECICEP</p> | <p>Nº de controles médicos integrales realizados / Total de controles médicos realizados</p> | <p>Agenda de control integral - Registro rayen de control - auditoría de ficha control integral</p> |
| <p>Estimular la participación ciudadana y mejorar la satisfacción usuaria</p> | <p>Mejorar los niveles de Satisfacción usuaria y participación ciudadana utilizando las tecnologías como mecanismo activo de participación y reinstalando de forma paulatina las actividades presenciales</p> | <p>1.-Mantener programa radial semanal en Radio comunitaria La Legua. 2.-Mantener Mesas territoriales (CESFAM y CECOSF) 3.-Potenciar Programas Comunitarios Más Adultos Mayores autovalente y Vida Sana 4.-Potenciar Rol de los gestores comunitarios (CECOSF, Intercultural y acompañamiento en salud Mental) 5.- Mantener y potenciar</p> | <p>1.- Al menos 36 programas radiales al año 2.- Al menos 3 mesas en CESFAM y CECOSF 3.- Ampliar al menos en un grupo cada programa 4.- 3 gestores comunitarios con planes de trabajo 5.- Al menos tres grupos funcionales al alero de la Sala RBC</p> | <p>1.- Nº de Programas radiales realizados / Nº programas programados 2.- Nº de Mesas Territoriales realizadas / Nº de mesas programadas 3.- Nº de Grupos Vida Sana y MAS funcionando / Nº de grupos programados 4.- % del plan del gestor ejecutado 5.-Nº de grupos funcionando en Sala</p> | <p>Registros locales de verificadores</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | | <p>Grupos de líderes y grupos de autoayuda bajo lineamientos de RBC</p> <p>6.- Mantener actividades comunitarias de salud mental con enfoque preventivo (talleres de relajación, talleres para familiares de usuarios con diagnóstico de demencia, talleres para cuidadores de dependientes severos).</p> <p>7.- Operativos de PCR en BAC en terrenos</p> | <p>6.- Al menos 12 talleres de SM al año</p> <p>7.- Al menos 8 operativos PCR mensuales</p> | <p>RBC /Nº de grupos programados</p> <p>6.- Nº de talleres SM realizados / Nº talleres SM programados</p> <p>6.- Nº de operativos realizados / Nº de operativos programados</p> | |
|--|--|---|---|---|--|

12.2. Centro de salud familiar Santa Teresa de los Andes.

| Eje | Objetivos | Actividad | Meta | Indicador | Hito | Cumplimiento |
|---------------|--|--|---|--|---|--|
| Accesibilidad | Informar a los nuevos usuarios del CESFAM de las prestaciones que se realizan en el establecimiento, poniendo énfasis en el área preventiva según el ciclo vital de cada integrante de su grupo familiar | Entrega de información a cada familia nueva inscrita, focalizando información en las prestaciones a las que tiene derecho cada integrante del grupo familiar | 70% de las familias nuevas con información recibida de las prestaciones a las que tiene derecho cada integrante de su grupo familiar | Nº de familias nuevas inscritas con información de las prestaciones a las cuales puede acceder los integrantes del grupo familiar/total de familias inscritas en 2022. | Entrega de información permanente a las nuevas familias inscritas den el CESFAM/CECOSF | 70% a Diciembre 2022 |
| | Informar a los usuarios inscritos en el CESFAM las prestaciones, horarios, actividad y en general la cartera de servicios que el CESFAM ofrece. | Difusión permanente en la comunidad, por vías formales y redes sociales, de la cartera de prestaciones del CESFAM. | Mantener informada a la comunidad de las principales prestaciones que se realizan, poniendo énfasis en las modificaciones o acciones nuevas que se realizan | Nº de familias inscritas nuevas con cartilla entrega /Nº de familias inscritas, según per cápita | Mantener difusión permanente en los canales formales municipales, así como en las redes sociales de la comuna | 100% de modificaciones relevantes de las atenciones informadas por vías formales e informales de la comuna |
| | Mejorar el acceso oportuno y priorizado a la cartera de prestaciones del CESFAM | Potenciar estrategia de Teletriage para acceso a horas en el CESFAM | Línea base 2022 | Línea base 2022 | Instalar plataforma de Teletriage como vía de acceso a las prestaciones | Línea Base 2022 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|---|--|--|
| Calidad | Implementar estrategia de atención de multimorbilidad | Establecer vía multimorbilidad al menos un 20% de las atenciones médicas ofertadas | 20% de las atenciones médicas ofrecidas serán tipo multimorbilidad | Nº de atenciones realizadas según multimorbilidad/Nº de atenciones médicas totales ofrecidas | Instalación del modelo de multimorbilidad en los equipos de salud | 20% de las atenciones médicas bajo el concepto de multimorbilidad para el 2022 |
| | Reforzar cultura de calidad y seguridad del paciente | Retomar actividades de programa de calidad, otorgando los tiempos y espacios necesarios para el éxito de éstos | 80% del programa de calidad 2022 ejecutado | Nº actividades ejecutadas de programa de calidad/Nº de actividades programadas de programa de calidad | Instalación de programa de calidad en inicio de segunda etapa de acreditación | 80% de cumplimiento de las actividades planificadas realizadas |
| Participación y Satisfacción Usuaría | Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de comunicación y difusión social | Realizar eventos en la comunidad referentes a estilos de vida saludables | Creación de una Ferias/eventos / actividades realizadas en la comunidad | 100% de eventos de eventos de estilos de vida saludables | Nº de eventos masivos en la comunidad/Nº de eventos masivos en la comunidad de estilos de vida saludable planificados *100 | Encargado/a Promoción Encargados de Programas por ciclo vital Dirección |
| | Medir Satisfacción Usuaría en el ámbito trato usuario, acceso a la información y funcionamiento del CESFAM | Aplicar encuesta de satisfacción usuaria en el CESFAM y los CECOSF | CESFAM y CECOSFs realizan encuesta de satisfacción usuaria | Encuestas aplicadas en CESFAM y CECOSFs/Nº de encuestas planificadas | Encuestas aplicadas y difundidas en el equipo. | 100% encuestas aplicadas y difundidas |

