Ilustre Municipalidad de San Joaquín
Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín
Dirección de Salud

PLAN DE SALUD
2008

Comuna de San Joaquín

COMUNA DE SAN JOAQUIN
PLAN DE SALUD COMUNAL
2008

❖ *PRESENTACIÓN*

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 58 de la ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipalizada (13 abril 1995) y en el D.S Nº 2.296 (10 octubre de 1995) corresponde a las entidades administradoras de salud municipal la elaboración anual de un programa de salud municipal. Este plan debe contener los siguientes aspectos:

a.- Lineamientos de una Política Comunal de Salud, que recoja los problemas locales de salud en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por el Servicio de Salud respectivo.

b.- Diagnóstico Comunal participativo de salud, actualizado.

c.- Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.

d.- Escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.

e.- Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales en base a criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.

f.- Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa; y acciones curativas.

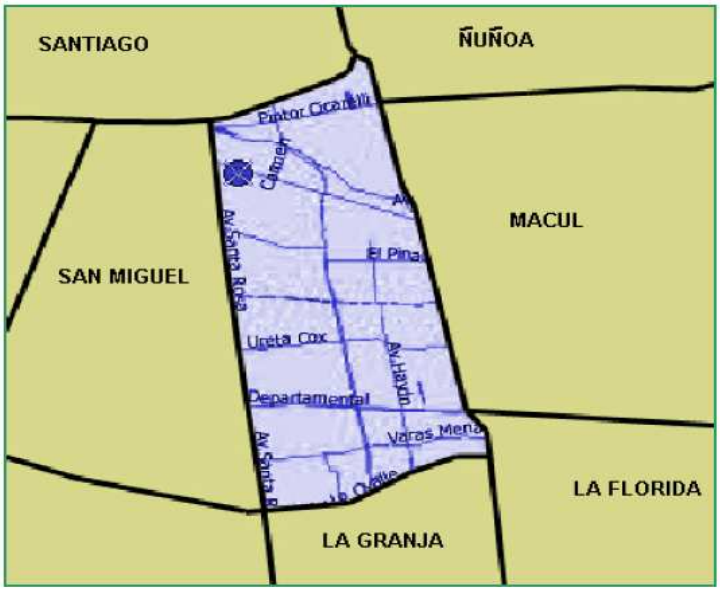
g.- Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

CAPITULO I

COMUNA DE SAN JOAQUIN
Diagnóstico Comunal en base al PLADECO 2006-2010

El territorio comunal

La Comuna de San Joaquín se creó a partir de la división administrativa de la Comuna de San Miguel, iniciando sus actividades oficiales el año 1987. Hereda como comuna, una importante historia industrial, con emplazamiento de sectores habitacionales ligados originalmente a industrias tradicionales -por ejemplo, la población Sumar-y asentamientos humanos cuyo origen son radicaciones de antiguos campamentos surgidos alrededor del Zanjón de la Aguada. Otras poblaciones tuvieron su origen en “tomas de terreno” o loteos de particulares.

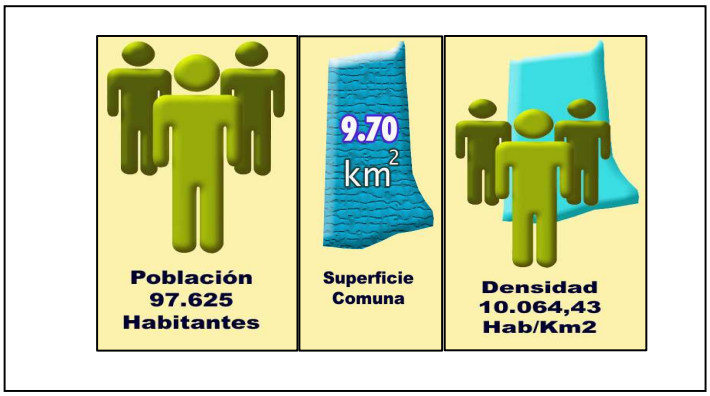


La trama urbana de la Comuna es una extensión, de relativa cercanía y continuidad de la Comuna de Santiago hacia el sur, pero con dos factores geográficos que la limitan de oriente a poniente, en el sector norte de la Comuna: el Zanjón de la Aguada, y la antigua línea de ferrocarril que terminaba en la Estación San Eugenio.

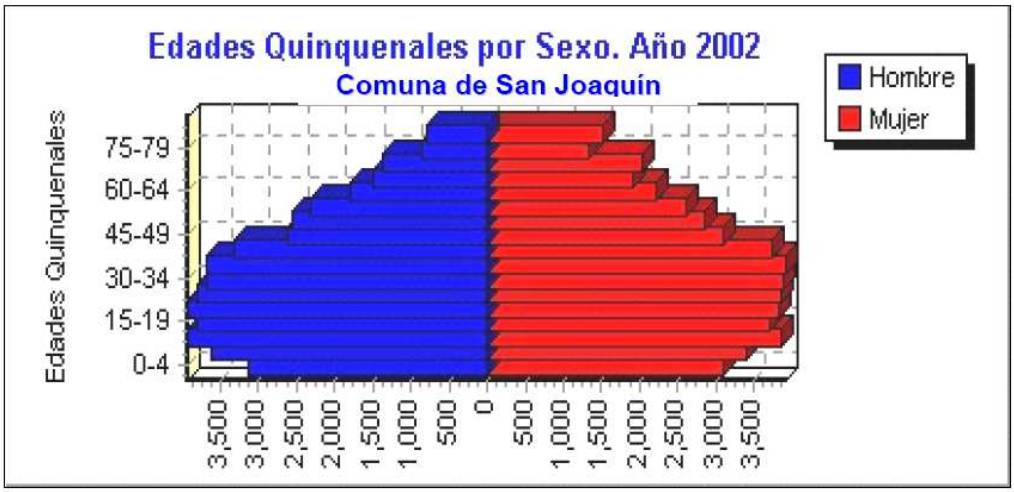
Actualmente, la mayor integración vial de la comuna hacia la zona centro-oriente de la ciudad es la Avenida Vicuña Mackenna, sobre la cual se ubica además el tren metropolitano (Metro) que facilita una rápida comunicación hacia esos sectores. Hacia el sector centro-poniente y sur existen otras vías de comunicación importantes: Av. Santa Rosa y Av. Departamental.

Caracterización socio-demográfica de la población

Evolución demográfica

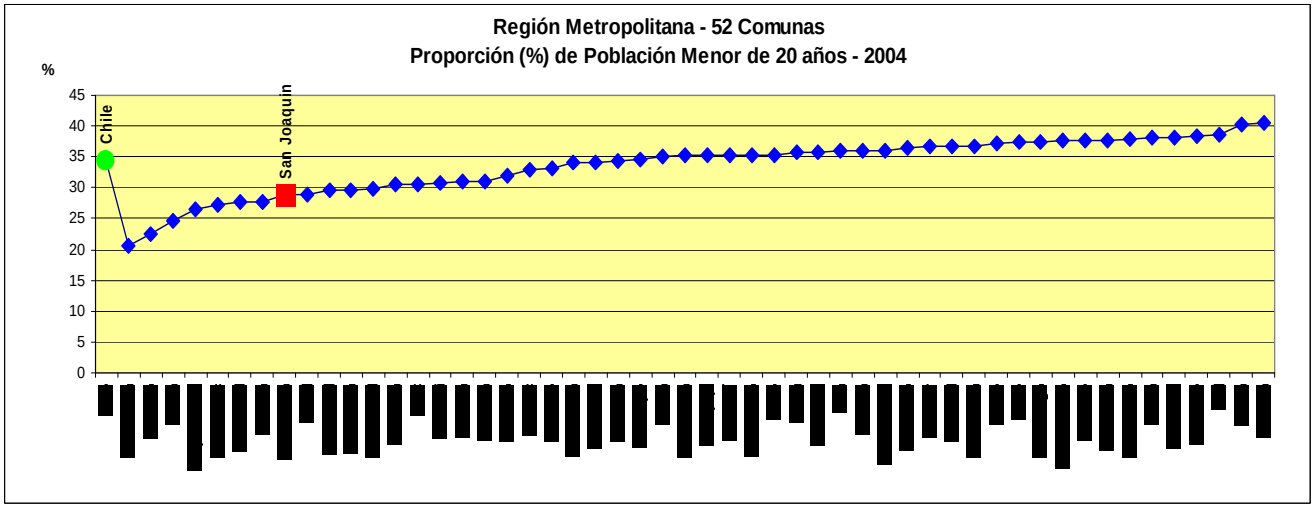


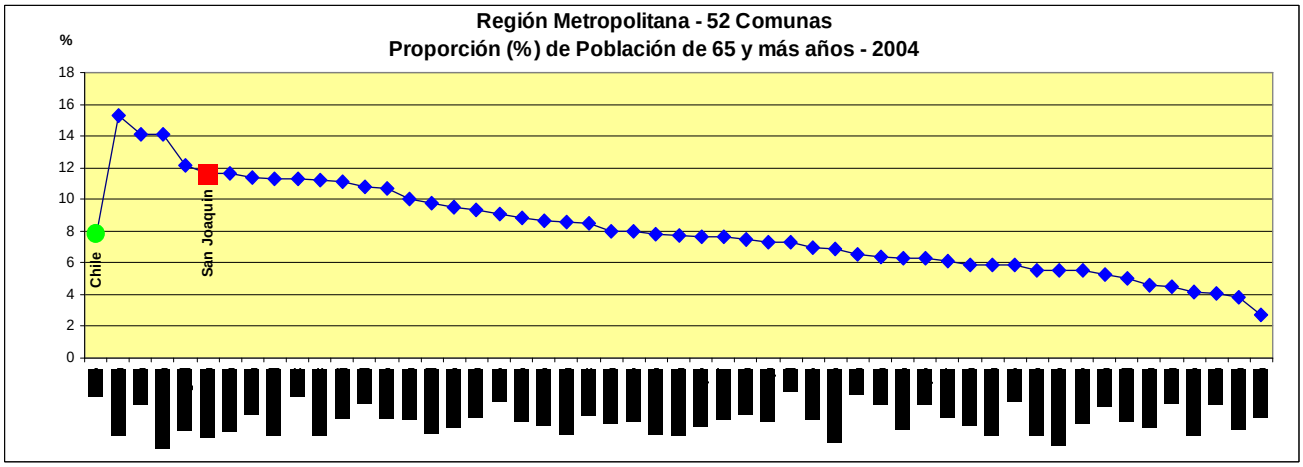
San Joaquín ha tenido una disminución de un 14,4% su población en el último período intercensal (1992-2002), de 114.017 a 97.625 habitantes. La pérdida de población se manifiesta con mayor fuerza en el tramo de adolescentes y jóvenes entre 5-29 años en contraste con el incremento de la población de los adultos mayores; lo que marca un franco envejecimiento de la población. El índice de vejez (mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años), se incrementó de un 29,57% en 1992 a un 53,69% en el año 2002. Estos valores son superiores a los de la Región Metropolitana de Santiago: 1992: 22,64% y 2002: 31,39%.



Fuente: Censo 2002

Si comparamos la Comuna de San Joaquín con las otras 51 Comunas de la Región Metropolitana de Santiago, vemos que San Joaquín ocupa el 8vo lugar entre las Comunas con menos proporción de Población Menor de 20 años (San Joaquín = 28,8% ; Chile = 34,4%) y el 5to lugar entre las Comunas con mayor proporción de Adultos Mayores (San Joaquín = 11,6%; Chile = 7,8%)





Gráficos: Fuente DEIS MINSAL

De no tener cambios respecto a la situación actual, para los próximos años se estima que la población comunal seguirá disminuyendo y envejeciendo. Sin embargo, el inicio de la construcción de nuevas viviendas nos lleva a pensar que esta tendencia se puede revertir y que se tendrán nuevamente más de 100.000 habitantes en la comuna. Estos elementos son importantes de considerar al momento de proyectar el equipamiento municipal (establecimientos escolares, de salud y otros).

Para un desarrollo equitativo también es fundamental, reconocer los grupos sociales más vulnerables y revisar las políticas y programas enfocados hacia ellos.

Grupos sociales vulnerables

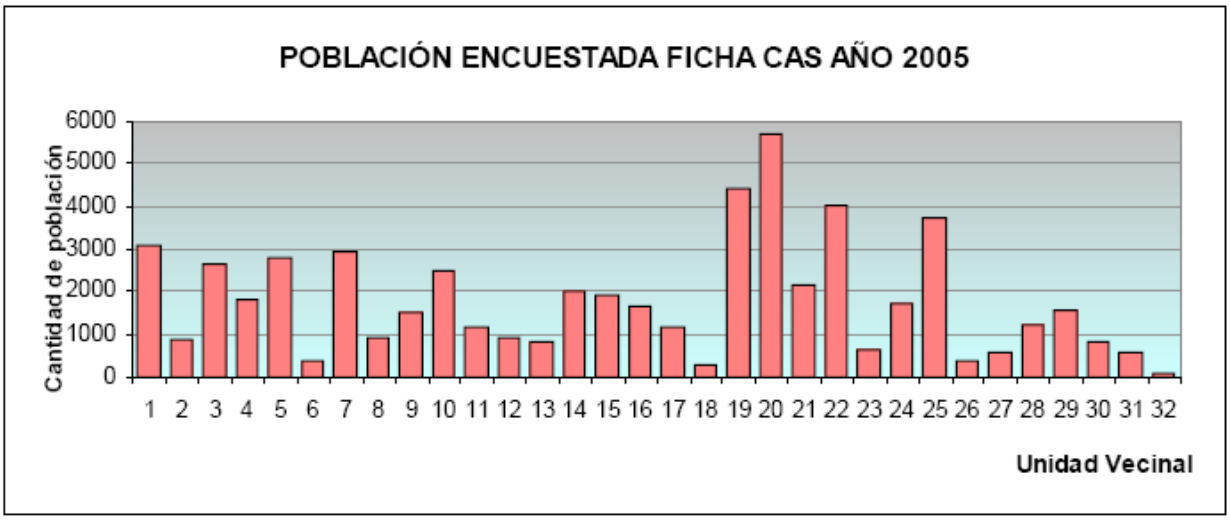
Segregación socio-económica y pobreza

De acuerdo a las cifras entregadas por MIDEPLAN (encuesta CASEN) la cantidad de población considerada "pobre" (que no satisface sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias) ha disminuido en San Joaquín, al igual que en todo el país, entre los años 2000 y 2003 de un 15,7% a un 14,1%. Aunque esta cifra es superior a la de la región (13,1%) San Joaquín no es considerada, a nivel ministerial y gubernamental como una comuna prioritaria en cuanto a inversión social. De acuerdo a la misma encuesta CASEN, el nivel de población indigente es del 2,1% de la población comunal (2,8% en la Región Metropolitana).

El ingreso promedio de la comuna, era de $ 421.892 en el año 2003, cifra menor a la del año 1992: $ 422.550 (valores de la encuesta CASEN actualizados al año 2003), lo que evidencia un estancamiento o leve disminución del poder adquisitivo de la población comunal. En contraste con esta situación, en la Región Metropolitana, el ingreso promedio se elevó de $529.728 a $722.685 durante el mismo período.

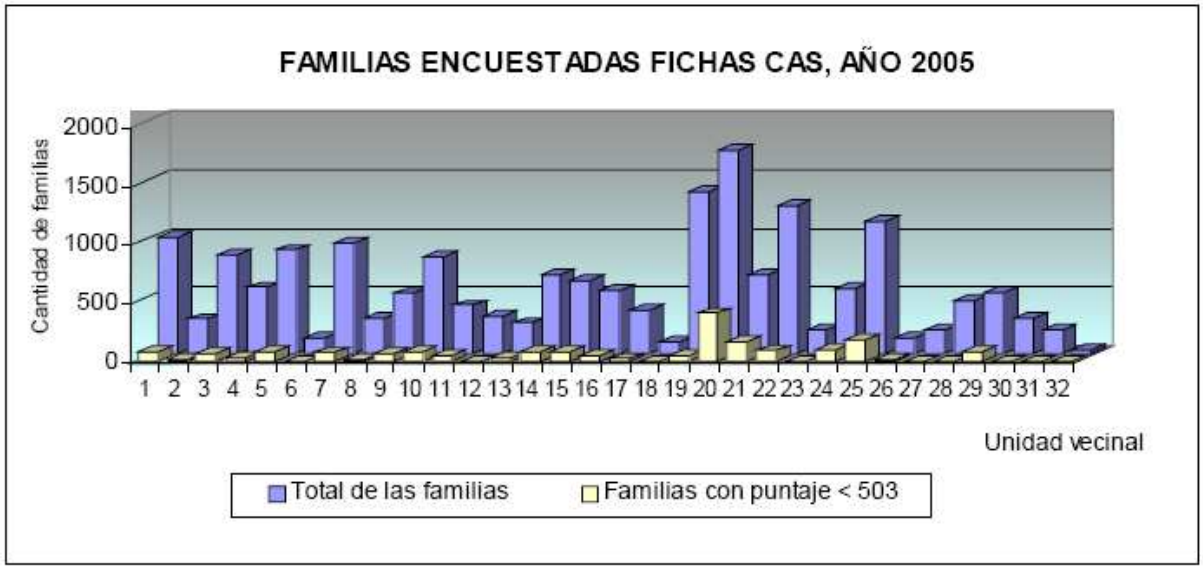
Existen sectores de la comuna donde se concentra una mayor cantidad de población en situación de pobreza donde la ayuda social y la intervención a través de programas focalizados es indispensable. Sobretodo, porque la pobreza de la población comunal se "combina" con otros factores de vulnerabilidad social, como el alto porcentaje de población mayor y hogares con mujeres jefas de
hogar, que hacen más difícil cualquier solución.

El análisis del resultado de la encuesta CAS II nos permite cuantificar y dimensionar las características de las familias reconocidas como más pobres de la comuna y que tienen acceso a la Red Social de Beneficios y Subsidios administrados por la municipalidad. Este instrumento asigna un puntaje a las familias encuestadas, según características correspondientes a la vivienda, ocupación, patrimonio, educación e ingresos.



En diciembre del año 2005 se contabilizó un total de 57.295 encuestas al día, es decir, un 58,7% de la población comunal que ha solicitado ayuda al municipio, por encontrarse en dificultad socio-económica. Las mayores cantidades de encuestas, se ubican en las unidades vecinales N° 20, 19, 22 y 25, que correspon den a los sectores de Nueva La Legua, El Pinar, Germán Riesco, Villa Navidad y La Legua Emergencia.

El promedio del puntaje comunal es de 561,61, que se considera una situación de pobreza no extrema. Al promediar los puntajes por unidades vecinales, los valores varían entre 534,98 y 621,50, siendo las unidades vecinales 20, 21, 25 (sectores de La Legua) y 29 (Población El Carmen) las con menor puntaje y las de mayor puntaje las unidades vecinales 27,28,18,y 23.



Se encuestó un total de 18.241 familias de las cuales 2.046 familias obtuvieron un puntaje inferior a 503, que es el corte bajo el cual los casos se consideran en situación de indigencia.

Dentro de las unidades vecinales con mayor casos de familias con puntajes inferiores a 503, volvemos a encontrar, por orden de importancia, las unidades vecinales N° 20, 25 y 22, pero la N° 19 (El Pinar), pasa a tener menos casos de extrema pobreza respecto a otras unidades vecinales como las N° 21, 24, 1, 29, 5, 15 y 10.

El Programa “PUENTE, entre la familia y sus derechos”, y el Programa “Capital Semilla” incorporaron, desde el año 2002, a estas familias para las cuales se asegura la ayuda en habitabilidad, mejoramiento y equipamiento de la vivienda, becas de educación, atención médica, tratamiento psicológico en violencia intrafamiliar y orientación jurídica.

Para los grupos sociales que son pobres, pero que no tienen acceso a los subsidios o a la ayuda dirigida al la extrema pobreza y que representa un número importante de habitantes de San Joaquín (que se estiman entre un 40 a 50% de las familias de la comuna), es necesario estudiar los casos y diseñar nuevas estrategias para poder contar con ellos para el desarrollo de la comuna.

En particular, se han detectado, algunos sectores de la población que se han empobrecido o están en riesgo de empobrecimiento, que corresponden a las mujeres jefas de hogar, cesantes mayores de 40 años y jóvenes que se están iniciando en el mercado laboral, para los cuales se debe diseñar e implementar nuevas estrategias de intervención para desarrollar las capacidades personales y explorar posibilidades de inserción o reinserción en el mundo del trabajo.

Situación laboral

La tasa de participación de la fuerza de trabajo - es decir, las personas ocupadas o que buscan trabajo, respecto del total de la población mayor de 15 años – aumentó del 49% al 53% entre los Censos de los años 1992 y 2002, lo que puede explicarse en gran medida por la incorporación de una mayor cantidad de mujeres al mundo laboral. En el año 1992 un 32% de las personas ocupadas o que buscaban trabajo eran mujeres mientras en el año 2002 esta cifra se elevó a un 38%. La razón de está integración además de marcar una tendencia de la feminización del trabajo responde a la necesidad de buscar de otra fuente de ingresos para la familia y es también consecuencia de la disgregación los hogares. Al respecto es importante subrayar que la proporción de mujeres jefas de hogar aumentó de un 31% a un 37% en el mismo período.
En cuanto a las características ocupacionales de la población, predominan los trabajadores asalariados (72%), seguidos por los trabadores por cuenta propia (18%), para los cuales la proporción es levemente superior al país (16%). Los puestos de trabajo corresponden principalmente al sector de la industria (33%) y del comercio (20%) (Censo 2002).

Los niveles de cesantía muestran cifras preocupantes, más elevadas para San Joaquín que los de la región. Para el Censo 2002 la proporción de personas cesantes para la comuna alcanzaba un 11,50% y para la región un 10,71%. Actualmente, debido al repunte de la situación económica en general, la situación laboral ha mejorado, con una tasa de desocupación del orden del 8,2 %a nivel regional (INE, 2005) y una cifra estimada entre un 8,8 y 9,2% para San Joaquín.

Las dificultades para encontrar una actividad laboral se explica en parte, por el bajo nivel de escolaridad y preparación de la población. Para San Joaquín los años de escolaridad promedio son de 9,8, mientras en la Región Metropolitana de Santiago, el promedio se eleva a 10,4 años. De los jefes y jefas de hogar de San Joaquín, el 5,9% no tienen estudios y el 42,9% (7.605 personas), sólo tiene educación básica incompleta.

La Oficina Municipal de Información Laboral (OMIL), de acuerdo al análisis de su base de datos y los resultados de colocaciones en puestos de trabajos concluyó que:

- El Perfil laboral exigido por las empresas no es acorde a la realidad de nuestros usuarios inscritos, especialmente respecto al requerimiento de personas entre 20 y 40 años y la escolaridad media completa.
- Otros problemas detectados y que dificultan la inserción son el bajo nivel de remuneraciones ofrecidas (sueldo mínimo), la contratación a plazo fijo por un período máximo de tres meses, lo que significa que las personas no tienen acceso a seguro de cesantía y el desconocimiento por parte de los empresarios de los programas de gobierno orientados a la disminución de la cesantía (Pro-empleo), capacitación (Sence).

El Municipio, además de reforzar el trabajo realizado por la OMIL, ha emprendido programas de apoyo económico laboral y capacitación, desarrollados por la OTEC1 (Organismo Técnico Capacitador) y postulados a programas gubernamentales de FOSIS, SENCE, CHILE CALIFICA y otros. La Oficina de Fomento Productivo desde el año 2001, apoya a las pequeñas y microempresas en su conformación, gestión e inserción en redes de comercialización y el Infocentro ofrece capacitación tecnológica.

Adulto mayor:

La población mayor de 65 años creció en 2.200 personas entre el año 1992 y 2002 y su proporción respecto al total de la población comunal aumentó de 7,95% a 11,57%. Es un grupo con ingresos económicos disminuidos y problemas de salud que necesita apoyo económico y social para evitar su exclusión y empobrecimiento.

El sistema de atención de salud comunal ha reformulado programas especiales para los adultos mayores. Entendiendo que en esta edad de la vida se produce una acumulación de daño que se asocia a discapacidades parciales o totales, se ha diversificado la oferta de atención en:

a.- Proyecto en convenio con FONADIS para atención de discapacidad en domicilio
b.- Programa de Ayudas Técnicas para personas con discapacidad
c.- Sala de Rehabilitación Física
d.- Proyecto Asistentes comunitarias de La Legua
e.- Programa de Atención al Adulto Mayor en los Centros de Salud Familiar
- Examen Integral de Salud del Adulto Mayor
- Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor

Asimismo, el desarrollo de la estrategia de Centros Comunitarios de Salud Familiar es una iniciativa que facilita el acercamiento de las atenciones de salud a la población, beneficiando especialmente a los Adultos Mayores con dificultad de desplazamiento.

Además de administrar el subsidio estatal para las personas mayores de 65 años que se encuentran en situación de pobreza (según puntaje CAS II), el Municipio fomenta la reintegración social y contribuye a mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo. El Programa del Adulto Mayor del organiza talleres, actividades recreativas, turísticas y apoyo a las organizaciones que lo requieran.

Infancia y Jóvenes: decrecimiento poblacional

La población infantil y juvenil de la comuna está en franco retroceso; se contabilizó la disminución de 9.592 niños de 0 a 14 años y 7.667 jóvenes de 15 a 29 años en entre los años 1992 y 2002. La importancia de este grupo reside en el potencial que representa para el futuro. Aunque su número sea reducido, el cuidado, cariño y la calidad de los elementos que les sean entregados forjaran las oportunidades que tengan estos niños y jóvenes para enfrentarse al mundo y desarrollarse como personas y colectividad de San Joaquín.

Existen serios problemas de deserción escolar, consumo y microtráfico de droga, alcohol y actos violentos o delictuales dentro de la juventud, que comprometen sus posibilidades de crecimiento y opciones frente a la vida.

La mayor deserción escolar se presenta en los establecimientos escolares municipalizados que reciben a niños de bajos ingresos. Actualmente se llevan a cabo proyectos de índole psicosocial del programa Comuna Segura para desincentivar el abandono de estudios.

Las actividades de prevención escolar que realiza el Programa Previene, a través del Convenio con el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) están dirigidas a informar a los niños y jóvenes sobre el peligro y daños de la droga.

Esta es una labor difícil ya que el contexto familiar y comunitario donde están insertos los jóvenes es de alto conflicto y riesgo social.

La realización de charlas educativas, eventos y talleres, en el seno de la “Casa de la Juventud” así como las actividades deportivas, ayuda a los jóvenes a tener motivaciones y ocupaciones que les acompaña en su crecimiento y apertura hacia nuevas expectativas.

Mujer:

Las mujeres representan en San Joaquín el 52% de la población comunal, su importancia se deriva de su número así como de las actividades relevantes que realizan tanto para su familia como para el desarrollo de la comuna.

La participación de la Mujer en organizaciones tanto territoriales como funcionales es destacada, es así como ocupan el cargo ya sea de Presidenta o Vicepresidenta en el 53 % de las 72 Juntas de vecinos de la comuna. Han creado y tienen vigentes más de 30 organizaciones, entre las cuales se cuentan Talleres de crecimiento personal, Redes, Centros de madres, entre otras. Participan también activamente en algunos clubes deportivos en especial Clubes de aeróbica.

Debido a la fuerte participación femenina, el municipio considera actividades específicas para la Mujer para atender tanto sus necesidades así como sus propuestas e inquietudes de desarrollo personal como de su entorno.

Jefatura de Hogar Femenina – San Joaquín Censo 2002

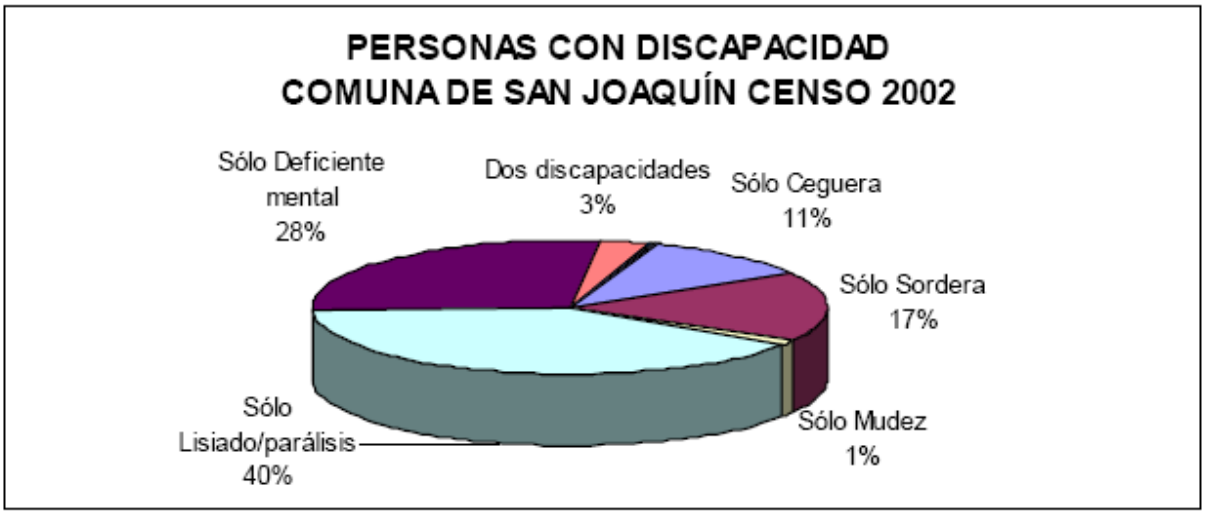
Violencia intrafamiliar:

La mujer es una de las principales victimas de la violencia intrafamiliar, fenómeno de alta incidencia en la comuna. La denuncia de los casos de violencia intrafamiliar han más que duplicado en la comuna entre los años 2000 y 2004, de 206 casos a 536. Aunque el importante aumento de las denuncias se pueda deber al efecto de las campañas gubernamentales y locales de difusión y las modificaciones a Ley y procedimientos, no es menos cierto que el tema es preocupante.

El Centro de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, dependiente del Municipio y en Convenio con la Corporación de Desarrollo Integral de la Familia (CODEINFA), y el Servicio Nacional de la Mujer contempla tanto la prevención como la atención de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil. El equipo de profesionales presta atención a mujeres víctimas de violencia, a los hombres que ejercen violencia y acoge también a los niños víctimas o testigos de violencia. Las personas atendidas, sobretodo mujeres, tienen la posibilidad de recuperarse y reintegrarse a una vida más digna.

Personas con Discapacidad:

Según el Censo del año 2002, en San Joaquín viven 2.437 discapacitados, o sea un 2,5% de la población comunal. Esta cifra supera las mismas a nivel regional (1,9%) y del país (2,2%). El grupo más importante corresponde a los sólo lisiados, seguido por los afectados por deficiencia mental, sordera, ceguera, y otros casos. La atención a estos grupos es importante, sobre todo si se considera que una parte importante de los discapacitados vive en condiciones socioeconómicas de pobreza.



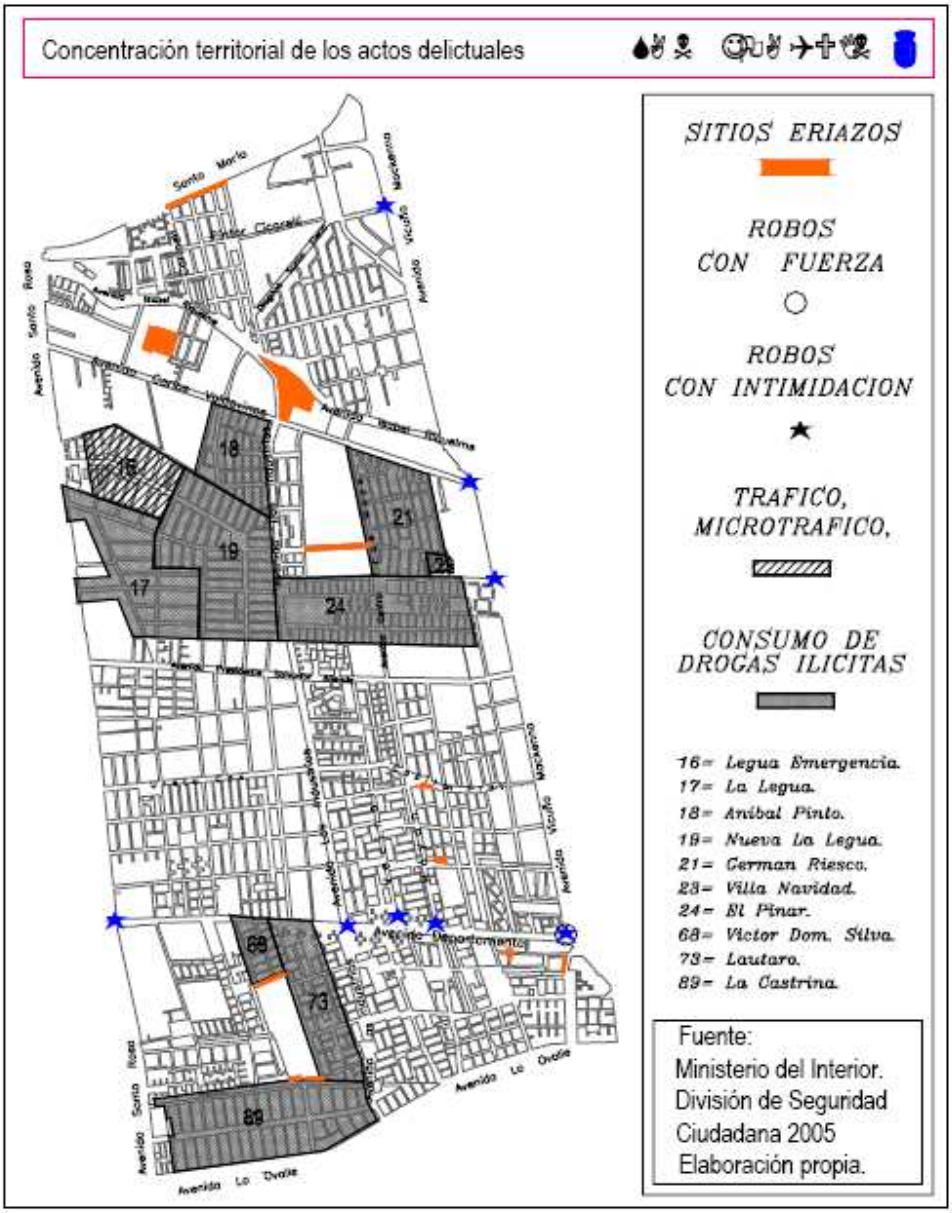
El Municipio, con la creación de la "OMUNDI": Oficina de atención a personas con discapacidad, ha logrado el reconocimiento de un espacio de acogida y orientación hacia este sector, realizando acciones de inserción laboral y difusión de los derechos y beneficios existentes para los discapacitados. A futuro se espera generar un mayor incentivo para lograr la participación y asociatividad de este grupo siempre postergado, creando instancias de encuentro y organización.

Problemas de desarrollo social de la comuna y las demandas de la comunidad relacionadas.

La complejidad de los problemas sociales hace difícil su tratamiento y búsqueda de soluciones. Los factores y aristas involucrados son múltiples y se relacionan de forma tal que la intervención en uno de ellos es por lo general insuficiente. Se reconoce que algunos grupos sociales son más vulnerables que otros y están más expuestos a condiciones adversas, con lo que la atención focalizada hacia ellos alivia situaciones complicadas y posibilita mejores condiciones de vida y el desarrollo potencial de las personas y comunidades. La visión más integral de los grupos familiares es más eficaz a la hora de las intervenciones pero existen también problemas sociales graves que van más allá de las personas y la familia y que tienen sus repercusiones en la comunidad, el barrio y la comuna.

Seguridad Ciudadana

Respecto al problema de la drogadicción y microtráfico de droga, se ha enunciado el tema respecto a su impacto en los jóvenes, pero es un asunto que va más allá y que involucra a sectores territoriales específicos de la comuna donde los vecinos se ven afligidos por los actos delictuales y de violencia que muchas veces le están asociados.
En San Joaquín se reconocen barrios conflictivos con alta incidencia de criminalidad, como son el sector de La Legua (en especial la población Legua de Emergencia), el sector autodenominado "barrio chino" en el sur de la comuna (en las unidades vecinales 5 y 7) , el sector de las poblaciones Germán Riesco y El Pinar y el de la población Aníbal Pinto. En estos barrios existe una alta percepción de inseguridad que se ha ido extendiendo en el territorio comunal, afectando a la calidad de vida de los vecinos y cimentando una imagen de criminalidad que estigmatiza a toda la comuna.



Aunque la solución a estos problemas no pase por una simple intervención local, el trabajo comunitario y los proyectos a nivel vecinal ayudan a cambiar las conductas y miradas como también a concentrar los esfuerzos desde los diversos actores locales e instituciones gubernamentales.

Entre las intervenciones y programas desarrollados en la comuna para enfrentar estos problemas, algunos están centrados en la atención y prevención de los grupos más vulnerables y expuestos a la violencia (atención psicosocial del programa “Puente”) otros dirigidos a la atención y prevención del consumo de drogas (Programa “Previene”, Programas de rehabilitación en Centros de Salud Comunal y comunidades terapéuticas acreditadas, centros comunitarios no gubernamentales de La Caleta y San Gregorio) y por último, otros buscan mejorar las condiciones de seguridad y bienestar social, integrando estrategias de prevención del delito entre los diversos sectores sociales, como los programas Comuna Segura y Barrio Seguro, así como los propios proyectos de los vecinos postulados y ganados anualmente en el Presupuesto Participativo del Municipio.

Porcentaje de Hogares Victimizados:

Nivel Territorial	% de Hogares Victimizados
• Total País	38.3
• Total Región Metropolitana	38.7
• Total Comunal	34.6

Porcentaje de participación de delitos en victimización comunal

Delitos	% de Hogares Victimizados
• Robo o Hurto desde Vehículo	42.4
• Robo con Fuerza en su vivienda	8.0
• Robo por sorpresa a las personas	7.7
• Robo con violencia intimidación en las personas	8.9
• Hurto	7.8
• Lesiones	1.3

Tasa de Denuncia Violencia Intrafamiliar

Nivel Territorial	Tasa x 100.000
• Total País	583,2
• Total Región Metropolitana	505,2,
• Total Comunal	537,7

***Características del Delito*:**

- **Principal delito es Robo con fuerza o hurtos desde vehículos y robos con fuerza en la vivienda.**
- **50ª Comisaría San Joaquín informa que este tipo de delitos tiene mayor frecuencia los días miércoles y sábados, su ocurrencia se concentra entre las 04.00 y las 11.59 A.M. hrs.(39.5%), en la vía pública (41.8), domicilios particulares (28.9%), e industrias y empresas (9.5%).**

***Perfil de Víctimas y victimarios*.**

- **Adultos entre 24 y 59 años, de ambos sexos, empleados y trabajadores que residen o transitan por la comuna**
- **Adultos mayores.**

- **Los victimarios son principalmente de sexo masculino, jóvenes entre 15 a 20 años, solteros y con estudios medios residentes en San Joaquín**

Características del Delito VIF :

- **En alza anual creciente desde 2001 a 2004**
- **Las denuncias se concentran en la noche y en fines de semana.**

Perfil de Víctimas y victimario en VIF:

- **Victimas: mujeres casadas, en situación de convivencia y solteras de 18 a 45 años.**
- **En menor proporción, adultos jóvenes de ambos sexo.**
- **Distinto nivel de instrucción, predominando el origen socioeconómico medio bajo a bajo**
- **Victimarios principalmente hombres adultos entre 18 a 44 años con instrucción social básica a media incompleta y de origen socioeconómico medio bajo a bajo.**
- **Alta concentración del delito en barrios críticos Poblaciones Legua Emergencia, Legua Nueva, Legua Vieja, Villa Lautaro, El Pinar y Germán Riesco.**

***Tráfico Ilícito de estupefacientes*.**

- **Principal problema delictual en la comuna**
- **Tráfico y microtráfico de drogas se asocia a consolidadas organizaciones criminales y redes**
- **Ministerio Público 2006: porte y consumo de drogas 1.527 denuncias en la Comuna, concentrándose el 72.2% de estas en el sector La Legua**
- **Desplazamiento del tráfico en el territorio y el incremento de focos de microtráfico en otras poblaciones: Población Aníbal Pinto, El Pinar, Germán Riesco, Joaquín Edwards Bello Sur en Sector La Castrina, Parque La Castrina, entre otras.**
- **Consumo: Incremento de marihuana y pasta base en la población de rango etario mas bajo**

Grado de asociatividad

Existe en la comuna un número importantes de organizaciones territoriales y funcionales, de las cuales sólo una parte se encuentra inscrita en el municipio. Durante el año 2007 el catastro actualizado de la Dirección de Desarrollo Comunitario registra el siguiente número de Organizaciones Sociales:

Club de Adultos Mayores	**88**
Centro de Padres y Apoderados	**24**
Comité de Allegados	**15**
Comité de Seguridad Ciudadana	**13**
Cultural – Juvenil	**23**
Organizaciones de Mujeres	**34**
Redes	**6**
Organizaciones de Salud	**13**
Juntas de Vecinos: Territoriales	**82**

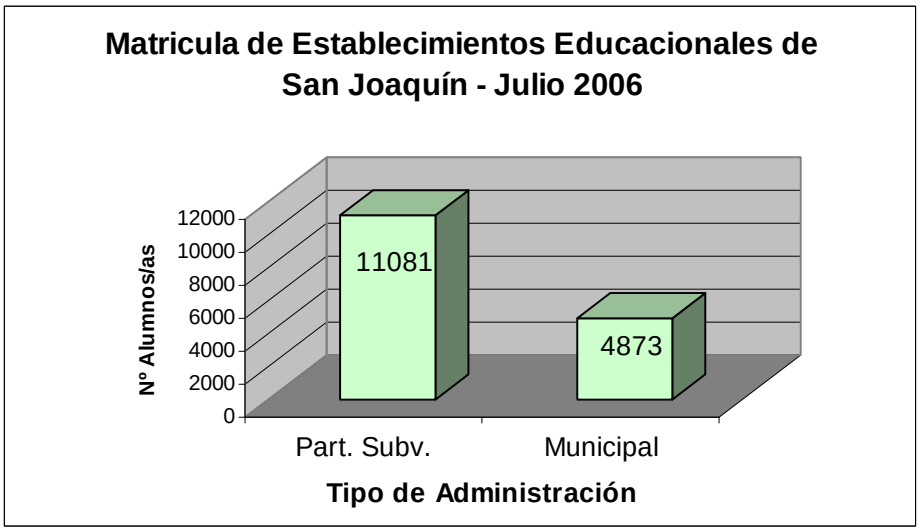
Organizaciones Deportivas	
Clubes deportivos	**88**
Clubes Aeróbica	**17**
Clubes Rayuela	**8**
Clubes Artes Marciales	**7**
Escuelas Deportivas	**7**
Patinaje	**3**
Básquetbol	**5**
Varias	**11**
Asociaciones Deportivas	**10**

Las organizaciones más importantes en número y cantidad de actividades realizadas corresponden a las organizaciones de mujeres, adultos mayores y juntas de vecinos. El municipio fomenta la participación en estas organizaciones y mantiene actividades con la gran mayoría, con el fin de mantener su cercanía con la comunidad y acoger la opinión e iniciativas de los vecinos.