12.3. Centro de salud familiar San Joaquín.

| Eje | Objetivos | Actividad | Meta | Indicador | Hito | Cumplimiento |
|---------------|--|--|--|--|--|--|
| ACCESIBILIDAD | Mejorar el acceso a información en temáticas relacionadas con interconsultas (estado, tiempos de espera, priorización) | Reuniones con la comunidad (CDL, mesas territoriales y otras instancias) donde se aborde la temática de interconsultas. Difusión de canales de comunicación para que los usuarios accedan a información relacionada a sus interconsultas | 1 reunión semestral con la comunidad (CDL, Mesas territoriales) abordando temáticas relacionadas con interconsultas. | Nº reuniones realizadas con la comunidad en el semestre donde se aborde temática de IC /Nº de reuniones planificadas en el semestre donde se aborde temática de IC X 100 | Reuniones semestrales con la comunidad | 100% de reuniones realizadas con la comunidad en el semestre |

| | | | | | | |
|---------|---|---|--|--|--|--|
| | Implementar estrategia de atención de multimorbilidad en usuarios con alto riesgo cardiovascular en los 3 Cecosf | Establecer cupos de multimorbilidad en agenda médica. | 6% de población cardiovascular de alto riesgo acceden a estrategia de multimorbilidad | Nº de usuarios con riesgo alto CVC atendidos con estrategias de multimorbilidad/ Total de pacientes con riesgo alto CVC x 100 | Cupos de agenda médica, formularios de atención | 6% |
| CALIDAD | Fortalecer el comité de calidad como equipo que liderará los procesos de mejoramiento de las calidad asistencial en Cesfam y Cecosf | Reuniones de trabajo mensuales con participación activa de todos los miembros del Comité de calidad | Mínimo 1 reunión mensual con miembros del Comité de Calidad | Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones programadas anualmente x 100 | Reuniones mensuales con todos los integrantes del comité | Asistencia de 80% de integrantes del Comité al total de reuniones programadas al año |
| | Instaurar cultura de calidad y seguridad de la atención, implementando el mejoramiento | Elaborar planes de mejora por cada evento adverso identificado y registrado. | 100% de planes de mejora elaborados y difundidos por cada evento adverso identificado y registrado | Nº de planes de mejora elaborados y difundidos/Nº de eventos adversos identificados y registrados x 100 | Planes de mejora difundidos en los equipos | 90% de eventos adversos cuentan con plan de mejora difundido. |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| continuo como herramienta de gestión | | | | | |
| Evaluar áreas clínicas y de apoyos de CESFAM y CECOSF | Supervisión de unidades con miembros del comité a áreas clínicas y de apoyo según cronogramas | 100% de la unidades clínicas de Cesfam y Cecosf cuentan con supervisiones mensuales de sus procesos. | N° de unidades supervisadas/ total de unidades de procedimientos clínicos de Cesfam y Cecosf *x 100 | Supervisión de unidades que realizan procedimientos clínicos | 80 % de unidades que realizan procedimientos cínicos cuentan con evaluaciones mensuales |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN USUARIA | Identificar necesidades, factores de riesgo y factores protectores de los usuarios y comunidad del territorio de Cesfam San Joaquín y sus Cecosf | 1.- Elaborar y difundir diagnóstico participativo en Cesfam y Cecosf con equipo de salud y comunidad. 2.- Elaborar planes de mejoras en base a las brechas identificadas en el diagnóstico participativo. 3. Planificar y ejecutar proyectos participativos con comunidad e intersector | 1.- Cesfam y Cecosf elaboran y difunden diagnóstico participativo en el primer semestre 2022. 2.- Cesfam y Cecosf elaboran planes de mejoras con la comunidad, intersector y equipo de salud en el primer semestre 2022. 3.- Cesfam y Cecosf diseñan y ejecutan proyectos participativos con su comunidad a cargo. | 1.- Diagnóstico participativos realizados/ diagnósticos participativos planificados x 100 2.- Planes de mejora elaborados y difundidos/Planes de mejora de brechas identificadas en diagnósticos participativos realizados x 100 3.- Proyectos participativos ejecutados/Proyectos participativos planificados x 100 | 1.- Cesfam y 3 Cecosf elaboran diagnóstico de salud participativo. 2.- Planes de mejora elaborados y difundidos 3.- Proyectos participativos ejecutados | 1.- 100% cumplimiento a agosto 2022 2.- 80% cumplimiento a diciembre 2022 3.- 80% cumplimiento a diciembre 2022 |
| | Mejorar satisfacción usuaria en el ámbito de trato usuario, acceso a información y | 1.- Aplicar encuesta de satisfacción usuaria en Cesfam/Cecosf | 1.- Cesfam y Cecosf realizan encuesta semestral de satisfacción usuaria | Encuestas aplicadas en Cesfam/Cecosf en el semestre/ N° de encuestas planificadas en el semestre x 100 | Encuestas aplicadas y difundidas en equipo y comunidad | 1.- 100% de encuestas de satisfacción usuaria aplicadas y difundidas |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|--|
| | comunicación permanente con equipo de salud del Cesfam/Cecosf | 1.- Difusión de ley 21.168 a usuarios y equipo de salud. 2.- Capacitación a equipo de salud en temáticas de trato usuarios(acogida, resolución de conflictos, ley 20584 y 21.168) | 1.- Difusión de ley 21168 a equipo de salud y usuarios. 2.- Capacitación en temáticas de acogida y buen trato entre usuarios y funcionarios | Nº funcionarios de primera línea capacitados en temáticas de trato usuarios (Ley 21,168, 20584 , acogida y buen trato)/Total de funcionarios de primera línea Cesfam/cecosf | Asistencias de funcionarios de primera línea a capacitaciones de trato usuario | 70% de funcionarios de primera línea participan en capacitaciones de trato usuario |
| | | 1.- Difusión de canales de comunicación existentes entre usuarios y equipos de salud (formulario de solicitudes ciudadanas, correo de encargados de unidades, teléfonos de unidades, reuniones de CDL, mesas territoriales u otras instancias) | Publicación mensual de canales de comunicación en redes sociales, diarios murales y reuniones comunitarias. | Nº de publicaciones en redes sociales, diarios murales y reuniones comunitarias realizadas al mes/ Nº de publicaciones planificadas en el mes x 100 | Publicaciones en redes sociales. Fotografías, diarios murales. Acta de reuniones comunitarias | 80% de cumplimiento |