Educación

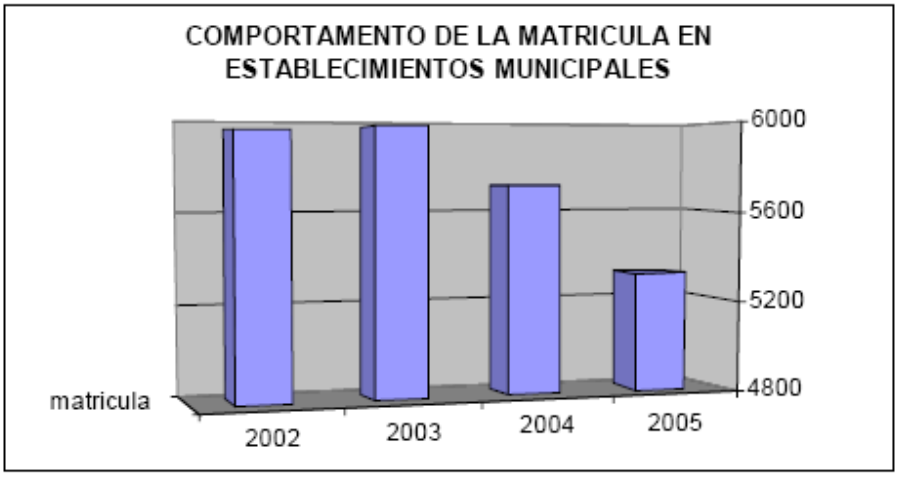
La población escolar en la Comuna de San Joaquín es de aproximadamente 18.000 alumnos, de los cuales 5.782 corresponden a Colegios Municipales (aprox. 33%). La diferencia, es atendida en los colegios particulares y/o subvencionados, dentro o fuera de la comuna.

En la comuna existen 45 establecimientos educacionales de los cuales 10 son municipales y 35 colegios particulares.



De los 10 establecimientos municipales, sólo 2 son de educación media y una gran cantidad de alumnos provenientes de educación básica continúa sus estudios en liceos de comunas vecinas, siendo éstos municipales, particulares subvencionados o particulares.

En los últimos cuatro años, la matrícula total de los establecimientos educacionales muestra una tendencia decreciente, como lo indica el gráfico siguiente, que registra la variación de alumnos en los últimos cuatro años:



El entorno social y familiar de alta vulnerabilidad hace difícil la integración de los padres en el proceso educativo de los jóvenes y merece una atención particular para el éxito de los procesos educativos.

La Educación municipal no está exenta de problemas, algunos de los cuales son estructurales producto de un sistema sumamente rígido y vertical de la legislación vigente que impiden tomar decisiones que puedan superar muchas de las dificultades de orden administrativo que repercuten en el proceso pedagógico. Otros son propios de nuestra gestión, que nos obliga a ser más certeros en el diagnóstico y más sistemáticos en las soluciones.

Los principales problemas son los siguientes:

• Problema presupuestario: La subvención que se entrega por asistencia media no financia el gasto creciente en remuneraciones, que se caracteriza por el alto promedio de años de servicio de la dotación.
• Creciente amenaza de disminución de la matricula comunal: Se produce por la oferta de la educación particular subvencionada y la disminución de grupos etáreos en edad escolar.
• Liderazgo Técnico: Es insuficiente en los establecimientos educacionales por ausencia de supervisión, evaluación y apoyo a las prácticas pedagógicas que realizan los docentes.
• Bajos rendimientos académicos: las sucesivas mediciones SIMCE, en 4º, 8º año básico y 2º medio se muestran bajo el promedio nacional.
• Infraestructura deficitaria: en algunos establecimientos educacionales, esto atenta con un buen servicio educativo.
• La violencia escolar como método de relación: Esto impide la buena convivencia de los diversos estamentos de los colegios, especialmente en la relación alumno – profesor.
• Presencia de alumnos con NEE (necesidades educativas especiales), esta variable tiene un impacto en los aprendizajes de los alumnos.
• Educación Extraescolar: Insuficiente
• Equipamiento computacional: Escaso, obsoleto y deteriorado.

Resultados SIMCE comunal

Años	1999	2002	2005	2006
Matemática	247	244	236	241
Lenguaje	250	246	245	248
Comprensión del Medio	250	243	248	253
Curso Examinado	**4º Básico**			

Años	2000	2004
Matemática	240	246
Lenguaje	242	245
Comprensión del Medio	238	247
Curso Examinado	**8º básico**	

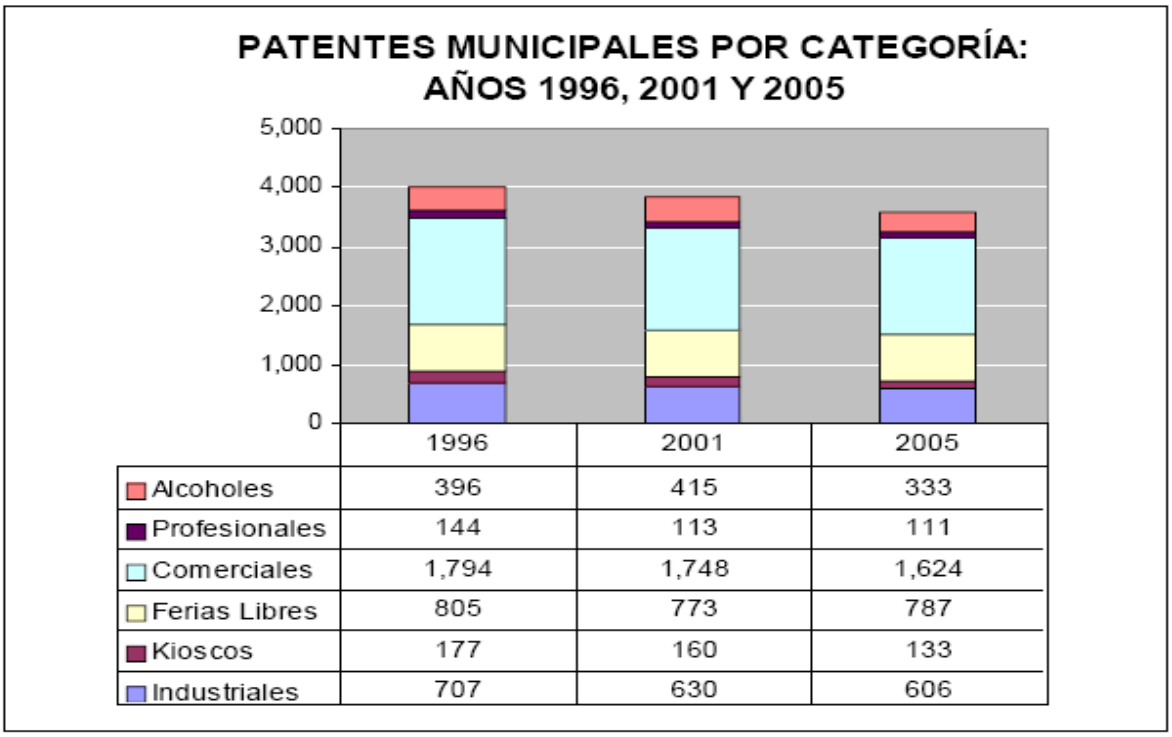
Años	1998	2001	2003	2006
Matemática	235	232	230	233
Lenguaje	236	237	240	236
Comprensión del Medio	s/i	s/i	s/i	s/i
Curso Examinado	**2º medio**			

Desarrollo Económico de la comuna

En términos generales el carácter netamente industrial de la comuna está dejando paso a actividades de servicio y un importante número de micro y pequeñas empresas. Esto se constató en las cifras de empleo y población económicamente activa y se confirma con la información de patentes comerciales.

Aunque la cantidad de empleos del sector industrial sigue siendo la más importante, se registró una caída de 14 puntos entre los Censos de 1992 y 2002, mientras que el comercio ha crecido en 3 puntos, las actividades inmobiliarias en 6 puntos y las actividades sociales y comunitarias en 4 puntos.

Las patentes comerciales registran una disminución de 429 inscripciones entre los años 1996 y 2005, llegando a una cifra de 3.723 en octubre del año 2005.



La clasificación por tipo de patente en el año 2005 no difiere mayormente a la de años anteriores, con un 45% de las patentes que se concentran en el sector comercio, seguido por las ferias con un 21% del total, y en tercer lugar se ubican las patentes industriales, que abarcan cerca del 17%.

EVOLUCIÓN DE LAS PATENTES MUNICIPALES POR TAMAÑO: AÑO 2001 y 2004.

	Industriales					Comerciales				
		2001		2004			2001		2004	
Capital Millones $	Giro predominante	Cantidad patentes	%	Cantidad patentes	%	Giro predominante	Cantidad patentes	%	Cantidad patentes	%
Menos de 10	Fabrica de empanadas; peluquería; talleres mecánicos; de bicicletas y otros	349	56.1	54	10.3	Bazares, Paqueterías, etc.	1483	88.4	1523	85.9
Entre 10 <100	talleres mecánicos, reparación eléctrica, TV. y otros; fábrica de molduras.	140	22.5	337	64.4	Almacenes, Bazares, Abarrotes	118	7.0	152	8.5
Entre 100<1000	Fábricas de tacos, cajones, muebles; artículos de cobre y otros	95	15.3	89	17.0	Sucursales Bancarias, Bodegas,	67	4.0	86	4.8
1000 y más	Fundiciones y Maestranzas; Industria Química;	38	6.1	34	6.5	Importadoras, Emp. Comerciales, Oficinas	10	0.6	12	0.7
Total		622	100	523	100		1678	100	1773	100.0

Sólo en las patentes industriales se observa un cambio notorio respecto a la composición por tamaño de las empresas: las empresas con menos de 10 millones de capital disminuyen de un 56% a 10% del total en cambio las empresas entre 10 y 100 millones de capital aumentan de un 23% a 64%.

La disminución de las pequeñas y microempresas (menos de 10 millones de capital), se explica en parte por la dificultad de este tipo de actividades para cumplir con las exigencias sanitarias y otras que permitan la formalización de las actividades. Muchas de las microempresas, especialmente las familiares, sólo realizan la iniciación de actividad y no sacan patente municipal.

Al respecto se puede informar que a partir de los registros correspondientes al periodo 2001 al 2005 de la Oficina de Fomento Productivo Municipal, a Octubre del año en curso existen 1.003 Microempresarios inscritos de los cuales 349 iniciaron el proceso de obtención de patente por la Ley de Microempresa Familiar (216 con Iniciación de Actividades (SII) previa) y otros 654 Microempresarios funcionan informalmente, como "Emprendedores".

Desarrollo urbano y territorial

Mixtura industria-viviendas

El territorio comunal se caracteriza por la presencia de zonas industriales lo largo de vías de comunicación, las que están rodeadas de zonas habitacionales. La falta de zonas de comercio es reconocida por todos los habitantes y usuarios de la comuna. Las antiguas industrias, en receso y con dificultades para adaptarse a las exigencias ambientales y del mercado, están abandonando la comuna, dejando terrenos baldíos que generan deterioro en su entorno.

Las viviendas de las poblaciones de origen obrera así como las viviendas económicas y sociales, están en regular estado; el 89% de éstas (18.383) se edificaron antes del año 1973. Sus propietarios, por lo general de edad avanzada, no cuentan con los medios económicos para conservar las edificaciones, por lo que el nivel de deterioro es bastante alto.

Entre el año 1992 y 2002 se construyeron cerca de 400 viviendas, que corresponden al Conjunto habitacional "El Pinar II", dos edificios de departamentos en el sur de la comuna y algunas casas.

Año	Población	Viviendas	Tasa hab,/vivienda
1992	114.017	25.780	4,48
2002	97.625	26.178	3,73

A pesar de la construcción de estos edificios (entre 4 y 10 pisos), en el año 2002, el 85% de las viviendas correspondía a casas. Entre el año 2002 y 2004 no se registra la construcción de nuevas viviendas. Por otro lado se observa una disminución de la tasa de habitantes por vivienda que responde a un cambio en el tipo de hogares, con menos integrantes y nos orienta respecto al tipo de viviendas a construir a futuro.

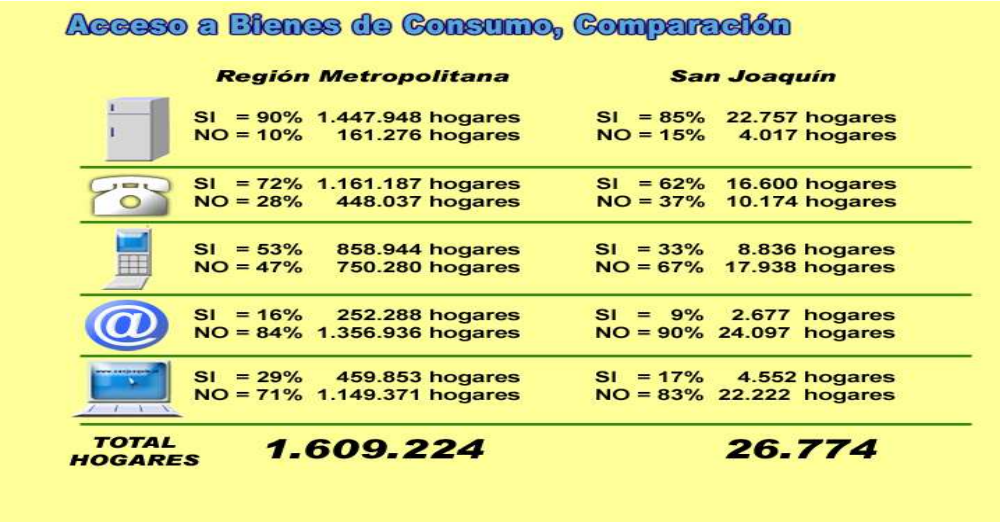
	1992	2002	Variación
Viviendas Colectivas	21	57	+271%
% Red Sanitaria Urbana	99.71%	99.46%	-0.25%
Alcantarillado	90.46%	99.72%	+9.26%
Alumbrado Red Urbano	98.78%	99.01%	+0.23%
Ducha	87.74%	98.34%	+10.6%
Construcción Ladrillo	79.67%	56.95%	-22.72%
Tipo Piso Parquet	63.58%	11.22%	-52.36%
Nº Piezas (5)	30.93%	30.27%	-0.66%

Cobertura de Servicios Básicos y características del equipamiento familiar

De acuerdo a los datos del Censo año 2002, en la Comuna de San Joaquín se identifica un total de 23.430 viviendas y 26.774 hogares.-

Del total de viviendas identificadas un 99,7% se encuentra conectada al alcantarillado, 99,4% a la red de agua potable y un 100% a luz eléctrica.

En relación al equipamiento del Hogar, las características de la Comuna son:



Vialidad urbana:

Calzadas

El territorio jurisdiccional de la comuna de San Joaquín comprende 183 kilómetros de vías que se distribuyen de la siguiente forma:

Cuadro de calzadas en vías comunales:

Tipo de calzadas	Longitud (ML)	Porcentaje
Avenidas	32.456	17.7%
Calles	106.919	58.5%
Pasajes	43.557	23.8%
TOTALES	**182.932**	**100%**

El principal problema que enfrenta nuestra comuna, al igual que todas la comunas de la Región Metropolitana, es el enorme déficit en materia de mantenimiento y conservación de las vías y donde en particular nuestra comuna presenta gran cantidad de pavimentos con su vida útil cumplida, (sobre 20 años), agravado por el fuerte incremento de flujo vehicular de tonelaje. De hecho al iniciar la gestión el año pasado teníamos un déficit que ascendía a la suma de M$1.025.000.

Durante el año 2005 se logró avanzar considerablemente en esta materia, se reorientó la presentación y postulación de nuestros proyectos y se elaboró una Estrategia de seguimiento de los mismos consiguiéndose la aprobación de aproximadamente M$ 275.000 para la ejecución de 6 importantes proyectos que se desarrollaron en toda la comuna.

No obstante los importantes avances del 2005, seguiremos exigiendo que las autoridades nacionales y regionales destinen recursos extraordinarios para pavimentar y reparar las calles del Gran Santiago y de San Joaquín. Mientras el Gobierno Regional y el Serviu se endosan responsabilidades por la situación, los vecinos condenan a los municipios, quienes no tenemos ni responsabilidad ni recursos para tales fines.

En consideración a lo anterior, y a partir de constatar que la mantención vial corresponde a una demanda muy sentida por la comunidad, el Municipio seguirá aplicando la estrategia elaborada el año pasado y priorizará esta área en la postulación de sus proyectos a los Programas Gubernamentales existentes: Programas de Mantenimiento Vial Urbano y de Vialidad intermedia (FNDR y PMU) y Programa de Pavimentación Participativa (MINVU).

Veredas:

En el territorio comunal existe una superficie aproximada de 360.000 m² de veredas, que se encuentran en regular estado de conservación, siendo las poblaciones de mayor antigüedad las más afectadas, donde es urgente su renovación.

Durante el segundo semestre del año 2005 estrenamos un exitoso Proyecto de Reparación y Reconstrucción de Veredas, a través del Programa de Mejoramiento Urbano postulado por la Municipalidad. Como gran parte de estos recursos se destinan por ley al pago de remuneraciones, el municipio sumó al área de materiales y equipamiento un aporte adicional por un monto de $ 9.809.634. Así el proyecto original que ascendía a $ 31.040.215, tuvo un valor final de $40.849.849. La administración y ejecución directa de estos proyectos por parte del Municipio, no solo ha permitido mejorar y recuperar los espacios públicos de tránsito peatonal, sino

además ha favorecido la contratación de jefes de hogar cesantes de la comuna, las que acceden al beneficio a través de la Oficina de Colocación Municipal.

Megaproyectos de infraestructura y desarrollo urbano:

Se han iniciado, en el marco de las obras "Bicentenario de la Nación" diversas obras de infraestructura de nivel metropolitano, que mejoran las condiciones del espacio público y servicios de la comuna. Estas son:

- Colector de aguas lluvias y bandejón Av. Las Industrias,
- Corredor de transporte público Av. Las Industrias,
- Corredor de transporte público y ensanche Av. Santa Rosa,
- Proyecto de Transporte Público TranSantiago: nuevos recorridos y estaciones de transferencia
- Parque La Aguada.
- Corredor de Transporte Público Centenario.

Temática Ambiental

La temática Medio Ambiental también es parte de la calidad de vida de los habitantes de ciudades modernas, y es un tema relevante para la comunidad desde distintos puntos de vista.

La identificación de problemas y demandas por parte de la población, se expresa en todo el territorio, en la solicitud de eliminación de los microbasurales, en incrementar y mejorar la calidad de las áreas verdes y poda de árboles, en mejorar el estado del sector del Zanjón de la Aguada, eliminar las fuentes fijas de contaminación, control sanitario de la población animal, entre otras.

Para dar respuesta a estas demandas que acusan una situación ambiental realmente preocupante, el Municipio, con recursos propios y la ayuda de instancias gubernamentales como la CONAMA RM y otros, ha emprendido diversas acciones que han tenido resultados hasta ahora positivos, pero aún insuficientes respecto a la brecha que debe superarse, sobre todo frente a criterios y exigencias cada vez más grandes.

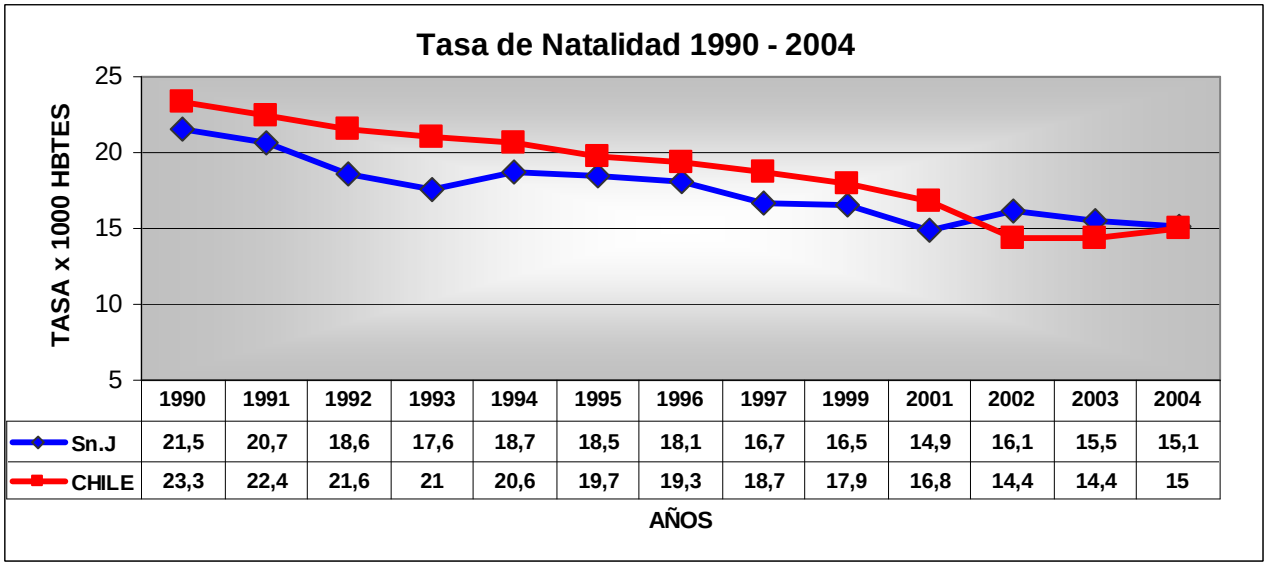
Entre otras actividades y medidas que han permitido una mejoría de la situación, podemos mencionar:

- El perfeccionamiento del sistema de recolección de residuos domiciliarios y retiro de microbasurales.
- La conservación y futura reconstrucción del Bandejón de Av. Las Industrias.
- La recuperación de algunos espacios públicos deteriorados.
- La construcción de muros de contención del Zanjón de la Aguada y futuro desarrollo del proyecto Parque La Aguada.
- El control, la tramitación de cierre y traslado de industrias y actividades contaminantes.
- Publicación y distribución de la Ordenanza Municipal de Medio Ambiente.
- La fiscalización por la correcta mantención y preservación de las áreas verdes y plazas de la comuna.
- Manejo del arbolado urbano: podas y talas de árboles, para evitar caídas de ramas y otros riesgos asociados.
- Control de artrópodos (insectos y arañas) y de roedores de interés en salud pública.
- Control de la población animal, especialmente de caninos vagos, de acuerdo a las política de "tenencia responsable de mascotas", fomentada por la Seremi de Salud Metropolitana.

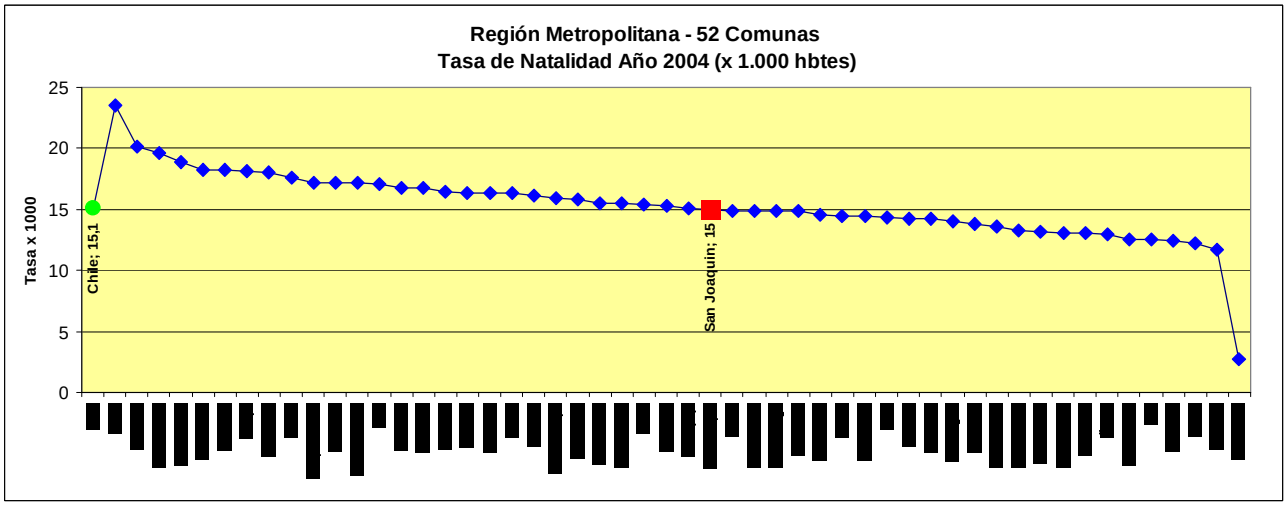
CAPITULO II

Indicadores Biodemográficos – Indicadores de Salud

Natalidad:

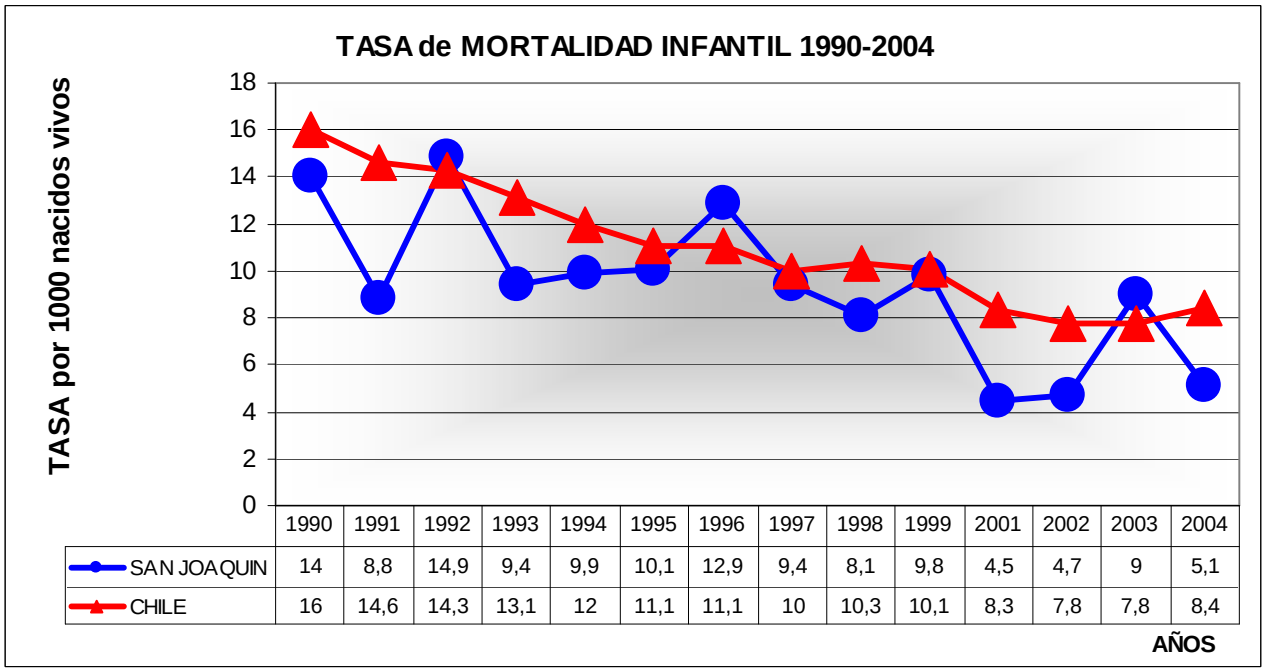


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1999	2001	2002	2003	2004
Sn.J	21,5	20,7	18,6	17,6	18,7	18,5	18,1	16,7	16,5	14,9	16,1	15,5	15,1
CHILE	23,3	22,4	21,6	21	20,6	19,7	19,3	18,7	17,9	16,8	14,4	14,4	15



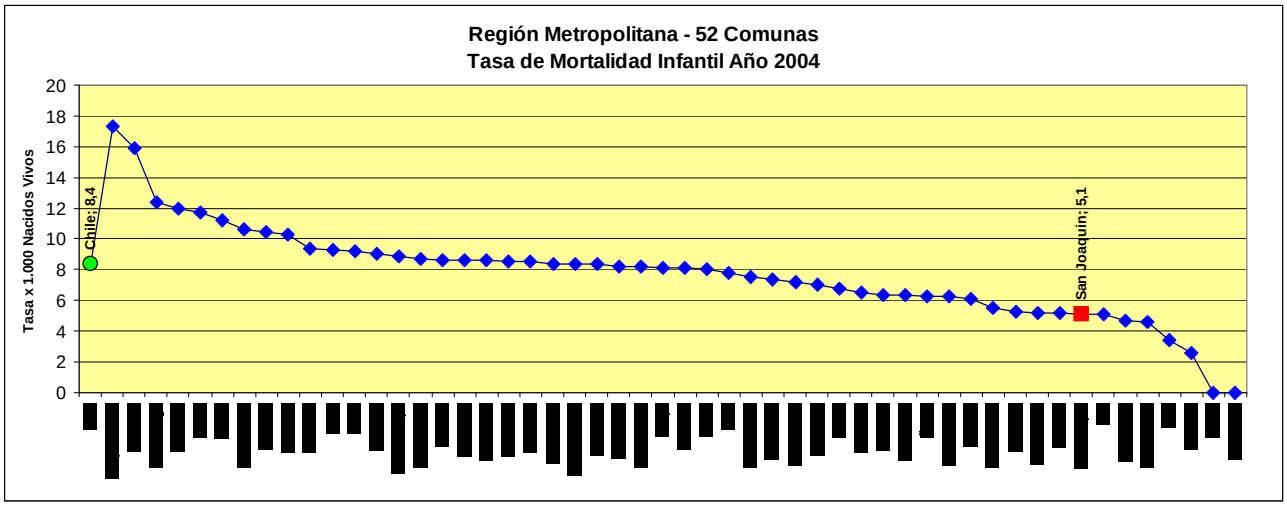
La tasa de natalidad de la Comuna ha ido en decrecimiento constante desde 1990, evidenciando la emigración de población joven y la composición estructural de la pirámide demográfica con predominio de población adulta y adulta mayor. A nivel de la Región Metropolitana San Joaquín se ubica entre las Comunas con tasa de natalidad dentro de la media nacional, ubicándose en el lugar Nº 25 entre 52 Comunas.

Mortalidad Infantil

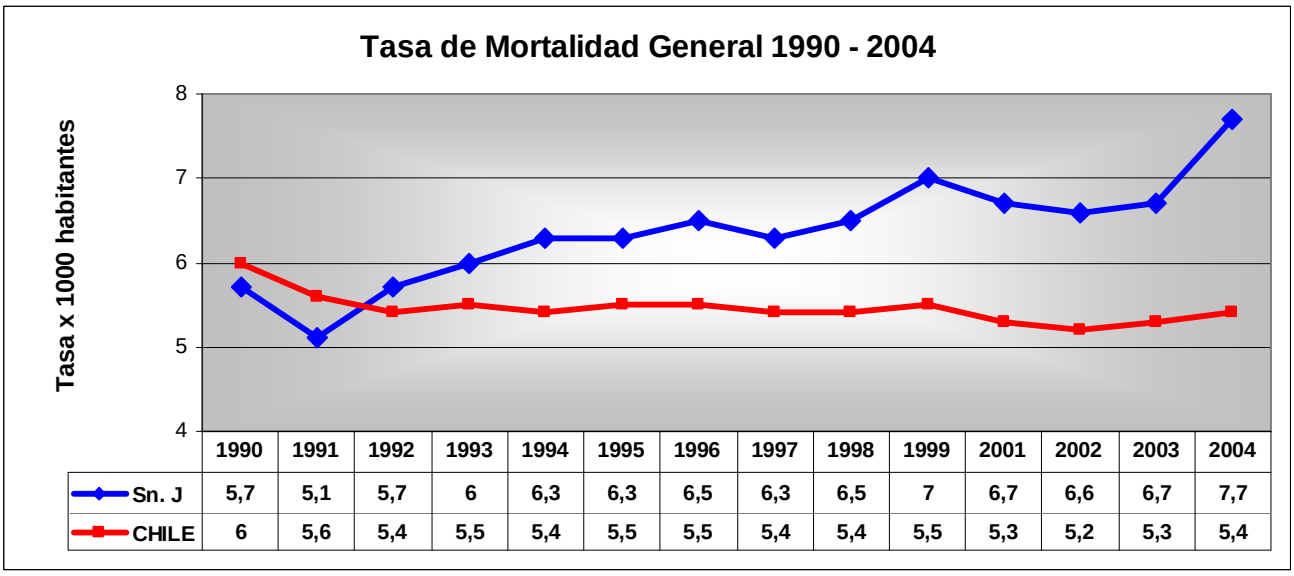


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	2003	2004
SAN JOAQUIN	14	8,8	14,9	9,4	9,9	10,1	12,9	9,4	8,1	9,8	4,5	4,7	9	5,1
CHILE	16	14,6	14,3	13,1	12	11,1	11,1	10	10,3	10,1	8,3	7,8	7,8	8,4

Entre los años 1990 y 1999 la tasa de mortalidad infantil sigue el comportamiento observado en Chile. El año 2001 presenta una notable caída llegando a 4,5 x 1000 NV, siendo esta cifra casi un 50% menos que la del País. El año 2003 se produce un aumento puntual al promedio del país, recuperándose la distancia en el año 2004



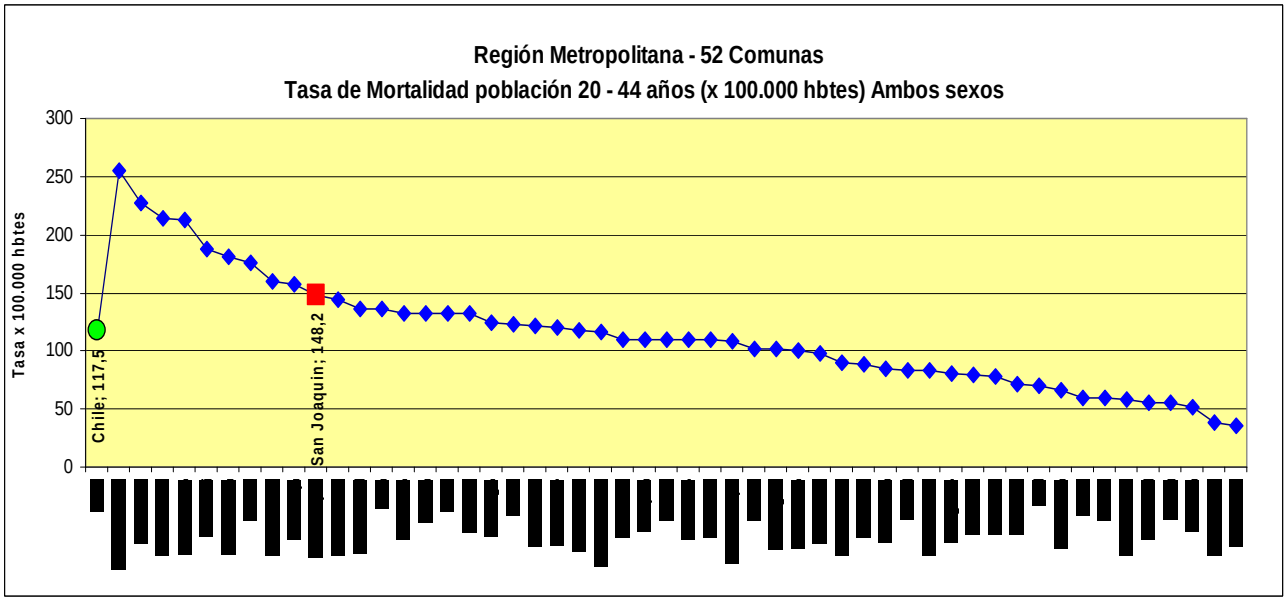
Mortalidad General

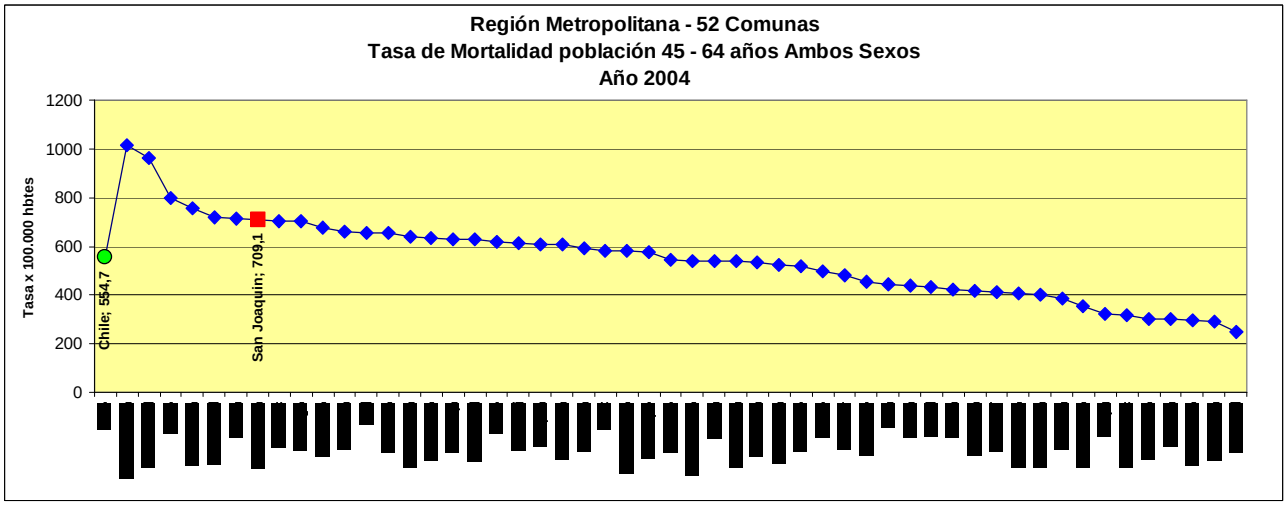


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	2003	2004
Sn. J	5,7	5,1	5,7	6	6,3	6,3	6,5	6,3	6,5	7	6,7	6,6	6,7	7,7
CHILE	6	5,6	5,4	5,5	5,4	5,5	5,5	5,4	5,4	5,5	5,3	5,2	5,3	5,4

La mortalidad general entre los años 1993 al 2004, presenta una tendencia al ascenso con 1 a 2 puntos por sobre la tasa del país, que podrían estar explicados por la estructura demográfica de la población y la representación que los grupos de adultos mayores tienen en ella. **En esta cifra, es importante observar el comportamiento de la tasa de mortalidad en la población adulta de 20 – 44 años, pues estas son muertes en adultos jóvenes, en su mayoría evitables.**

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL POR GRUPOS DE EDAD – AÑO 2004
DATOS COMPARATIVOS DE LAS COMUNAS DE LA REGION METROPOLITANA