12.4. Centro de Salud Mental San Joaquín.

| EJE | OBJETIVO | ACTIVIDADES | META | INDICADORES | HITOS CUMPLIMIENTO | | |
|-------------------------------|--|--|---|--|---|--|------------|
| ACCESIBILIDAD | Definir criterios de derivación a CESAM | Construir perfil de derivación a CESAM | Definir y documentar perfil de derivación | Documento oficializado en la red de salud comunal | Consejos técnicos de SM comunal | | |
| | | | | | Reuniones locales con Cefam | | |
| | | | | | Reuniones semanales con coordinadores equipos clínicos | | |
| | | | | | Reunión con psiquiatras | | |
| | | | | | | | Documentar |
| | | Difusión en red de salud comunal | Conocimiento por parte de la red de salud comunal sobre criterios de derivación | Médicos interconsultores conocen criterios de derivación a CESAM | Reunión con medico interconsultor comunal | | |
| | | | | | Revisión de flujograma de referencia y contra referencia de la red | | |
| | | | | | Reunión comunal con médicos interconsultores | | |
| Socialización documento final | | | | | | | |
| CALIDAD | Brindar atención oportuna y de calidad a población infante juvenil y adulta con problemas de salud mental, de moderada a severa complejidad y que cumpla criterios de derivación | Evaluación y tratamiento integral por parte de equipo multidisciplinario | Población bajo control tiene su Plan de Cuidado Individual (PCI) actualizado | 10 usuarios de cada equipo clínico tienen su PCI co-construido y evaluado con la persona usuaria | Reunión equipos para definir población objetivo para PCI | | |
| | | | | | Cada equipo define 10 usuarios y su gestor terapéutico | | |
| | | | | | Se co-construye PCI con usuario | | |
| | | | | | Revisión mensual en equipo a cargo de gestor | | |
| | | | | | Revisión cada 3 meses en actualización PCI a cargo de Dirección Cesam | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SATISFACCIÓN USUARIO | 1. Fortalecer trabajo comunitario en conjunto con la red de salud e intersector de la comuna | Realización de diferentes estrategias terapéuticas en comunidad con usuarios y población general | Cada equipo clínico realiza al menos 2 talleres al año para usuarios, familiares y comunidad general | Planificación de la actividad y registro de asistencia | Definición de talleres de acuerdo a perfil poblacional |
| | | | | | Diseño de taller con objetivos, sesiones y actividades |
| | | | | | Convocatoria |
| | | | | | realización de taller |
| | | | | | Evaluación estrategia diseñada |
| | 2. Detectar y evaluar necesidades de la comunidad usuaria de CESAM | Invitar a comunidad usuaria a transmitir comentarios, sugerencias y solicitudes sobre su experiencia en CESAM | Que población manifieste sus necesidades y opiniones sobre atención recibida | Creación de stand informativo y educativo | Definición de fechas actividad |
| | | | | | Preparación material educativo |
| | | | | | Planificar actividad con participación comunitaria |
| | | | | | Revisión y evaluación de sugerencias/comentarios/solicitudes |
| | | | | | |

13. Cartera de prestaciones.

Las acciones de salud están contextualizadas en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, como parte de las redes integradas de Servicios de Salud basadas en atención primaria.