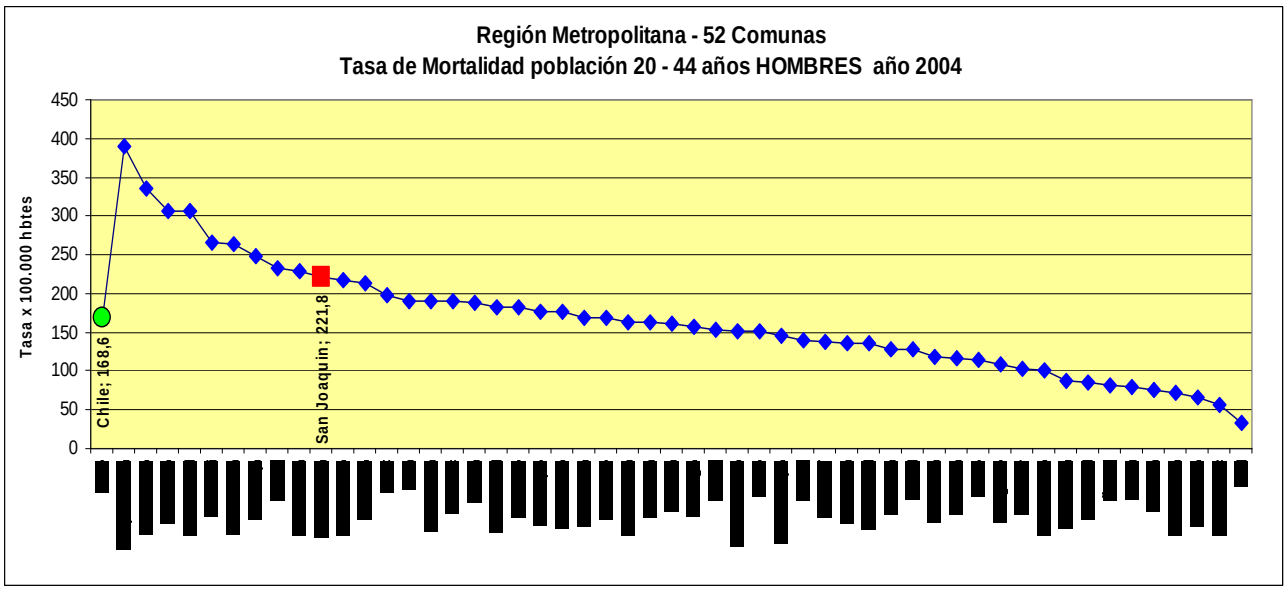


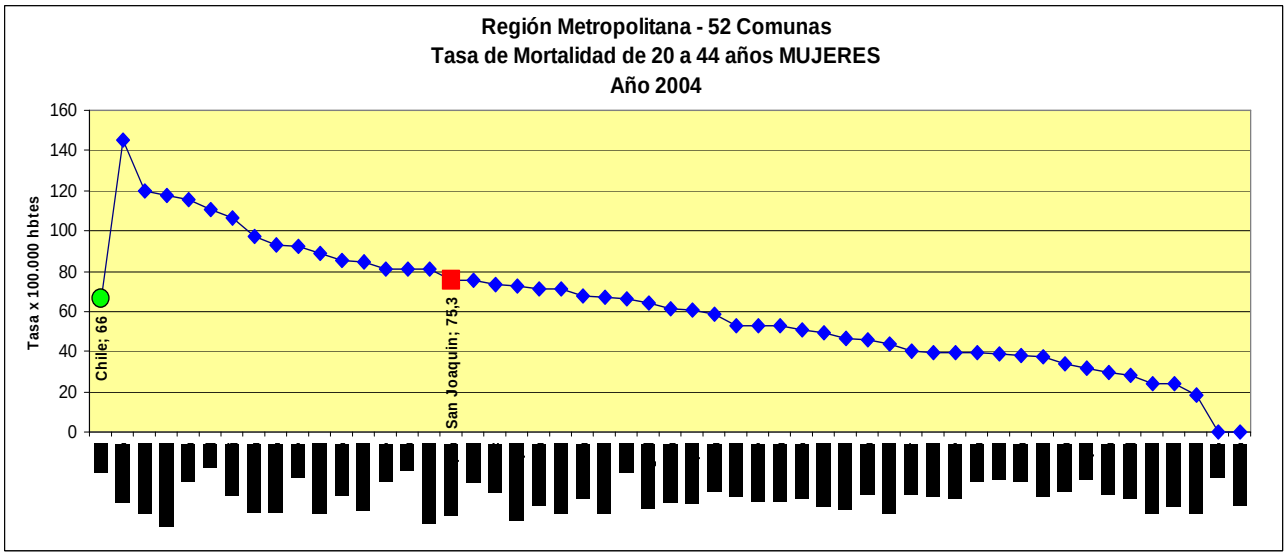


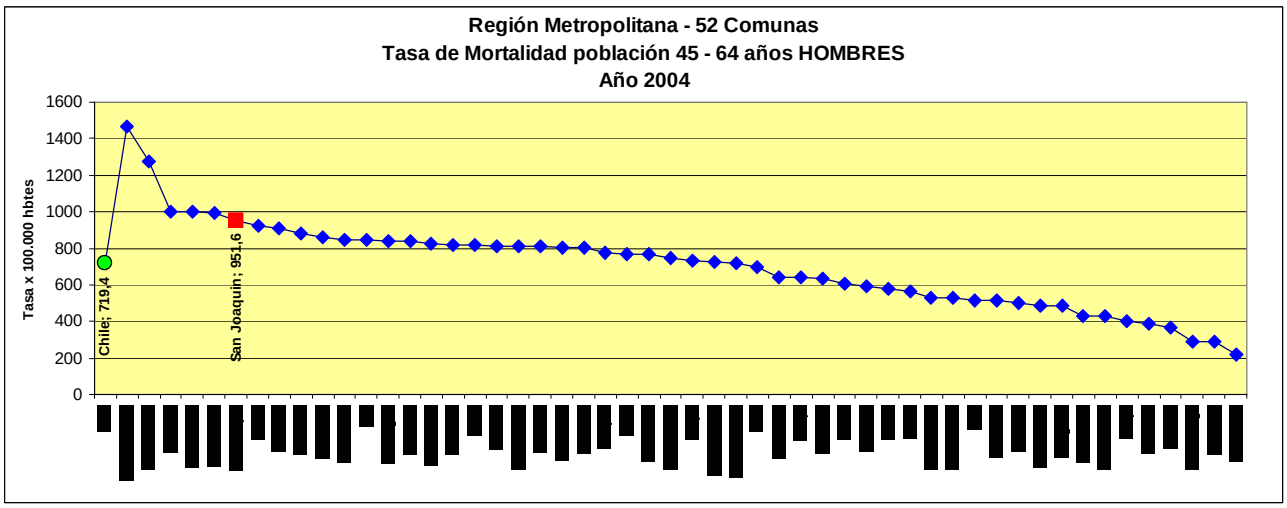
San Joaquín presenta una tasa de mortalidad para ambos sexos de 20 a 44 años y de 45 a 64 años, superior a la de Chile. En el total de Comunas de la Región Metropolitana, se ubica en el 10º lugar de mortalidad para el grupo de edad de 20 a 44 años y el 7º lugar en el de 45 a 64 años.

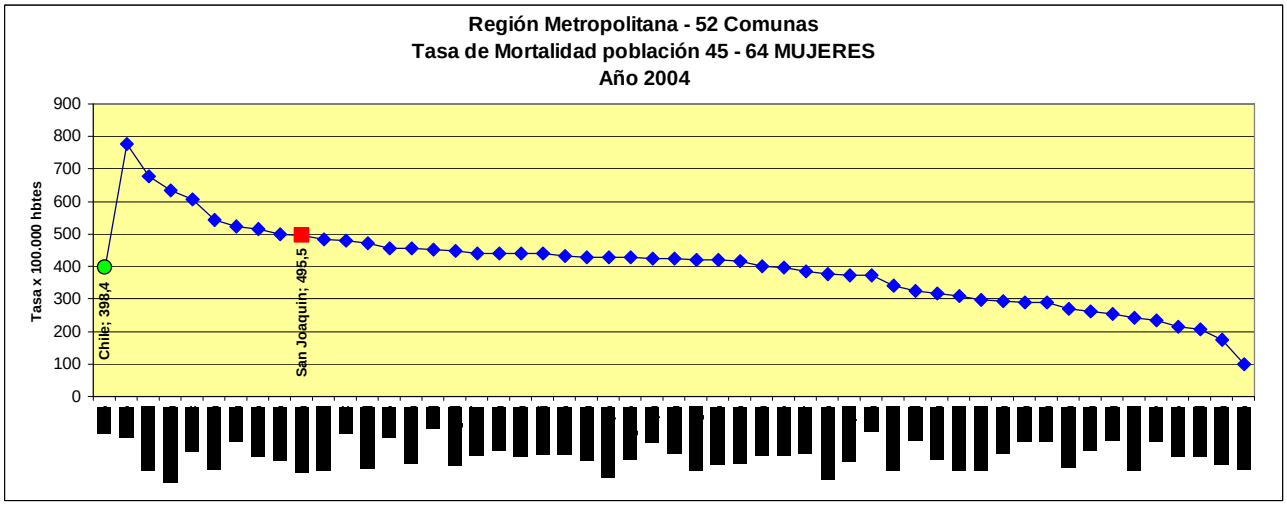
Si se revisa por Grupos de Edad y Sexo, la Comuna para el año 2004 presenta:

Grupo Edad	Sexo	Ubicación entre las 52 Comunas con mayor tasa de mortalidad
20 – 44 años	Hombres	**10º lugar**
	Mujeres	**16º lugar**
45 – 64 años	Hombres	**6º lugar**
	Mujeres	**9º lugar**




Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad de 20 a 44 años MUJERES
Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Chile; 66
San Joaquin; 75,3

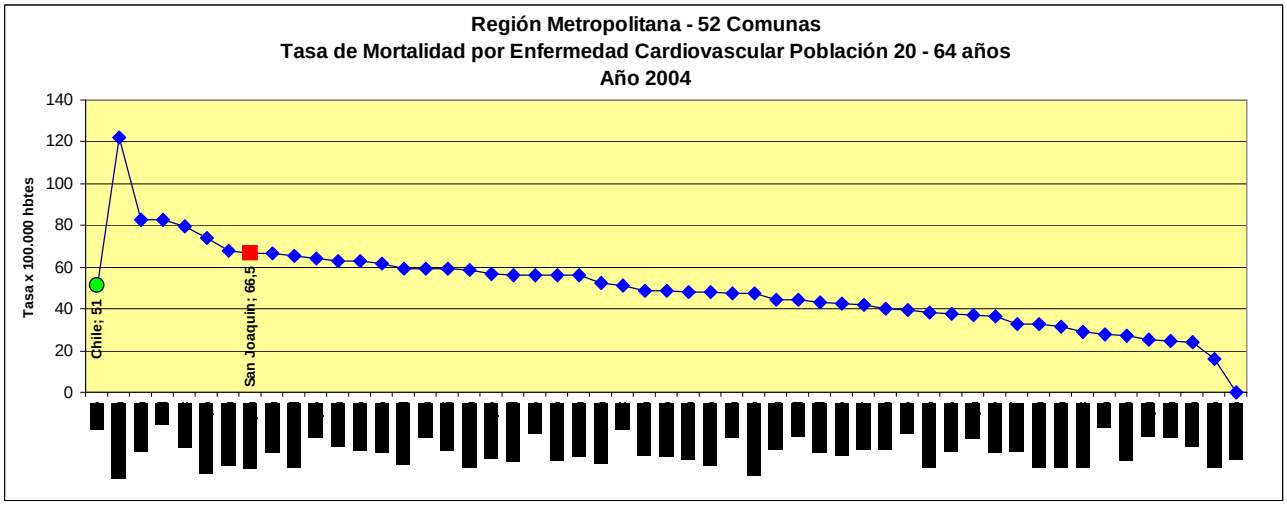

Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad población 45 - 64 años HOMBRES
Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
Chile; 719,4
San Joaquin; 951,6

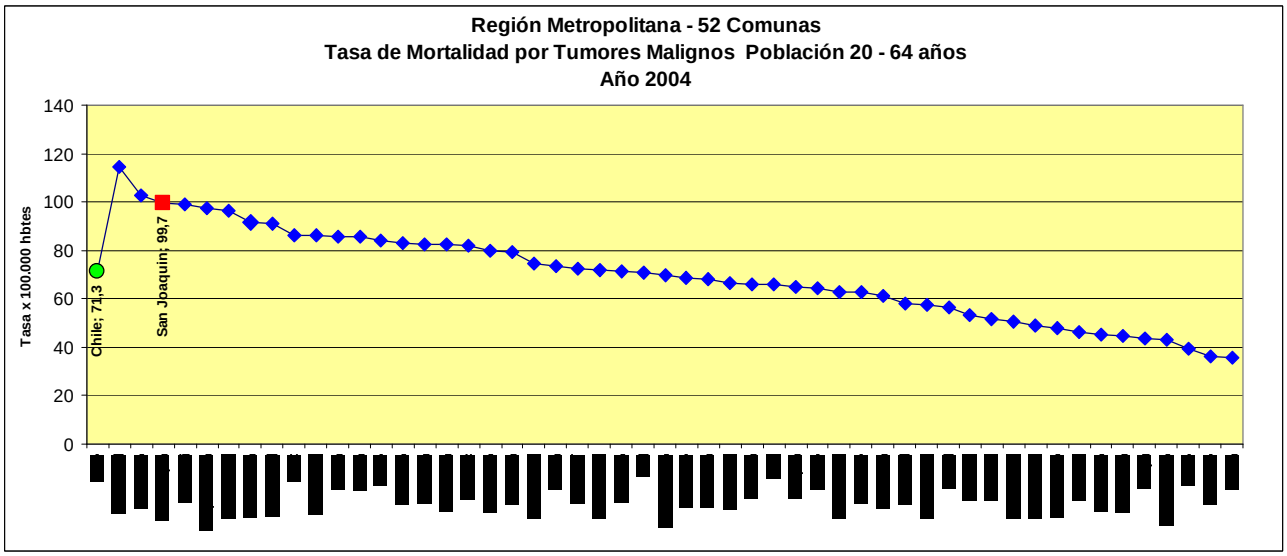

Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad población 45 - 64 MUJERES
Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Chile; 398,4
San Joaquin; 495,5

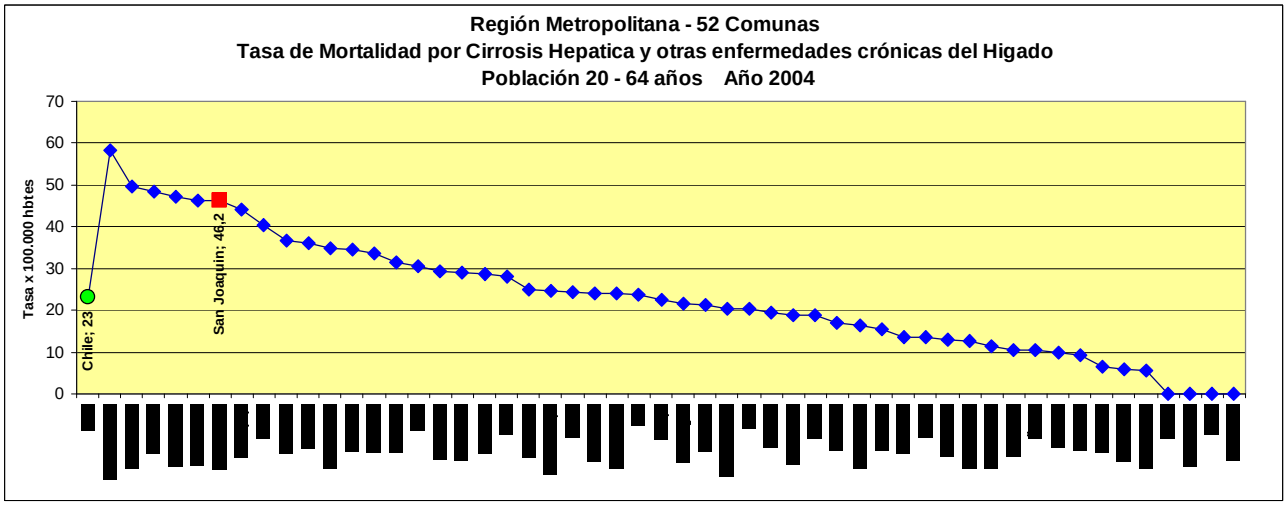
Principales causas de muerte de la población de 20 a 64 años:

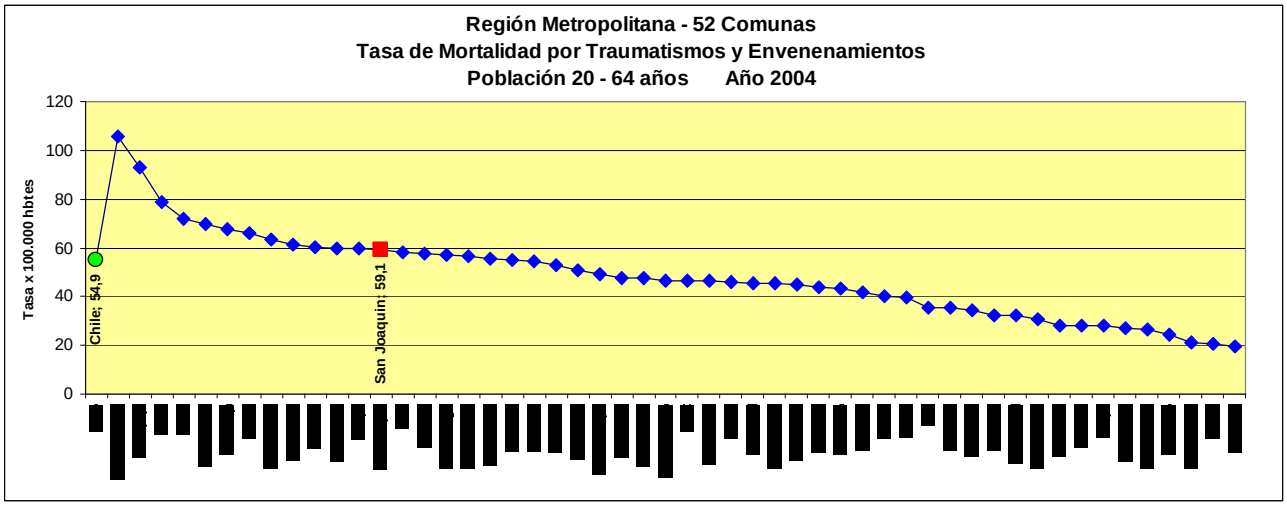
Si se revisan los grandes grupos de causas de mortalidad, asociados al perfil epidemiológico que actualmente presenta nuestro país, vemos que la Comuna de San Joaquín comparada con las otras Comunas de la Región Metropolitana, posee un perfil de sobremortalidad respecto al promedio nacional que la ubica en :

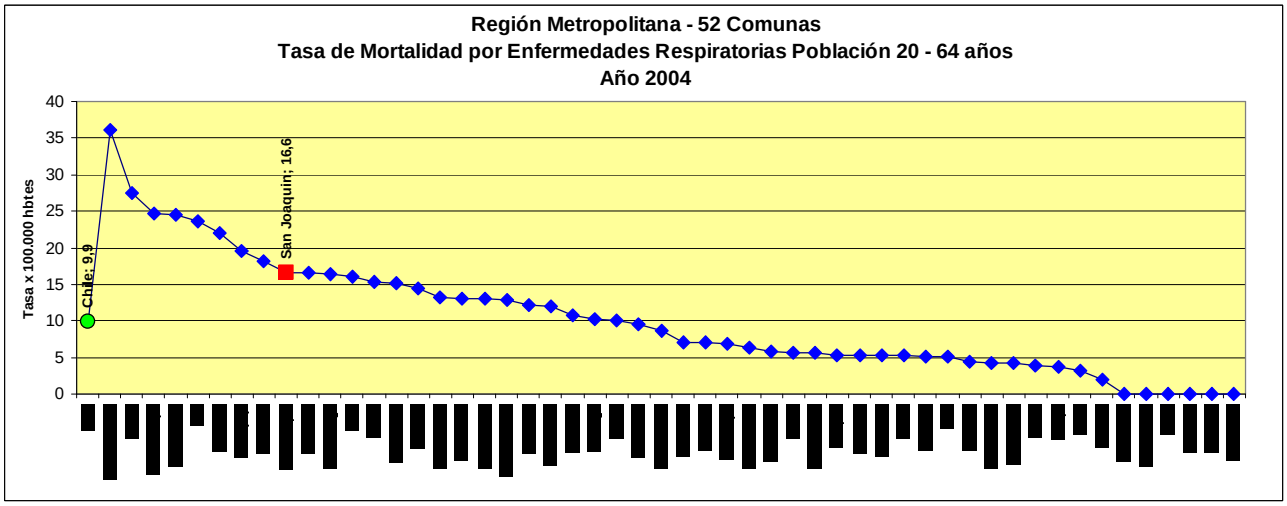
Grupos de Causas – Mortalidad 20 – 64 años / Año 2004	Ubicación entre las 52 Comunas con mayor tasa de mortalidad
Enfermedad Cardiovascular	**6º lugar**
Tumores malignos	**3º lugar**
Cirrosis y otras enfermedades crónicas Hígado	**6º lugar**
Traumatismos y Envenenamientos	**13º lugar**
Enfermedades Respiratorias	**9º lugar**






Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad por Cirrosis Hepatica y otras enfermedades crónicas del Higado
Población 20 - 64 años Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
70
60
50
40
30
20
10
0
Chile; 23
San Joaquin; 46,2

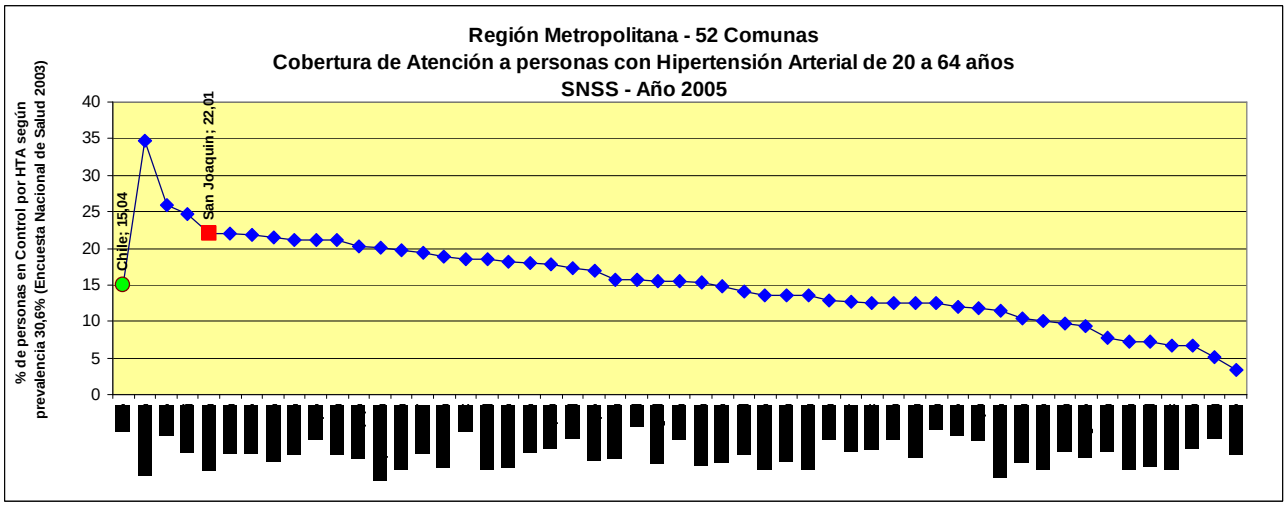

Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad por Traumatismos y Envenenamientos
Población 20 - 64 años Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
120
100
80
60
40
20
0
Chile; 54,9
San Joaquin; 59,1

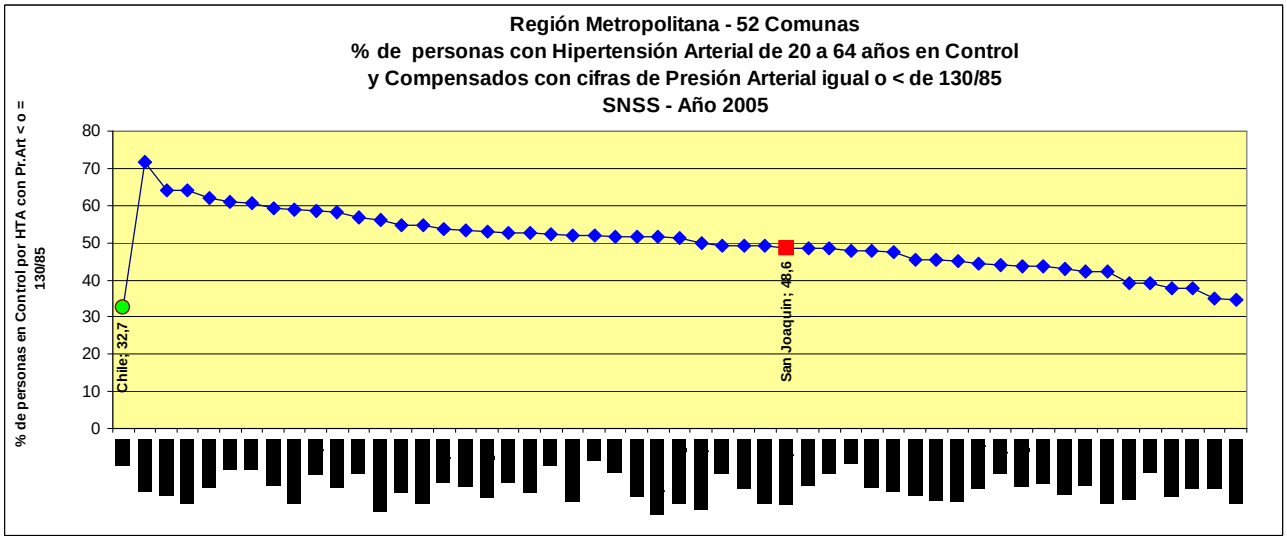

Región Metropolitana - 52 Comunas
Tasa de Mortalidad por Enfermedades Respiratorias Población 20 - 64 años
Año 2004
Tasa x 100.000 hbtes
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Chile; 9,9
San Joaquin; 16,6

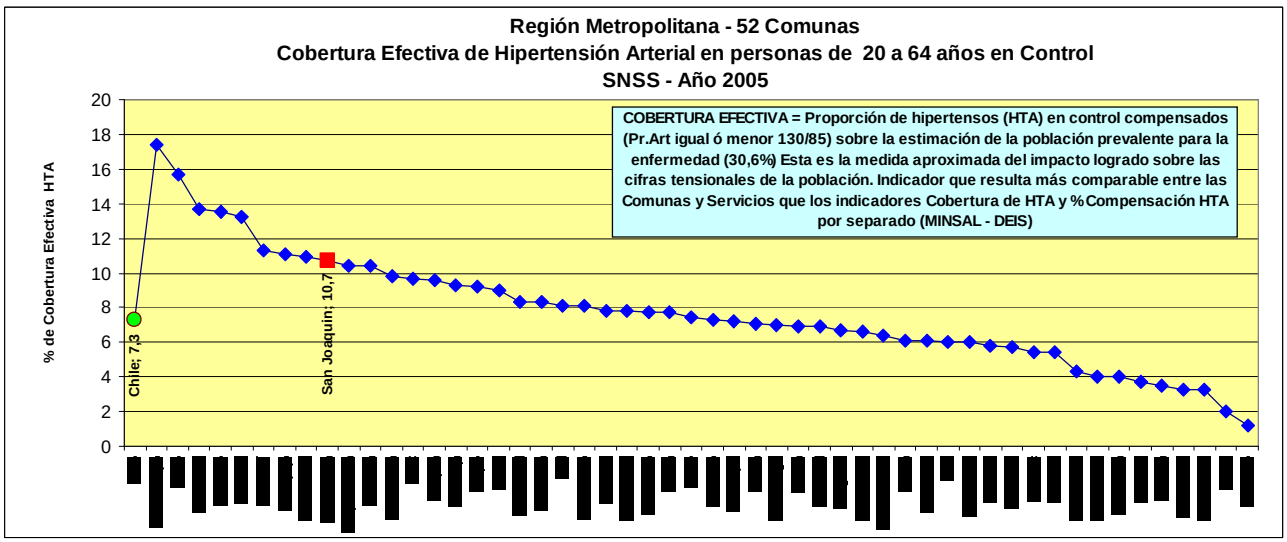
Provocar un impacto que tienda a reducir estas cifras exige al Sistema de Salud Local y a la Red Asistencial desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud, con detección temprana de perfiles de riesgo e intervención de estos factores. El desarrollo de iniciativas que actúen sobre estos factores de riesgo, constituye una prioridad para nuestro Sistema Local de Salud y tienen énfasis en el accionar de nuestros Equipos locales. Una demostración de ello, es el esfuerzo sostenido por aumentar coberturas de los programas de Crónicos, especialmente los relacionados con Morbimortalidad cardiovascular: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias.

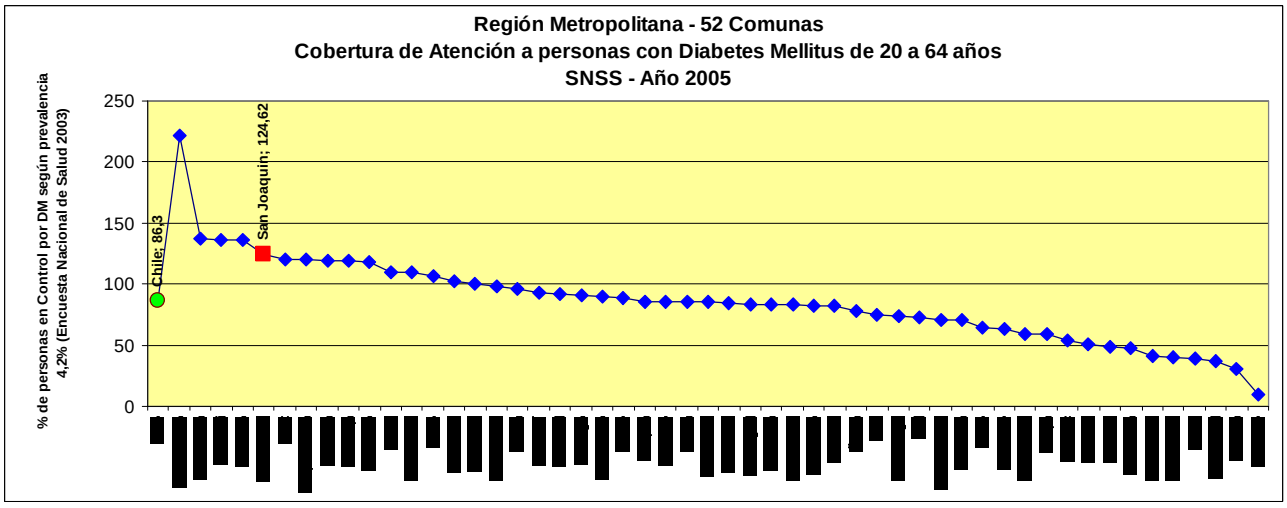
En relación a estas patologías, la Comuna de san Joaquín se ubica entre las 52 Comunas de la Región Metropolitana:

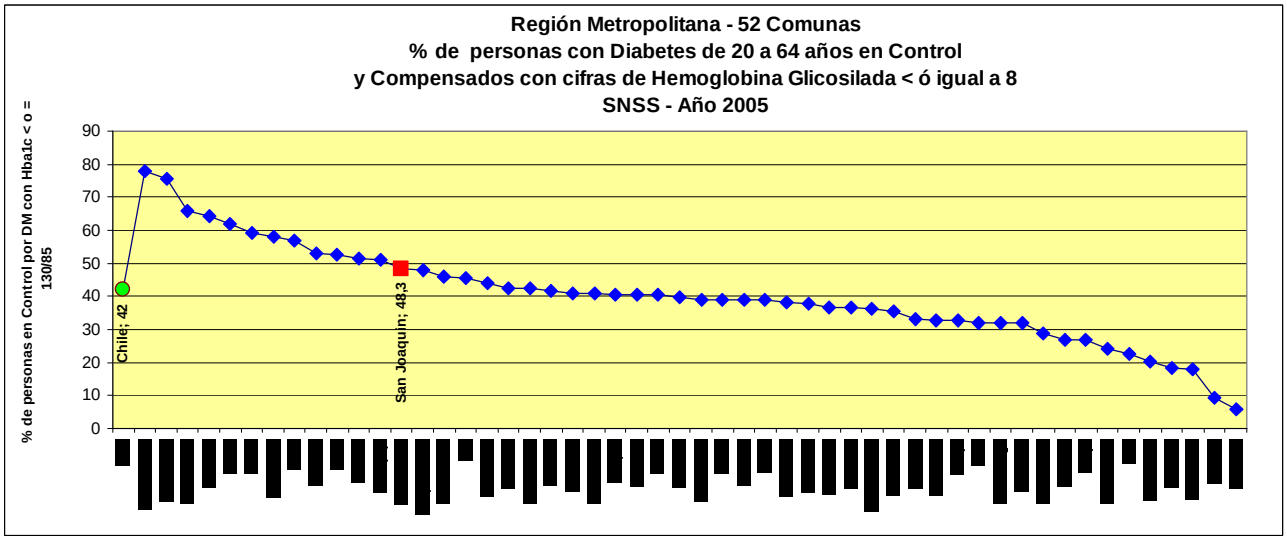
Patología	Indicador	Ubicación entre las 52 Comunas de la RM – Año 2005 –	Valor del Indicador San Joaquín 2005	Indicador Promedio Nacional – Chile 2005
Hipertensión Arterial	Cobertura (% de personas en Control) de 20-64 años	**4º lugar**	**22,01%**	**15,04%**
	% de Personas de 20 – 64 años en control y compensados (Pr.Art < ó = 130/85)	**31 º lugar**	**48,6%**	**32,7%**
	Compensación Efectiva	**9º lugar**	**10,7%**	**7,3%**
Diabetes tipo 2	Cobertura (% de personas en Control) de 20-64 años	**5º lugar**	**124,62%**	**86,3%**
	% de Personas de 20 – 64 años en control y compensados (Hba1c < ó = a 8)	**13º lugar**	**48,3%**	**42%**
	Compensación Efectiva	**3º lugar**	**3,4%**	**2%**

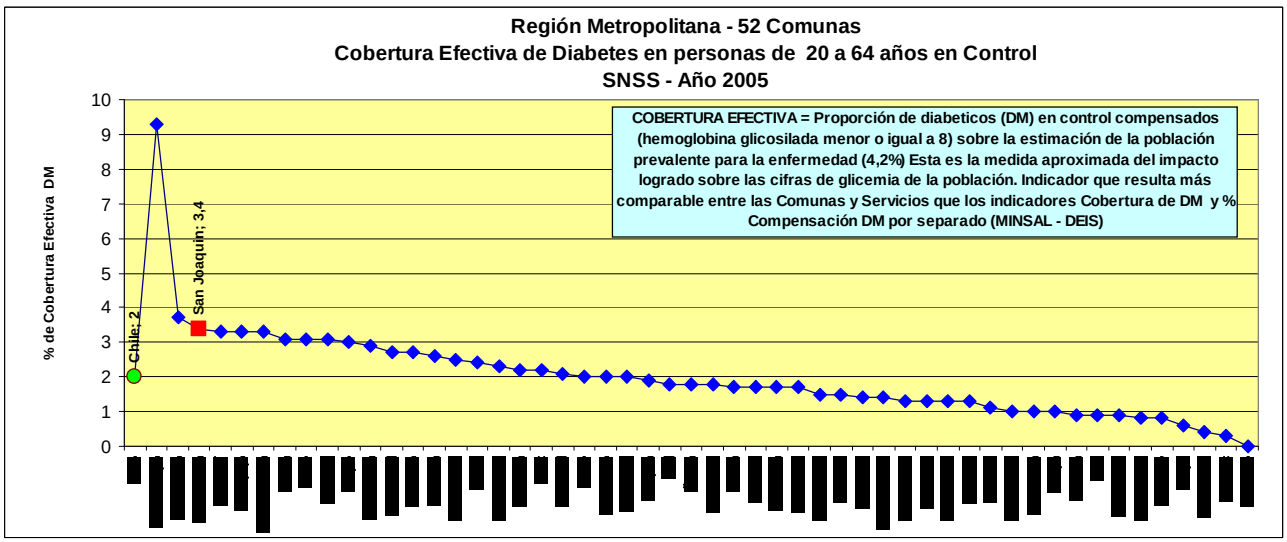



Región Metropolitana - 52 Comunas
% de personas con Hipertensión Arterial de 20 a 64 años en Control
y Compensados con cifras de Presión Arterial igual o < de 130/85
SNSS - Año 2005
% de personas en Control por HTA con Pr.Art < o = 130/85
Chile; 32,7
San Joaquin; 48,6


Región Metropolitana - 52 Comunas
Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial en personas de 20 a 64 años en Control
SNSS - Año 2005
% de Cobertura Efectiva HTA
COBERTURA EFECTIVA = Proporción de hipertensos (HTA) en control compensados (Pr.Art igual ó menor 130/85) sobre la estimación de la población prevalente para la enfermedad (30,6%) Esta es la medida aproximada del impacto logrado sobre las cifras tensionales de la población. Indicador que resulta más comparable entre las Comunas y Servicios que los indicadores Cobertura de HTA y %Compensación HTA por separado (MINSAL - DEIS)
Chile; 7,3
San Joaquin; 10,7


Región Metropolitana - 52 Comunas
Cobertura de Atención a personas con Diabetes Mellitus de 20 a 64 años
SNSS - Año 2005
% de personas en Control por DM según prevalencia 4,2% (Encuesta Nacional de Salud 2003)
Chile; 86,3
San Joaquin; 124,62


Región Metropolitana - 52 Comunas
% de personas con Diabetes de 20 a 64 años en Control
y Compensados con cifras de Hemoglobina Glicosilada < ó igual a 8
SNSS - Año 2005
% de personas en Control por DM con Hba1c < o = 130/85
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Chile; 42
San Joaquín; 48,3


Región Metropolitana - 52 Comunas
Cobertura Efectiva de Diabetes en personas de 20 a 64 años en Control
SNSS - Año 2005
% de Cobertura Efectiva DM
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Chile; 2
San Joaquín; 3,4
COBERTURA EFECTIVA = Proporción de diabeticos (DM) en control compensados (hemoglobina glicosilada menor o igual a 8) sobre la estimación de la población prevalente para la enfermedad (4,2%) Esta es la medida aproximada del impacto logrado sobre las cifras de glicemia de la población. Indicador que resulta más comparable entre las Comunas y Servicios que los indicadores Cobertura de DM y % Compensación DM por separado (MINSAL - DEIS)

CAPITULO III

Determinantes Sociales de la Salud
Enfoque Teórico del Plan de Salud 2008-2012

Los Determinantes Sociales de la Salud corresponden a un enfoque que reposiciona la idea de ligar las condiciones materiales y culturales de existencia de los pueblos y comunidades al nivel de salud alcanzado por estos. Vale decir que la forma en que las personas viven se relaciona directamente con las enfermedades que los afectan y el cómo puede o no mantenerse saludables. Se evidencia entonces que no es el sistema sanitario aislado quien determina los resultados en salud, si no que más bien son el producto de un proyecto de sociedad que coloca la salud de los individuos y la población como un bien a conseguir. El resultado de salud está relacionado con el nivel de ingresos de las personas, las condiciones de vivienda, los niveles de educación alcanzado o las desigualdades existentes al interior de las sociedades.

Es por eso, que se pueden encontrar notables diferencias interculturales e intraculturales, países desarrollados y no desarrollados expresados por ejemplo, en las expectativas de vida entre países como Haití y Japón. Pero también se pueden encontrar diferencias importantes al interior de las sociedades desarrolladas o que han logrado cierto nivel de desarrollo, pero que mantienen desigualdades.

Como ejemplo, se puede plantear una referencia nacional. En Chile, son distintas las tasas de mortalidad infantil encontradas en el Gran Santiago. La comuna de San Joaquín en el año 2000 tuvo una tasa de Mortalidad Infantil de 11,8 por 1000 nacidos vivos, en cambio la comuna de Lo Barnechea tenía una tasa de 5,6 muertes por 1000 nacidos vivos, Donoso [1](2004) demostró que estas tasas estaban directamente correlacionadas con el nivel de ingresos de los hogares, en el caso de San Joaquín eran del orden de los US 744 mensuales y Lo Barnechea era de US 4.781.- .Asimismo, la tasas de Mortalidad en los mayores de 20 años se veían afectadas por los ingresos promedios por hogar comunales, un estudio de Sánchez y Albala [2](2004), mostraba, entre otros casos, que San Joaquín tenía una tasa de mortalidad para mayores de 20 años de 7,6 por 1000 habitantes y Lo Barnechea era de 5,9 por 1000 habitantes, los ingresos promedios comunales eran de $270.000.- y $1.146.595.- respectivamente.

No sólo los ingresos por hogar afectaban estos resultados en salud, las diferencias en el nivel educacional de la mujeres afectaba las tasas de mortalidad infantil. Las diferencias encontradas entre mujeres con menos de 3 años de educación en comparación con quienes tienen 13 años y más de estudio para el trienio 2000 y 2003 en Chile, es de 15,1 por 1000 y 5,0 por 1000 respectivamente[3] . Así también, la segregación residencial que existe en Santiago, sigue un patrón similar a otras metrópolis de Latinoamérica y se va profundizando en el tiempo, afecta la salud de la población. Sabatini et al.[4] (2001) mostró que a mayor segregación residencial, entendida como conformación de áreas socialmente homogéneas (pobreza, etnia), mayores tasas de embarazos adolescentes o desempleo, así se gráfico en patrones en la ciudades de Concepción y Valparaíso durante la década de los 80 y 90.

[1] Donoso et al; REV CHIL OBSTET GINECOL 2004; 69(3): 203-208
[2] Sanchez y Albala; REV MED CHI 2004; 132; 453-460
[3] Fuente MINSAL
[4] Sabatini et al; REV EURE 2001; 82.

Las desigualdades económicas al interior de un país, región o comuna agudiza estas diferencias. Un estudio realizado por Subramaniam, Karachi, Jadue[5] et al mostró que los niveles de autopercepción de salud se relacionaba con los niveles de desigualdad económica al interior de las comunas del Gran Santiago, es decir que en comunas con mayores desigualdades de ingreso peores niveles de autopercepción de salud. Por último, existe un nutrido campo de investigaciones que muestran como la cohesión social y el capital social impactan positivamente en la salud de la personas. En una extensa revisión realizada por Sapag y Kawachi,[6] se mostró cómo algunas experiencias en Latinoamérica permitían que las comunidades se empoderaran y participaran cambiando los determinantes de la salud que les afecta.

Por tanto, no sólo los datos "duros" como los ingresos, el barrio, la etnia, sino también la homogeneidad de la pobreza, y la desigualdad económica territorial afecta la salud de las personas. Sigue siendo muy importante en nuestro país cuanto se gana y dónde se vive, la relación entre ser pobre, vivir en cierto sector, tener discapacidad, ser mujer y pertenecer a determinado grupo étnico es una relación altamente probable, y que tiene resultados no menores en la salud de la población. Los sistemas de protección social, así como las participación social y empoderamiento se vuelven temas gravitantes en sociedades con diferencias de estas magnitudes.