Son un conjunto de prestaciones contenidas en los programas de salud para las diversas etapas o necesidades de las personas en su ciclo de vida.

La tabla y figuras siguientes muestran el tipo de atenciones que entrega la red de Salud de la Comuna en sus distintos centros de atención Primaria según el decreto per cápita vigente del año 2019.

Cartera de prestaciones por centro de Salud de la Red de salud comunal de San Joaquín.

| TIPO DE CENTRO | ESTABLECIMIENTO | TIPO DE PRESTACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------|-----------|---------------|---------|------------|-----------|-------------------|-----------------------|---------------------|--------------|------------------------|-------------|----------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | Medico | Enfermera | Nutricionista | Matrona | Odontólogo | Psicólogo | Trabajador Social | Terapeuta Ocupacional | Terapeuta en Drogas | Sala IRA-ERA | Sala de Rehabilitación | Vacunatorio | Bodega de Alimentos (PNAC-PACAM) | Entrega de Fármacos | Atención de Urgencia | Sala de Estimulación Temprana |
| CESFAM | Dr. Arturo Baeza Goñi | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | - | • |
| CESFAM | San Joaquín | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| CESFAM | Santa Teresa de los Andes | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| CECOSF | Coñimo | • | • | • | • | • | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |
| CECOSF | Yalta | • | • | • | • | - | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |
| CECOSF | Sierra Bella | • | • | • | • | - | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |
| CECOSF | Reverendo Javier Pero | • | • | • | • | • | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |
| CECOSF | Juan Aravena | • | • | • | • | • | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |
| CECOSF | Martin Henríquez | • | • | • | • | • | • | • | - | - | - | - | - | • | • | - | - |

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) buscan plasmar la esencia del Plan de Salud Familiar, integrando el trabajo con la comunidad, en la perspectiva de corresponsabilidad en el cuidado de la salud, previniendo el daño en los individuos y sus familias, y promoviendo estilos de vida saludables a través del autocuidado.

Esta estrategia busca complementar la cartera de prestaciones ofrecidas por los Centro de Salud Base, acercando la oferta de acciones sanitaria enfocadas en la prevención y promoción de Salud a la comunidad. (Fuente MINSAL)

Las prestaciones que no están disponibles en los CECOSF responden a déficit de infraestructura, es decir, falta de box o sala de atención. En este caso las atenciones se entregan en el CESFAM al que pertenece el CECOSF y los usuarios reciben la misma cartera de prestaciones que los que se atienden en el CESFAM de base. Durante el año 2021 se instalará un sillón dental en el CECOSF Reverendo Perú y en la junta vecinal aledaña al CECOSF Yalta.

Detalle de cartera de prestaciones asociadas a decreto per cápita.

Programa salud del Niño:

1. Control de Salud Niño sano.
2. Evaluación Desarrollo Psicomotor.
3. Control de malnutrición.
4. Control lactancia materna.
5. Educación a grupos de riesgo.
6. Consulta Nutricional.
7. Consulta Morbilidad.
8. Control de Enfermedades Crónicas.
9. Consultas por déficit de DSM.
10. Consulta Kinésica.
11. Consulta y consejería Salud mental.
12. Vacunación.
13. Programa Alimentación Complementaria.
14. Atención a domicilio.
15. Actividades comunitarias de Salud mental con profesores de Establecimientos educacionales.

Programa salud del Adolescente:

16. Control de salud.
17. Consulta morbilidad.
18. Control crónico.
19. Control prenatal.
20. Control de puerperio.
21. Control de regulación de fecundidad.
22. Consejería en salud sexual y reproductiva.
23. Control ginecológico preventivo.
24. Educación grupal.
25. Consulta morbilidad obstétrica.
26. Consulta morbilidad ginecológica.
27. Intervención Psicosocial.
28. Consulta y/o consejería en salud mental.
29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
30. Atención a domicilio.
31. actividades comunitarias de Salud mental con profesores de Establecimientos educacionales.

Programa de Salud Sexual y reproductiva:

32. Control prenatal.
33. Control de puerperio.
34. Control de regulación de fecundidad.
35. Consejería en salud sexual y reproductiva.
36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres 45 a 64 años.
37. Educación grupal.
38. Consulta morbilidad obstétrica.
39. Consulta morbilidad ginecológica.
40. Consulta nutricional.
41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
42. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
43. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.

Programa del Adulto:

44. Consulta de morbilidad.
45. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
46. Consulta nutricional.
47. Control de salud.
48. Intervención psicosocial.
49. Consulta y/o consejería de salud mental.
50. Educación grupal.
51. Atención a domicilio.

- 52. Atención podología a pacientes con pie diabético.
- 53. Curación de Pie diabético.
- 54. Intervención Grupal de Actividad Física.
- 55. Consulta Kinésica.

Programa del Adulto Mayor:

- 56. Consulta de morbilidad.
- 57. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- 58. Consulta nutricional.
- 59. Control de salud.
- 60. Intervención psicosocial.
- 61. Consulta de salud mental.
- 62. Educación grupal.
- 63. Consulta kinésica.
- 64. Vacunación antinfluenza.
- 65. Atención a domicilio.
- 66. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.
- 67. Atención podología a pacientes con Diabetes Mellitus.
- 68. Curación de Pie Diabético.

Programa de Salud Oral:

- 69. Examen de salud.
- 70. Educación grupal.
- 71. Atención de Urgencias.
- 72. Exodoncias.
- 73. Destartraje y pulido coronario.
- 74. Obturaciones temporales y definitivas.
- 75. Aplicación sellantes.
- 76. Pulpotomías.
- 77. Barniz de Flúor.
- 78. Endodoncia.
- 79. Rayos X dental

Actividades con garantías explícitas en Salud a programas.

- 80. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- 81. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- 82. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- 83. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.

84. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
86. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
87. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
88. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
89. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos, espirometría y; atención kinésica en programa del adulto y adulto mayor.
90. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
91. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
92. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria.
93. Acceso a tratamiento de Hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
94. Tratamiento erradicación de Helicobacter pylori.

Actividades generales asociadas a todos los programas:

95. Educación grupal ambiental.
96. Consejería familiar.
97. Visita domiciliaria integral.
98. Consulta social.
99. Tratamiento y curaciones.
100. Extensión Horaria.
101. Intervención Familiar Psicosocial.
102. Diagnóstico y control de la TBC.
103. Exámenes de Laboratorio Básico.

LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

| | | | |
|--|----------------------------|---|--|
| Hematología | Hematocrito | | |
| | Hemograma | | |
| | Recuento de leucocitos | | |
| | Recuento de plaquetas | | |
| | Tiempo de protrombina | | |
| | Velocidad de Sedimentación | | |
| Bioquímica | Sangre | Acido úrico | |
| | | Bilirrubina Total y conjugada | |
| | | Perfil Lipídico (Colesterol total, HDL, LDL, VLDL, y triglicéridos) | |
| | | Electrolitos plasmáticos (Sodio, Potasio y Cloro) c/u | |
| | | Creatinina (1 vez al año) | |
| | | Depuración de creatinina | |
| | | Fosfatasa alcalinas | |
| | | Glucosa | |
| | | Glucosa Post carga | |
| | | Hemoglobina Glicosilada | |
| | | Proteínas totales | |
| | | Transaminasa oxaloacética/piruvica | |
| | | TSH-T4 libre -T4 | |
| | | Urea | |
| | | Determinación de niveles plasmáticos drogas y/o medicamentos | |
| | Orina | creatininuria | |
| | | Detección de embarazo (test pack) | |
| | | Orina completa, sedimento urinario y albumina | |
| | | Microalbuminuria cuantitativa | |
| | Deposiciones | Leucocitos fecales | |
| | | Sangre en deposiciones | |
| | Microbiología | Bacteriología | Antibiograma corriente |
| | | | Baciloscopia Zielh Nielsen (toma de muestra) |
| Examen directo al fresco | | | |
| Gonococos, muestra, siembra y derivación | | | |
| RPR o derivar para VDRL | | | |
| Uro cultivo. recuento y antibiograma | | | |
| Parasitología | | Coproparasitologico seriado | |
| | | Examen directo al fresco c/s tinción | |
| | | Examen de graham | |
| | | Examen gusano macroscópico | |
| | | Trichomonas vaginales (examen Directo) | |
| Inmunoquímica | Factor reumatoideo | | |

14. Dotación 2022.

| CATEGORÍA | Nº HORAS SEMANALES 2022 | Nº cargos 44 hrs sem 2022 | PROFESIÓN |
|--------------|-------------------------|---------------------------|--|
| A | 1,670 | 38.0 | MÉDICOS |
| | 616 | 14.0 | ODONTÓLOGOS |
| | 132 | 3.0 | QUÍMICOS FARMACÉUTICOS/BIOQUÍMICOS |
| B | 990 | 22.5 | ENFERMERAS/OS UNIVERSITARIAS/OS |
| | 620 | 14.1 | MATRONA/ON |
| | 330 | 7.5 | NUTRICIONISTA |
| | 550 | 12.5 | TRABAJADORA/A SOCIAL |
| | 670 | 15.2 | PSICÓLOGA/O |
| | 520 | 11.8 | KINESIÓLOGO/A |
| | 451 | 10.3 | TERAPEUTA OCUPACIONAL |
| | 638 | 14.5 | otros PROFESIONALES categoría B |
| C | 4,598 | 104.5 | TENS Y TANS |
| D | 880 | 20.0 | TÉCNICO PARAMÉDICO |
| | 0 | 0.0 | AUXILIAR ENFERMERÍA |
| E | 1,551 | 35.3 | ADMINISTRATIVOS |
| F | 1,188 | 27.0 | AUXILIAR ASEO |
| | 156 | 3.5 | GUARDIA |
| | 331 | 7.5 | CONDUCTOR |
| TOTAL | 15,891 | 361.2 | TOTAL AÑO horas/ nº cargos 44 horas semanales |

La dotación propuesta permite cubrir las acciones obligatorias establecidas en el decreto de asignación per cápita. No existe un parámetro oficial del MINSAL con el cual comparar la dotación por habitante.

15. Presupuesto.

| INGRESOS SALUD 2022 | | | |
|---|---------------------------|------|--|
| Nombre Cuenta | Presupuesto ingresos 2022 | % | Observaciones |
| TRANSFERENCIAS CORRIENTES | \$ 15,229,024 | 100% | |
| DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS | \$ 13,577,153 | 89% | |
| ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 | \$ 8,361,253 | 55% | Aporte per cápita inflactado al 2.5%, más aumento de 1199 inscritos en el Corte per cápita de Agosto de 2020. |
| APORTES AFECTADOS | \$ 4,381,348 | 29% | Ingresos por leyes y programas de reforzamiento del APS inflactados al 2.5%, Resolutividad, FOFAR, Odontológicos, SAPU, CECOSF, etc. |
| DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS | \$ 613,527 | 4% | Aportes a otros programas de la Corporación vinculados a SENAMA, Senda, SENAME, OPD, PDC, Lazos. |
| ANTICIPO DE APORTE ESTATAL | \$ 221,025 | 1% | Fondos de incentivos al retiro. |
| DE LA MUNICIPALIDAD A SERV. INCORPORADOS | \$ 1,155,972 | 7.6% | |
| APORTE MUNICIPAL | \$ 605,302 | 4% | |
| FARMACIA POPULAR | \$ 541,310 | 4% | Considera sucursal SUR |
| VENTA DE SERVICIOS | \$ 9,360 | 0.1% | Recaudación Servicio de Urgencia SAPU |
| OTROS INGRESOS CORRIENTES | \$ 495,899 | 3.3% | |
| RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS | \$ 332,800 | 2% | |
| OTROS | \$ 163,099 | 1.1% | Facturación Campos Clínicos Universidades en Convenio |
| SALDO INICIAL DE CAJA | \$ - | | |

| GASTOS SALUD 2022 | | | |
|---|--------------------------------|----------|---|
| Nombre Cuenta | Presupuesto Gastos 2021 | % | OBSERVACIONES |
| GASTOS EN PERSONAL | \$ 11,103,594 | 73% | |
| PERSONAL DE PLANTA | \$ 5,047,598 | 33% | Variación de este porcentaje con reajuste y posibles aumentos de niveles |
| PERSONAL A CONTRATA | \$ 3,747,716 | 25% | |
| OTRAS REMUNERACIONES | \$ 2,308,280 | 15% | |
| BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO | \$ 2,881,458 | 19% | |
| MATERIALES DE USO O CONSUMO | \$ 1,585,659 | 10.4% | |
| Productos Farmacéuticos | \$ 1,060,000 | 7.0% | Incluye compra fármacos centros de salud comunal y farmacia popular |
| Materiales y Útiles Quirúrgicos | \$ 416,000 | 2.7% | Aumento de consumo de elementos de protección personal |
| Materiales y Útiles de Aseo | \$ 57,400 | 0.4% | |
| Materiales de Oficina | \$ 36,400 | 0.2% | |
| Menaje para Oficina, Casino y Otros | \$ 5,200 | 0.0% | |
| Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales | \$ 10,659 | 0.1% | |
| SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES | \$ 572,000 | 4% | |
| Otros | \$ 520,000 | 3% | Gasto en exámenes de Laboratorio, Compra de Servicios externos, ópticas y exámenes del programa de resolutiveidad. |
| Cursos de Capacitación | \$ 52,000 | 0.3% | |
| SERVICIOS GENERALES | \$ 243,200 | 1.6% | Retiro de material corto punzante y manejo de residuos peligrosos, Guardias y Sistemas de Cámaras. Servicios externos de vehículos. |
| MANTENIMIENTO Y REPARACIONES | \$ 156,000 | 1.0% | |

| | | | | |
|---|----|---------|-------|--|
| SERVICIOS BÁSICOS | \$ | 159,439 | 1.0% | |
| Electricidad | \$ | 67,600 | 0.4% | |
| Acceso a Internet | \$ | 41,600 | 0.3% | |
| Telefonía Fija | \$ | 12,719 | 0.1% | |
| Agua | \$ | 13,520 | 0.1% | |
| Telefonía Celular | \$ | 24,000 | 0.2% | |
| COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES | \$ | 34,400 | 0.23% | |
| ARRIENDOS | \$ | 36,800 | 0.24% | Arriendo de maquinarias para exámenes ITMS, son electrocardiogramas y Holter. Arriendo fotocopiadoras Cesfam y Cecosf |
| PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN | \$ | 18,800 | 0.12% | Servicio de impresión externo en los centros de salud (carnet de control, papelería varias), Impresión de material educativo en salud de programas PRAPS, difusión de actividades del Plan de promoción de la salud. |
| TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO | \$ | 29,400 | 0.19% | Uniformes personal de salud |
| SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS | \$ | 18,720 | 0.12% | Seguros y permisos de circulación de vehículos flota comunal |
| ALIMENTOS Y BEBIDAS | \$ | 6,240 | 0.04% | Alimentos vinculados a los programas de promoción y participación de la salud |
| OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO | \$ | 20,800 | 0.14% | Multas, intereses y recargos. |
| PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL | \$ | 221,025 | 1% | |
| PRESTACIONES PREVISIONALES | \$ | 221,025 | 1% | Incentivos al retiro |
| TRANSFERENCIAS CORRIENTES | \$ | - | 0,0% | |
| AL SECTOR PRIVADO | \$ | - | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------|------|----------------------------|
| ÍNTEGROS AL FISCO | \$ | 16,567 | 0.1% | |
| IMPUESTOS | \$ | 16,567 | 0.1% | |
| OTROS GASTOS CORRIENTES | \$ | - | | |
| DEVOLUCIONES | \$ | - | | |
| ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS | \$ | 180,681 | 1% | |
| MAQUINAS Y EQUIPOS | \$ | 62,801 | 0.4% | |
| PROGRAMAS INFORMÁTICOS | \$ | 90,480 | 0.6% | Licenciamiento de software |
| EQUIPOS INFORMÁTICOS | \$ | 13,800 | 0.1% | |
| MOBILIARIO Y OTROS | \$ | 13,600 | 0.1% | |
| VEHÍCULOS | \$ | - | | |
| SERVICIO DE LA DEUDA | \$ | 825,700 | 5.4% | |
| DEUDA FLOTANTE | \$ | 825,700 | 5.4% | |
| SALDO FINAL DE CAJA | \$ | - | | |
| | \$ | - | | |
| GASTOS SALUD | \$ | 15,229,025 | | |

16. Plan anual de capacitación.

El Plan de Capacitación Comunal 2022 es un trabajo conjunto entre los subdirectores técnicos y administrativos de los 3 CESFAM que conforman nuestra red de APS, el cual se realiza en una jornada donde se discuten los temas más relevantes para capacitar a los funcionarios de atención primaria, desde choferes de ambulancia hasta médicos, utilizando como insumo una encuesta de necesidades que responde cada funcionario de nuestros centros.

| PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD Metropolitano Sur COMUNA San Joaquín | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------|--------------------|--------------|----------------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN | OBJETIVOS EDUCATIVOS | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORÍA | | | | | | | NUMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS | FINANCIAMIENTO | | | | ORGANISMO EJECUTOR | COORDINADOR | FECHA DE EJECUCIÓN | |
| | | | A (Médicos, Odont, QF, etc.) | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL | | ÍTEM CAPACITACIÓN | FONDOS MUNICIPALES | OTROS FONDOS | TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO | | | | |
| EJE ESTRATÉGICO 1: Enfermedades Transmisibles. | Actualización TBC | Detección oportuna de la TBC | 6 | 9 | 9 | | | | | 24 | 20 | | | X | 2400000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| EJE ESTRATÉGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad | Multimorbilidad | Atención con enfoque integral basada en perfil de riesgo | 15 | 25 | 15 | | | | | 55 | 20 | | | X | 5500000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---------|------|---------------|-------------|
| EJE ESTRATÉGICO 3: Hábitos de vida. | Manejo integral de la Obesidad en niños | Prevención de factores de riesgo de obesidad infantil con enfoque en trabajo intersectorial | 14 | 28 | 18 | | | | | | | | | X | 6000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Detección e intervención de consumo de alcohol y otras drogas en población adolescente: aplicación de instrumentos | Integrar la aplicación de instrumentos de detección, como ASSIST, de consumo problemático en adolescentes durante el control de salud | 8 | 30 | 22 | | | | | | | | | X | 6000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Actualización en Manejo Avanzado de Heridas | Actualizar conocimientos básicos y avanzados en el manejo integral en heridas y úlceras | 6 | 8 | | | | | | | | | | x | 1400000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| EJE ESTRATÉGICO 4: Curso de vida. | Promoción y prevención temprana del desarrollo | Promoción del DSM, detección temprana de problemas de | 9 | 28 | 0 | | | | | | | | | X | 3700000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|----|--|--|--|----|----|--|--|---|---------|------|---------------|--|--|--|--|
| en el primer año de vida | crecimiento y desarrollo en niños y niñas, aplicación de herramientas de detección | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control integral adolescente con enfoque de género, preventivo y promocional | Mejorar el conocimiento, la comprensión y las competencias de los funcionarios que trabajan para y con adolescentes, para desarrollar e implementar programas, intervenciones y servicios de salud que respondan a las necesidades y etapas de desarrollo de los y las adolescentes con un enfoque de género, | 8 | 30 | 22 | | | | 60 | 20 | | | x | 6000000 | OTEC | Camilo Tabilo | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|----|----|----|--|----|----|----|----|--|--|
| | preventivo y promocional | | | | | | | | | | |
| Curso de Demencia | Evaluación integral y diagnóstico diferencial | 29 | 16 | 2 | | | | 47 | 20 | | |
| Salud Familiar Básico | Aplicar los principios y valores de la salud familiar reconociendo los determinantes sociales que intervienen en los procesos salud enfermedad. | | | 25 | | 30 | 15 | 70 | 20 | | |
| Salud Familiar Intermedio | Instrumentos, pauta MAIS, consejerías, participación | 15 | 15 | | | | | 30 | 20 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------|------|---------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| x | 4700000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE | | | | | | | |
| x | 7000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE | | | | | | | |
| x | 3000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----|----|----|--|----|----|----|----|--|--|---|---------|------|---------------|-------------|
| | | comunitaria | | | | | | | | | | | | | | | |
| EJE ESTRATÉGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas. | Salud en Población Migrante con Enfoque de Derechos | Transversalización del enfoque migrante en los programas de salud, derechos sociales y legales | | 10 | 20 | | 10 | 10 | 50 | 20 | | | x | 5000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| EJE ESTRATÉGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud. | Actualización GES | Fortalecer el funcionamiento del sistema de garantías explícitas en salud en la red | 25 | 10 | | | | | 35 | 20 | | | x | 3500000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Manejo de Excel Básico | Desarrollar habilidades y destrezas en excel para mejor gestión en salud | 8 | 12 | 15 | | 15 | | 50 | 30 | | | x | 5000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Manejo de Excel Intermedio | Desarrollar habilidades y destrezas en excel para mejor gestión en salud | 8 | 12 | 15 | | | | 35 | 20 | | | x | 3500000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|----|----|---|----|----|-----|----|--|--|---|----------|------|---------------|-------------|
| EJE ESTRATÉGICO 8: Calidad de la atención. | RCP Básico | Identificar situaciones de emergencia y manejo de la técnica de RCP básica | 20 | 40 | 20 | 3 | 20 | 10 | 113 | 20 | | | x | 11300000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| | RCP Avanzado | Desarrollar las habilidades para identificar de manera oportuna un paro cardiorrespiratorio, shock y alteraciones respiratorias graves, y dar tratamiento eficaz y oportuno mediante el uso de algoritmos de acción | 18 | 16 | | | | | 34 | 20 | | | x | 3400000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Manejo de Conflictos y Situaciones Difíciles en APS | Aplicar técnicas de comunicación y de manejo de conflictos con pacientes de autocuidado en la atención | 10 | 20 | 20 | | 10 | 10 | 70 | 20 | | | x | 7000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----|----|----|---|--|--|----|----|----|----|--|---|---------|-----------------|-----------------|---------------|-------------|
| | primaria de salud. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo de Calderas y Autoclave | Desarrollar competencias técnicas en los funcionarios, para el uso correcto y seguro de calderas y autoclaves . | | | 20 | 9 | | | 20 | 49 | 8 | | | x | 4900000 | Auto gestionado | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE | |
| Limpieza, desinfección y REAS | Proporcionar al personal de salud los conocimientos necesarios sobre el manejo de residuos de APS, así como de técnicas de limpieza y desinfección | | 10 | 15 | 9 | | | | | 34 | 20 | | | x | 3400000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| Esterilización (auto gestionado) | Actualizar el conocimiento, enfatizando la aplicación de las | 30 | 50 | 9 | | | | | | 89 | 20 | | | X | 8900000 | Auto gestionado | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----|----|----|--|----|----|----|----|--|--|---|---------|------|---------------|-------------|
| | | buenas prácticas en el reproceso de material reutilizable en las Centrales de Esterilización | | | | | | | | | | | | | | | |
| EJE ESTRATÉGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias. | Telemedicina: uso de TICs, técnica comunicación efectiva | Adquirir competencias necesarias para atención de teleconsulta o consulta a distancia | | 12 | 15 | | 15 | 10 | 52 | 20 | | | x | 5200000 | OTEC | Camilo Tabilo | 1° SEMESTRE |
| | Gestión de emergencias y desastres: Rol de APS | Rol de APS en la gestión de emergencias, desastres y epidemias para el sector salud | 10 | 20 | 20 | | 10 | 10 | 70 | 20 | | | x | 7000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| | Estrategias de Autocuidado en Salud Mental para los Equipos de Salud | Integrar herramientas de autocuidado propio y para los equipos de salud | | | 10 | | 10 | 10 | 30 | 20 | | | x | 3000000 | OTEC | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--|--|--|----|---|--|----|------|----|--|--|---|-------------|-----------------|---------------|-------------|
| | Manejo de extintores | Manipular correctamente extintores, según la clase de fuego y conforme a los criterios establecidos en el curso. | | | 20 | 9 | | 20 | 49 | 20 | | | x | 4900000 | Auto gestionado | Camilo Tabilo | 2° SEMESTRE |
| Totales | | | | | | | | | 1217 | | | | | 121,700,000 | | | |