Desde el año 2006 el Gobierno de Chile se ha comprometido en el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud impulsado por la OMS, y ha intentado establecer compromisos sectoriales con respecto a este tema. Una expresión de esto es un Plan de Salud Nacional que hace hincapié en una acción intersectorial con visión en los Determinantes Sociales de la Salud. Tal vez uno de los principales sea la profunda desigualdad social que existe en Chile.

Frente a este enfoque de Determinantes Sociales que visualiza la pobreza, el acceso a la educación, el nivel de ingresos, la desigualdad social como riesgos para la salud de la población, el Estado chileno se ha propuesta amortiguar estas diferencias existentes en salud a partir de modificar las causas que condicionan estos resultados. Esta visión establece que el sector salud por si solo no tiene capacidad para resolver problemas que se dan en otras dimensiones de vida de la sociedad. El Instituto Canadiense de investigación estableció que el factor "servicios de salud" tendría sólo un 25% de influencia sobre el nivel de salud de la población. Esto implica que hay un 75% que influye en la salud de las personas, familias y comunidades, destacándose las sociales como las de mayor preponderancia, con una influencia de 50% sobre el nivel de salud de una población.

Este enfoque orienta las tareas que la institucionalidad existente debe realizar, desafiando a los sistemas del nivel central como del nivel local, con distinto ámbito de influencia y radio de acción en sus políticas.

En este contexto el país está desafiado a potenciar políticas de salud con enfoque de determinantes sociales para disminuir la mayor exposición a factores deletéreos de la salud, políticas para disminuir la vulnerabilidad de las personas más desfavorecidas, así como por último, generar marcos legales y administrativos, que permitan reducir las consecuencias diferenciales en salud producto de las inequidades sociales previas.

[5] Submaraniam, Jadue, karachi et al; REV MED CHI 2003; 131; 321-330.
[6] Sapag y Karachi; REV SAUDE PUB 2007; 41(1): 139-49.

Estos problemas requieren de estrategias de trabajo diferentes a las establecidas por el sector salud. Las estrategias para abordar los problemas que en la mitad del siglo pasado fueron exitosas y muy relevantes para aportar a la calidad de vida a la población, no son suficientes en este nuevo escenario. Hoy en día se requiere de un gran trabajo intersectorial, con modelos que apoyen el empoderamiento de las personas y el fortalecimiento de la sociedad en su conjunto en la definición de políticas y programas que abordan la solución de los nuevos desafíos del perfil epidemiológico de la población.

El enfoque de Determinantes Sociales en la Comuna de San Joaquín: Base para la formulación y desarrollo del Plan de Salud 2008-2012

En San Joaquín son variadas las tareas que requieren esta mirada de determinantes, y que son a la vez expresiones a escala de lo ocurrido en el nivel central. Nuestro propio diagnóstico nos señala la necesidad de potenciar, relevar, priorizar ciertos temas y ciertos grupos prioritarios que requieren de una mayor atención pues en ellos confluyen factores de riesgos, vulnerabilidades e inequidades.

En este sentido aparece como **grupos prioritarios *la infancia* vulnerada en sus derechos fundamentales, *los adolescentes* como un período clave para la prevención de riesgo; y *adultos mayores* grupo de gran notoriedad en la comuna, por su alto número y por la necesidad de abordar la funcionalidad y con ello favorecer la inclusión social como un medio de alcanzar mejor calidad de vida.**

En el entendido que el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud alude a una mirada integral y holística de los factores que influyen en los niveles de salud de la población, se hace evidente que **estrategias como la *Participación Social* y el *Trabajo Intersectorial*** deben estar en el centro de la planificación de salud.

Haciéndonos cargo del **25% que el Sistema de Servicios de Salud aporta al nivel de salud de las personas; se hace indispensable invertir en mantener y expandir las *Coberturas* que permiten provocar impactos positivos en los indicadores de Salud y junto con ello, asegurar niveles de *Calidad y Resolutividad* adecuados a las necesidades de la población. Colocar el énfasis en estos elementos implica abordar al menos 2 importantes áreas de gestión que constituyen la base indispensable para desarrollar y fortalecer con Equidad un Sistema Local de Servicios de Salud Comunal:**

- ***Recursos Humanos***: Siendo el Sistema de Servicios de salud, en cualquiera de sus niveles, un área de Servicios hacia y con las personas, el principal Recurso para desarrollar su trabajo esta definido por el Equipo de Salud, los llamados Recursos Humanos. De los recursos humanos requerimos sus competencias, motivaciones y disposición, es por ello que desarrollar una política en su favor nos proporciona una base para garantizar mayores y mejores atenciones a los usuarios de San Joaquín.

- ***Financiamiento***: Tener acceso a fuentes de financiamiento suficientes, seguras y sustentables es lo que permite disponer de recursos físicos, equipamiento, materiales, contratar y mantener RRHH en la cantidad necesaria y sosteniendo su calificación de competencias y desarrollo en el tiempo. Esto implica diseñar estrategias de mantención y aumento de los recursos financieros coherentes con las necesidades explicitadas por los usuarios y evidenciadas por los equipos de salud. La revisión del modelo de financiamiento y las fuentes financieras para la Atención Primaria es parte de las preocupaciones de la Comunidad Local de San Joaquín, sean estas autoridades comunales o dirigentes sociales. Entendemos que el financiamiento de la Atención Primaria supone diálogos, reflexiones, negociaciones y acuerdos que superan los límites del quehacer Comunal y Municipal. Es una tarea Nacional vinculada a la reflexión-acción respecto a que tipo de Salud queremos construir como País y que responsabilidades - y por consiguiente qué recursos - se le entregan al Sistema de APS para llevar a cabo las acciones por las que deberá responder.

En conclusión, la mirada de los Determinantes Sociales en Salud se debe traducir en estrategias concretas que efectivamente aporten en la construcción de entornos y comunidades más saludables, articulando las acciones de los servicios sanitarios con los demás sectores que tienen impacto en el bienestar psicosocial de las personas y las familias. A nivel local, en San Joaquín este enfoque se ha querido plasmar en los objetivos y líneas estratégicas para el quinquenio 2008 – 2012.

CAPITULO IV

Definición
Objetivos y Líneas Estratégicas
Plan de Salud

Los días 18 y 19 de Octubre de 2007, la Dirección de Salud convocó a una Jornada para el desarrollo del Plan de Salud Comunal. En ella se establecieron diversos Objetivos y Líneas de Desarrollo Estratégico para el área de salud en la Comuna de San Joaquín, las que se visualizan en un proceso de maduración y aplicación en una periodo de tiempo que va mas allá del año 2008 por cuanto expresan los grandes procesos que se deben impulsar la Comuna para consolidar el Modelo de Salud Familiar, aportando al Desarrollo Comunal y al Bienestar de las personas que habitan en su territorio.

Por ello, se plantean los siguientes Objetivos y Líneas Estratégicas para un Plan de Salud cuya perspectiva de desarrollo se defina en un horizonte de a lo menos 4 años

1) **Objetivos Generales**
    a. Consolidar la red de salud comunal, en todos y cada uno de sus dispositivos, mediante el fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar inserto en el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.
    b. Desarrollar la gestión de salud otorgando una atención de calidad y resolutividad, con énfasis en la equidad y oportunidad en el acceso a los servicios y promoviendo espacios laborales adecuados para funcionarios y usuarios.
2) **Objetivos:**
    a. Promover la formación de vínculos crecientes y progresivamente más fuertes entre el establecimiento de salud y la comunidad
    b. Consolidar la red de salud comunal, fortaleciendo el modelo de salud familiar, a través de los dispositivos existentes en la comuna
    c. Dar mayor énfasis a la gestión coordinada e intersectorial del área de salud, utilizando el Enfoque de Determinantes Sociales en Salud para fortalecer la acción conjunta en pro del desarrollo de la Comuna y del Bienestar de sus habitantes.
    d. Brindar atención de calidad con resolutividad, marcada por la equidad y oportunidad en el acceso a los servicios, a todos quienes lo requieran, en especial a quienes por su condición de salud o edad se encuentren más vulnerables.
    e. Favorecer una adecuada gestión de recursos financieros provenientes de las subvenciones del estado, así como buscar fuentes alternativas de apoyo, que permitan soportar el plan quinquenal.

f. Mejorar los espacios laborales, mediante la implementación de una política de recursos humanos y recursos físicos, eficaz, eficiente y transparente.

3) Líneas Estratégicas

a. Participación Social e Intersectorialidad
b. Calidad de los servicios, resolutividad y equidad, en relación a Grupos y temas prioritarios
c. Financiamiento
d. Política de Recursos Humanos y Estructura Organizacional
e. Incorporación del Enfoque de Determinantes Sociales en la Gestión

Líneas Estratégicas

1. Participación Social

Presentación

Se entenderá por Participación Social el vínculo que se establece entre la comunidad, esté organizada (Consejos Locales de Desarrollo de Salud u otros) o no (usuarios), con su respectivo Centro de Salud, el cual se expresa en acciones conjuntas, canales de comunicación expeditos, interacción activa y promoción de instancias de desarrollo, en beneficio de la salud individual y/o comunitaria, mediante el reconocimiento de la situación de cada sector, con sus demandas, necesidades y potencialidades.

Estrategias

- Potenciar el vínculo con los usuarios, a través de la comunidad organizada o no organizada para ofrecer un mejor servicio que involucre la mirada del usuario.
    i. Continuar relacionándose con los Consejos locales de salud (CLS), fortaleciendo la interacción, incorporándolos a reuniones de consejo técnicos, jornadas locales, comunales y/o en reuniones de sector de acuerdo a las necesidades de cada centro de salud.
- Capacitación para usuarios, dirigentes sociales y funcionarios en el ámbito de la participación social, que favorezca el empoderamiento de los usuarios de San Joaquín respecto a su salud y los servicios.
    i. A los CLS e Interconsejo de acuerdo a necesidades manifestadas por sus integrantes.
    ii. Ofrecer capacitación a colaboradores activos para un mejor manejo de su salud y uso de la Red local de Salud.
    iii. A los equipos de salud en conceptos e instrumentos de la participación social.
- Conocimiento actualizado de la realidad de los usuarios de la red local de Salud.
    i. Realizar diagnósticos participativos local (sector) u otro instrumento que permita un mejor conocimiento de los usuarios y su entorno familiar y barrial.

2. Intersectorialidad

Presentación

Se entiende como un trabajo concertado e integrado entre diferentes sectores con un objetivo que busca la solución de un problema social.
Debe haber evidencia de que la solución del problema que ocupa la atención no puede lograrse a través de un solo sector. Implica compartir recursos, responsabilidades y acciones.

Es un proceso político y técnico, que puede involucrar a las instituciones del Estado pero también las privadas, Ejemplo: ONGs, organizaciones comunitarias. Los sectores: social (salud, educación, seguridad social, trabajo), cultural, medio ambiente, equipamiento urbano y vivienda y económica (productiva).

Se reconoce como un espacio virtual que para operar requiere de la articulación de distintos actores y agentes comunitarios, ya sean institucionales o de la sociedad civil, que confluyen en un territorio y tienen impacto sobre la comunidad que vive, trabaja o estudia en el mismo, en el ideal de que puedan potenciar y multiplicar sus esfuerzos, evitando la pérdida de recursos y la duplicación de actividades.

Se incluye aquí la Promoción de la Salud como un componente que puede ser trabajado de manera integral por los distintos componentes de la red.

Estrategias

- Mesa Social territorial que permita hacer planteamientos de iniciativas, dificultades y dudas facilitando la colaboración y cooperación entre los sectores y con ello ofrecer mejores respuestas a las demandas de nuestros usuarios.
    i. Realizar actividades conjuntas como, jornadas encuentros que faciliten la comunicación y el conocimiento.
    ii. Catastro por territorio actualizado de las organizaciones sociales y comunitarias.
- Desarrollo de la Promoción de la salud al interior de los centros de salud que permita generar competencias para luego trabajar con la comunidad y el intersector.
    i. Capacitación a los equipos de salud en la estrategia de promoción de la salud.

3. Política de recursos humanos

Presentación

Se entenderá como la puesta en práctica de una serie de principios, estrategias y líneas de acción local, orientadas al ingreso, formación, capacitación, y acompañamiento de quienes se desempeñan en los establecimientos y en la Dirección de salud, con el propósito de brindar la mejor calidad laboral posible.

Estrategias

- Política de incentivos que permita retener a los recursos humanos calificados, necesarios para el desarrollo de la salud familiar.
    i. Evaluar carrera funcionaria y definir posibilidades de mejoramiento en las remuneraciones
    ii. Mantener contratos actualizados y un sistema de inducción de los nuevos funcionarios.

iii. Evaluara compensaciones no salariales como aumento de feriados legales, acceso a docencia, investigación y proyectos
iv. Reconocimiento al cumplimiento de metas y al trabajo bien ejecutado.

- Definición de los cargos que se requieren para el desarrollo del modelo de salud familiar.
  i. Realizar descripciones de los cargos en la Comuna según necesidades de modelo de salud familiar
  ii. Definir necesidades de dotación ajustadas al proceso de cambio del modelo de salud familiar
- Sistema de atención al recursos humanos que de respuestas oportunas a las necesidades propias del desempeño laboral.
- Capacitación como una herramienta motivacional y de desarrollo de competencias laborales.

4. Financiamiento

Presentación

Se entenderá como los mecanismos de control y seguimiento de los recursos económicos de los cuales se dispone en la Corporación, en particular la Dirección de Salud y cada uno de sus establecimientos, a fin de generar y apoyar una gestión clara, organizada, eficaz y transparente de los mismos.

Estrategias

- Instalación de sistema de control y auditoria para optimizar el usos de los recursos.
  i. Cuantificar las perdidas de horas y gestionar su uso eficiente con la comunidad
  ii. Análisis del uso de exámenes y fármacos que impactan en el presupuesto.
  iii. Definir centros de costos por CESFAM a objeto que los equipos conozcan los ingresos y egresos que producen; y generen estrategias de optimización y gestión de costos.

5. Calidad de los servicios, equidad y resolutividad

Presentación

Se entenderá como la mirada orientada a brindar a los usuarios del sistema de salud local de San Joaquín, los servicios de salud disponibles de la manera más oportuna, eficaz, resolutiva y equitativa, considerando que estos aspectos contribuirán a la disminución de brechas y a mejorar la calidad de la atención en sus distintos niveles.
La calidad de los servicios deberá responder a las demandas de la población a quien va dirigido e incorporar la pertinencia cultural de los usuarios en las definiciones estratégicas de la calidad de los servicios.
Considera en simultáneo el apoyo a los clientes internos (funcionarios), para que manejen herramientas que le permitan aportar al proceso de atención con calidad, y externos (usuarios), para que accedan de forma justa al sistema.

Estrategias

- Protocolos consensuados a nivel comunal que permita unificar criterios de atención y usos de recursos.
  i. Divulgación y uso de los protocolos en cada uno de los dispositivos de la red comunal de salud.

ii. Compartir protocolos, guías y materiales de apoyo producidos en los Cesfam.
iii. Compartir las buenas practicas que permita avanzar en la calidad de los servicios

- Capacitación continúa en temas prevalentes
  i. Diseño de un plan estratégico de capacitación que contemple los ejes centrales del Plan quinquenal.
- Monitorización sistemática de los procesos de atención para el aseguramiento de la calidad en la entrega servicio de la Red comunal de salud.
  i. Incorporar la visión y satisfacción de los usuarios internos y externos.
  ii. Identificar brechas en procedimientos diagnósticos de apoyo.

6. Grupos y temas prioritarios

Presentación

Se entenderá como la existencia de colectivos o grupos de personas con características semejantes, quienes ya sea por condición de salud o grupo etáreo, demandan una mayor atención, ya sea por su emergencia, prevalencia o gravedad.

Estrategias

- Se consideran como grupos prioritarios.
  - al Adulto Mayor, prevención de la perdida de funcionalidad y la atención o recuperación de esta a nivel físico, psicológico y social.
  - la Infancia en especial la vulneración de derechos y el apoyo a un proceso evolutivo y de desarrollo que les permita acceder a oportunidades
  - la adolescencia como una etapa de oportunidades y de riesgos necesarios de abordar precozmente.
- Como temas prioritarios:
  - el consumo perjudicial de alcohol y drogas.
  - El fortalecimiento estrategias del modelo de salud familiar, como la vista domiciliaria integral, la matriz de riesgo que de cuenta de las especificidades comunales.

CAPITULO V

V.1.- Objetivos del Plan de Salud Comunal año 2007

V.2.- Metas asociadas a Incentivos para Trabajadores de APS Leyes 19.813 y 20.157

V.3.- Proyecciones del Plan de Salud 2008 según lineamientos de Orientaciones Programáticas del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Ministerio de Salud.

CAPITULO V

V.1.- Objetivos del Plan de Salud Comunal 2008

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Desarrollo de pautas clínicas. Esta acción contribuye a mejorar el uso de las herramientas disponibles para manejar problemas de salud en APS, fomentando un uso racional de los recursos terapéuticos y evitando derivaciones innecesarias.	Los Centros de salud de la Comuna han desarrollado Guías Clínicas para: o Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus o Dislipidemias o Acuerdos clínicos para uso de Losartán y Sertralina • Guías anticipatorios: o Apego o Promoción del Buen Trato o Hábitos de sueño o Destete • Trípticos de : o Intervención en crisis o Alcohol y Drogas o Depresión o Síndrome Déficit Atencional	Acuerdos de Desarrollo Estratégico: ***Protocolos consensuados a nivel comunal que permita unificar criterios de atención y usos de recursos.*** • Divulgación y uso de los protocolos en cada uno de los dispositivos de la red comunal de salud. • Compartir protocolos, guías y materiales de apoyo producidos en los Cesfam. • Compartir las buenas practicas que permita avanzar en la calidad de los servicios ***Capacitación continúa en temas de salud prevalentes*** • Diseño de un plan estratégico de capacitación que contemple los ejes centrales del Plan quinquenal. • Monitorización sistemática de los procesos de atención para el aseguramiento de la calidad en la entrega servicio de la Red comunal de salud. • Incorporar la visión y satisfacción de los usuarios internos y externos. • Identificar brechas en procedimientos diagnósticos de apoyo.
• Aumentar el % de familias cubiertas con los instrumentos específicos del Modelo de Salud Familiar: Cartola Familiar, Instrumentos de diagnóstico de la Estructura y Dinámica Familiar: Genograma, Ecomapa, APGAR Familiar, Línea de Vida de la Familia etc.	La incorporación de estos instrumentos posee desarrollo según los años de gestión de cada CESFAM. **CESFAM Sor Teresa**: Aumenta el % de incorporación de 14,8% a 22% Actualmente maneja 1.953 familias con instrumentos de un universo de 8.767 familias inscritas. **CESFAM San Joaquín:** Ingresa con instrumentos de salud familiar al 100% de sus casos nuevos y desde 1998 ha podido completar el manejo con estas herramientas para el total de sus familias en control. **CESFAM Dr. A. Baeza Goñi:** Aumenta el % de incorporación de 33,7% a 525 Actualmente maneja 2.255 familias con instrumentos de un universo de 4.337 familias inscritas.	***Continuar la aplicación de los instrumentos de Salud Familiar aumentando un 10% por año.*** ***Desarrollar una matriz de riesgo que de cuenta de las especificidades comunales.***

Objetivos Plan 2007
• Garantizar la entrega del Plan AUGE (GES) para las personas de San Joaquín que se atienden en la Red de Atención Primaria Comunal.
Evaluación 2007 **Listado de las patologías con Garantía Explícita (GES) vigentes año 2007** **Se destacan en amarillo las patologías GES que tienen manejo preferencial en Atención Primaria**

	Patología GES	Tipo de Intervención de APS	Actividades de APS
1	Insuficiencia Renal Crónica	Sospecha de diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
2	Cardiopatía congénita < 15 años	Sospecha de diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
3	Cáncer cervicouterino	Diagnostico	Examen PAP – Coordinar – Derivar a especialidad
4	Alivio del Dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Coordinación de atenciones con Especialidad	Manejo del paciente en asistencia domiciliaria según coordinación.
5	Infarto agudo Miocardio	Sospecha de Diagnóstico	Electrocardiograma y Atención Urgencia. Primera respuesta. Derivar y Coordinar.
6	Diabetes Mellitus tipo 1	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
7	Diabetes Mellitus tipo 2	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
8	Cáncer de mama en personas mayores de 15 años	Diagnóstico	Protocolo de Examen de Mamas y mamografía en mujer con antecedentes. Coordinar – Derivar
9	Disrafias espinales	Diagnostico habitual en nivel hospitalario – Manejo de especialidad quirúrgica	Si es necesario, coordinar – Derivar Nivel especialidad
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menor de 25 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad – Recientemente se ha agregado la Confirmación Diagnóstica y tratamiento en Comunas del área del SSMSur
12	Endoprotesis total de cadera por artrosis para personas mayores de 65 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
13	Fisura labiopalatina	Diagnostico habitual en nivel hospitalario – Manejo de especialidad quirúrgica	Si es necesario, coordinar – Derivar Nivel especialidad
14	Cáncer en menores de 15 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
15	Esquizofrenia	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
16	Cáncer de testículo en personas de 15 y mas años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
17	Linfoma en personas de 15 y mas años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
18	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Sospecha de Diagnóstico – Toma de VIH en mujer gestante	VIH con consentimiento informado a mujeres gestantes - Coordinar – Derivar Nivel especialidad
19	Infección respiratoria aguda (IRA) Baja en menor de 5 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
20	Neumonía adquirida en la comunidad. Personas de 65 y más años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
21	Hipertensión Arterial Primaria en personas de 15 y mas años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
22	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 años a 15 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
23	Salud Oral integral para niños de 6 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS

24	Prematurez	Diagnostico habitual en nivel hospitalario	Apoyo de seguimiento al alta.
25	Trastorno generación impulso y conducción cardiaca	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad

	Patología GES	Tipo de Intervención de APS	Actividades de APS
26	Colecistectomía preventiva cáncer vesícula	Sospecha de Diagnóstico – Pesquisa ante sospecha con Ecografía Abdominal	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
27	Cáncer gástrico	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
28	Cáncer de próstata en mayor 15 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
29	Vicio de refracción en personas mayores de 65 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad – Recientemente se ha agregado la Confirmación Diagnóstica y tratamiento en Comunas del área del SSMSur
30	Estrabismo en menor de 9 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad – Recientemente se ha agregado la Confirmación Diagnóstica y tratamiento en Comunas del área del SSMSur
31	Retinopatía diabética	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad – Recientemente se ha agregado la Confirmación Diagnóstica en Comunas del área del SSMSur
32	Desprendimiento de retina regmátogeno no traumático	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
33	Hemofilia	Sospecha de Diagnóstico. Habitualmente en especialidad	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
34	Depresión en personas de 15 años y mas	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
35	Tratamiento quirúrgico de hiperplasia benigna próstata	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
36	Ortesis para personas mayores de 65 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
37	Accidente cerebrovascular isquemico en mayores de 15 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
39	Asma bronquial moderada y severa en menor 15 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
40	Síndrome distress respiratorio del R.N	Diagnostico nivel hospitalario	Seguimiento al alta según coordinación
41	Tratamiento médico en personas de 55 y mas años por artrosis cadera y/o rodilla	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
42	Hemorragia subaracnoidea	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
43	Tratamiento quirurgico en tumores primarios del SNC	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
44	Tratamiento quirurgico de hernia núcleo pulposo	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
45	Leucemia en mayor de 15 años	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
46	Urgencia odontológica ambulatoria	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS
48	Politraumatizado grave	Diagnostico principal en S. Urgencia Sospecha de Diagnóstico	Si es necesario: Coordinar – Derivar Nivel especialidad
49	Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave	Diagnostico principal en S. Urgencia Sospecha de Diagnóstico	Si es necesario: Coordinar – Derivar Nivel especialidad
50	Trauma ocular grave	Diagnostico principal en S. Urgencia Sospecha de Diagnóstico	Si es necesario: Coordinar – Derivar Nivel especialidad
51	Fibrosis quistica	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
52	Artritis reumatoidea	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
53	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo	Diagnóstico y Tratamiento	Manejo principal en APS

	bajo/moderado de alcohol y drogas en menor de 20 años		
54	Analgesia del parto	Evaluación de nivel hospitalario	
55	Gran quemado	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad
56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y mas que requiere audifono	Sospecha de Diagnóstico	Coordinar – Derivar Nivel especialidad

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Garantizar la entrega del Plan AUGE (GES) para las personas de San Joaquín que se atienden en la Red de Atención Primaria Comunal.	**Seguimiento del Sistema Informático para Gestión de Garantías Explicitas en Salud (SIGGES)** **Problemas que afecta el seguimiento:** Dificultad en el diseño de digitación. El mejor modelo lo ha llegado a desarrollar el CESFAM Baeza Goñi con digitación directa en cada Sector, Farmacia y Monitora SIGGES. Este modelo requiere conectividad INTERNET en cada punto, problema que ha afectado a los CESFAM Sor Teresa y San Joaquín. **Funcionamiento del SIGGES con elementos facilitadotes y obstaculizadores** <u>Facilitadores</u> • Obtener información a través de los monitoreos y nómina de cotejos sobre los problemas de salud, diariamente. • Reuniones mensuales EPS • Alimentación y retroalimentación entre las redes. <u>Obstaculizadores</u> • Problemas reiterados en el funcionamiento de la página SIGGES: (lentitud, página no habilitada por mantenciones periódicas, no funcionamiento cierre casos automáticos casos IRA, dificultad para obtener monitoreos en forma expedita) • Problemas con la conectividad a INTERNET en cada CESFAM **<u>% de Cumplimiento de las garantías:</u>** • Los CESFAM fueron auditados en Noviembre 2007 existiendo un % de cumplimiento de la oportunidad GES entre 85% y 98% • El mejor desempeño lo tiene el CESFAM Baeza Goñi, por motivos mencionados.	***Informatizar la gestión de las GES:*** • El seguimiento de las GES, se verá beneficiado con el desarrollo del Proyecto de Informatización que se inicia en Noviembre 2007. • Una vez incorporado el sistema informático, se diseñará la modalidad de trabajo para optimizar la digitación de los casos GES y su seguimiento.

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Aumentar las prestaciones de salud familiar de nivel domiciliario: Consulta Médica y de Enfermería a domicilio para postrados y enfermos terminales	El año 2006 se realizaron 966 atenciones domiciliarias para personas postradas o con enfermedades terminales. Para el año 2007 se han realizado 1.123 atenciones. Aumento de un 16,2% Los Cuidados Paliativos se han convertido en un servicio de alta demanda por enfermos terminales y/o portadores de enfermedades catastróficas. Lamentablemente el acceso al Programa es muy difícil para aquellos pacientes a quienes se les ha realizado el diagnóstico en otras instancias extra Hospital B. Luco- CDT. Es necesario también, implementar una vía formal de comunicación directa (Ej. correo electrónico) entre el CESFAM y el Servicio de Cuidados Paliativos, con el objeto de que el médico tratante de APS reciba la información oportuna sobre los cambios de indicaciones que se realizan, lo que actualmente es comunicado por los familiares del paciente Obstaculizadores • Gran complejidad de la atención lo que significa un mayor número de horas de profesionales destinados a la atención domiciliaria • Insuficiente RRHH y material para satisfacer la demanda actual • Vehículo de terreno disponible solo en las tardes • Falta de capacitación del RRHH en los procesos relacionados con la muerte y el buen morir	***Mantener la oferta disponible y definir la carga asistencial que podemos cubrir actualmente.*** ***Evaluar la compra de un vehiculo para terreno con cargo al Proyecto de Salud Familiar***
• Mantener el 100% del arsenal básico de Farmacia y de Laboratorio Clínico para APS disponible en los establecimientos de salud.	Básicamente se ha mantenido. Existen algunos problemas en este punto: a.- Necesidad de priorizar el costo por sobre otras características mas deseables. Ej.: aprovisionar con Ac.Ac.Salícilico de 500 mgs v/s 100 mgs por menor costo. b.- Dificultades de pago con proveedores de laboratorio. c.- Lo anterior impacta con algunos problemas en las fechas de entrega de los fármacos por parte de los laboratorios.	***Mejorar la gestión de Adquisiciones vía Convenio con CENABAST*:** Se ha firmado Convenio de Intermediación de compras de Fármacos e Insumos Médicos con la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) lo que garantizará la provisión de estos productos en entregas mensuales.
• Mantener la oferta de atenciones en salud actualmente disponible	La capacidad del Sistema Local de Salud de la Comuna de San Joaquín para mantener sus prestaciones se ha visto afectada por períodos de alta rotación en horas médicas del CESFAM Baeza Goñi y dificultades para cubrir las extensiones horario en el CESFAM Sor Teresa. El año 2006 las atenciones de Morbilidad general fueron 107.565 atenciones (Solo Horas Médicos en CESFAM. No incluye atención de crónicos) El año 2007 se llegará a 105.000 atenciones (dato Octubre proyectado Diciembre)	***Mantener la oferta:*** La Comuna de San Joaquín, en el promedio nacional de establecimientos de APS, presenta una muy buena relación entre Equipos de Salud v/s Población a Atender y entre Nº de Establecmientos v/s Población a Atender. Evidentemente cualquier iniciativa que espere aumentar la oferta de atención en salud requiere mayor cantidad de recursos para sustentarla, existiendo ya un déficit en la operación.

<table>
<tr><th>Objetivos Plan 2007</th><th>Evaluación 2007</th><th>PROYECCION DE OBJETIVOS 2008</th></tr>
<tr>
<td>

- Mantener y mejorar la conexión de red con el nivel secundario y terciario de los Hospitales de Referencia, a fin de cautelar el seguimiento de los personas derivadas desde los Consultorios para evaluación en esas instancias

</td>
<td>

<u>Situación de las listas de espera</u>

La derivación de pacientes a Consulta de Especialidades y Procedimientos diagnósticos - terapéuticos al Hospital Barros Luco moviliza un total de 4.631 cupos de atenciones por resolver, los que se distribuyen en tiempos de espera:

- Interconsultas con menos de 30 dias espera: Total 599
- Interconsultas entre 30 y 60 días espera: Total 545
- Interconsultas entre 60 y 365 días espera: Total 2.775
- Interconsultas con 1 a 2 años de espera: Total 732

El detalle de estas 2 últimas listas es:

	SOR TERESA	SAN JOAQUIN	A. BAEZA	TOTAL COMUNA
LISTA DE ESPERA ENTRE 1 y 2 AÑOS				
1.-OFTALMOLOGIA	268	294	49	611
2.-OTORRINO	79	42	0	121
LISTA DE ESPERA ENTRE 60 y 365 DIAS				
3.-Poli Cardiovascular Total	5	44	3	52
4.-Urología Total	57	92		149
5.-Gastro	37	29	4	70
6.-Endocrinología	4	0	0	4
7.-Dermatología	33	0	21	54
8.-Reumatología Total	30	0	2	32
9.-Neurología	60	33	12	105
10.-Traumatologia	94	19	75	188
11.-Broncopulmonar	0	0	0	0
12.-Nefrología	5	9	3	17
13.-Neurocirugía Total	13	5	0	18
14.-Cirugía vascular	51	60	46	157
15.-Cirugía baja	17	25	0	42
16.-Cirugía plastica	0	1	0	1
17.-Cirugía general	28	5	58	91
18.-Cirugía maxilofacial	3	0	0	3
19.- Cirugía digestiva alta	31	62	0	114
20.- Dental	139	166	47	352
21- Ecografia Abdominal	76	26	126	228

</td>
<td>

Continuar el funcionamiento de los Comités de Interconsultas.

Continuar con la coordinación desde Atención Primaria al CDT-Hospitales

***Continuar con los Proyectos asociados a planes de Resolutividad*:**

- Compra de servicios de Oftalmología
- Compra servicios Odontología
- Compra servicios de Imagenología (Rx y Ecografía)
- Compra Laboratorio Clínico.
- Compra de servicios asociados a patologías GES no cubiertos por el per cápita.

Las dificultades que se tienen con el acceso a cupos de atención para especialidades no parecen tener posibilidades de resolución en el mediano plazo.

Una forma de manejar esta situación la presenta el Programa de Compra de Especialidades. En la medida que la Comuna pueda seguir gestionando la compra de asistencia y procedimientos para resolver listas de espera de Vicios de Refracción, Diagnósticos del GES, Exámenes especiales, etc. se podrá apoyar esta área estratégica.

</td>
</tr>
</table>

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Sostener la acreditación de los 3 Centros de Salud en el Modelo de Salud Familiar	**Se mantiene**	***Continuar***
• Mantener el vínculo con la Universidad de Chile para dar continuidad a la formación y participación de Médicos de Familia en la Comuna, en el marco del Programa de Becas de Especialidad financiado por el Ministerio de Salud.[7]	**Se mantiene**	***Continuar***
• Impulsar nuevos vínculos contractuales con Universidades públicas y privadas que permitan aumentar las prestaciones de salud y favorezcan una nueva línea de ingresos para la gestión.	Actualmente se mantiene acuerdo de trabajo con: • Universidad Diego Portales • Universidad Finis Terrae • Universidad Mayor • Universidad Santo Tomás. • Universidad Academia de Humanismo Cristiano • Universidad de Santiago • Universidad de Chile Básicamente se ha mantenido un aporte consistente en algún equipamiento (computador, data show, habilitación de salas) y se ha valorizado el apoyo de los alumnos que están en etapa de internado**, dado que contribuyen a aumentar la capacidad de gestión del sistema local de modo que expanden la oferta de atenciones y hacen posible el logro de metas vinculadas al financiamiento de APS;** situación que se ha dado especialmente con las Internas de Enfermerí	***Consolidar un modelo de Contrato que permita valorizar e identificar adecuadamente:*** • ***El aporte en equipamiento*** • ***El aporte en ingresos mensuales*** • ***El aporte en RRHH***

[7] La formación de Médicos de Familia representa una ventaja especial para la Comuna, dado que estas personas son Médicos que están haciendo un post-grado de 3 años de duración. Durante este período acuden a los Centros de Salud de la Comuna y otorgan prestaciones a nuestros vecinos, estando financiados por el Sistema Nacional de Becas del Ministerio de Salud. Además, una vez que terminan su formación, están obligados a devolver la beca, otorgando otros 6 años de devolución en jornada completa tiempo durante el cual siguen financiados por el Ministerio de Salud directamente.

<table>
<tr><th>Objetivos Plan 2007</th><th>Evaluación 2007</th><th>PROYECCION DE OBJETIVOS 2008</th></tr>
<tr>
<td>Continuar la creación de Minicentros de Salud:

Postular a fondos sectoriales y del Presupuesto Participativo para contar con, a lo menos
• 1 Minicentro dependiente del CESFAM Baeza Goñi
• 1 Minicentro dependiente del CESFAM Sor Teresa</td>
<td>Para el año 2007 fueron aprobados como parte del Presupuesto Participativo (PP) los fondos para:

1.- Habilitación Minicentro a ubicar en Pasaje Coñimo: Sector 7 del PP corresponde al territorio del Sector 1 del CESFAM Sor Teresa (UV 2,3 y 6)

2.- Adquisición de vivienda para ubicar los Minicentros del Sector 1 del CESFAM Baeza Goñi (UV 15,16) y del Sector 3 CESFAM Sor Teresa (UV 11, 12 y 13). Ubicación en calle Martin Henriquez próximo a Ureta Cox

Otro importante logro para la gestión de salud 2007, ha sido obtener una línea de financiamiento por el Reconocimiento como Centro Comunitario de Salud Familiar, de los Minicentros que ya estaban en funcionamiento en la Comuna y que no recibían aportes del Ministerio de Salud. Por este convenio, el MINSAL se compromete a traspasar $37.000.000 por cada Centro al año. (Total de $111.000.000.- anuales)</td>
<td>Iniciar las operaciones del Minicentro del Sector 1 del CESFAM Sor Teresa (Coñimo)

Postular a fondos sectoriales y/o del Presupuesto Participativo para obtener financiamiento para la Habilitación y Equipamiento de los Minicentros a ubicar en calle Martín Henriquez.</td>
</tr>
<tr>
<td>Continuar el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento Comunal en Salud:

• Desarrollar una línea de gestión para obtener la Informatización de toda la red de Establecimientos de Salud Comunal</td>
<td><u>Proyecto Informatización:</u>

Con cargo al Proyecto “Registro Clínico Electrónico: Consultorios sin papel” del Ministerio de Salud, se ha adjudicado la informatización del sistema local de establecimientos de salud a la empresa SAYDEX con su Software de gestión clínica y administrativa RAYEN.
Con este contrato, el área de salud informatizará el 100% de los Establecimientos instalando los siguientes puntos de RED:

<table>
<tr><td>Sor Teresa de los Andes</td><td>45</td></tr>
<tr><td>Juan Aravena</td><td>8</td></tr>
<tr><td>San Joaquín</td><td>45</td></tr>
<tr><td>Reverendo Peró</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Yalta</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Sierra Bella</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Dr. A. Baeza Goñi</td><td>35</td></tr>
</table>
</td>
<td>Ejecutar el Proyecto Informático teniendo a Diciembre de 2008 el 100% de los Establecimientos de Salud en operaciones.</td>
</tr>
</table>

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Iniciar las funciones de la tercera ambulancia comunal, logrando que cada CESFAM cuente con 1 ambulancia y un vehiculo de servicios generales. • Renovar el Equipamiento Dental del CESFAM Sor Teresa y renovar el Ecógrafo del CESFAM San Joaquín, que otorga servicios a toda la Comuna.	• Se inauguró la tercera ambulancia y actualmente cada CESFAM cuenta con 1 Ambulancia + 1 Vehículo de transporte • Se ejecutó el Proyecto de Reposición del Servicio Dental del CESFAM Sor Teresa, renovando completamente la planta física. Está pendiente completar el equipamiento. • Está pendiente la licitación via FNDR del Proyecto Equipamiento Dental para los CESFAM San Joaquín y Baeza Goñi • Se realizó la adquisición y puesta en servicio del Ecógrafo Comunal	***Finalizar el Proyecto de Equipamiento Odontológico en los tres CESFAM de la Comuna***.
Continuar fortaleciendo la participación social en salud a través del desarrollo de los Consejos Locales de Salud por establecimiento y la constitución de un Consejo Comunal de Salud. • Lograr la participación de los Consejos Locales de Salud en la elaboración y propuesta del Plan de Salud Comunal para el año 2008 • Impulsar el desarrollo de políticas de financiamiento que apoyen la gestión de los Consejos Locales de Salud	Continúa el trabajo en conjunto con los Consejos Locales de Salud (1 por cada CESFAM) y con el Interconsejo de nivel Comunal. Este año participaron activamente en la Jornada Anual de Planificación del Plan de Salud, realizada los dias 18 y 19 de Octubre 2007 En relación al financiamiento, a nivel del sector Salud no se ha logrado impulsar un apoyo permanente que permita apoyar su gestión. En este sentido continúa siendo indispensable el apoyo del Concejo Municipal**.**	***Mantener***

<table>
<tr><th>Objetivos Plan 2007</th><th>Evaluación 2007</th><th>PROYECCION DE OBJETIVOS 2008</th></tr>
<tr>
<td>

Implementar el Plan de Promoción en salud con líneas de acción en:

Alimentación Saludable
Actividad Física
Fortalecimiento de factores protectores psicosociales
Ambientes libres del Humo de Tabaco
Escuelas Promotoras de la Salud
Mantener el fondo de iniciativas Comunitarias "Salud con la Gente"

Propender a la reconversión de los Kioscos instalados en las Escuelas de la Comuna para que se acrediten como Kioscos Saludables.

</td>
<td>
La Dirección de Salud ha privilegiado este año el desarrollo de 3 Instancias de Coordinación en Promoción de Salud, donde es posible insertar y trabajar los temas de esta área:

Mesa Social de Coordinación a nivel Municipal: Instancia liderada por DIDECO donde confluyen todos los programas de acción territorial social – Salud y Educación.
Proyecto "Determinantes Sociales en Salud" – Coordinación Centro KOBE OMS/OPS – Minsal : Proyecto orientado al desarrollo y fortalecimiento de una Red de Protección a la Infancia
Proyecto Transversalidad de la Dirección de Educación: en Coordinación con la Dirección de Educación se está trabajando en conjunto con la Comunidad Educativa para el desarrollo de los temas que mas les interesan y que dicen relación con Promoción de Salud: Convivencia Escolar – Educación afectiva y sexual – Estilos de Vida Saludable (Alimentación – Tabaco – Adicciones)

</td>
<td>Mantener el desarrollo de estas iniciativas</td>
</tr>
<tr>
<td>

Fortalecer en los Equipos de Salud y la Comunidad los conceptos de Derechos y Deberes del paciente y de los funcionarios, en orden a mejorar la calidad de la atención y la comunicación entre prestadores y usuarios.
Mantener el seguimiento de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, instaurado a través de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), con respuestas por escrito a los usuarios y análisis de la información en Consejos Técnicos y con los Consejos Locales de Salud.
Desarrollar en conjunto con los Consejos locales de salud una campaña de Buenas Prácticas por el Buen Trato en los Establecimientos de Salud: Volantes, manuales, instructivos, afiches, etc, que señalen cómo pedir horas médicas, normas para el retiro de beneficios, organización de los servicios de salud etc.

</td>
<td>
El trabajo permanente de las Direcciones de los establecimientos con los Consejos Locales de Salud, constituye el principal apoyo a la línea de comunicación con la Comunidad.

Sobre este punto es necesario mencionar las dificultades que se tuvieron con la Directora del CESFAM Sor Teresa, lo que sumado a otros problemas, determinó su alejamiento del cargo y su reemplazo por otra profesional de larga trayectoria y reconocimiento en el Centro de Salud
La campaña por el Buen Trato no ha sido implementada.

Las Oficinas de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (OIRS) mantuvieron su funcionamiento con:
<table>
<tr><th></th><th>Reclamos</th><th>Felicitaciones</th></tr>
<tr><td>Sor Teresa</td><td>54</td><td>44</td></tr>
<tr><td>San Joaquín</td><td>22</td><td>15</td></tr>
<tr><td>Dr. A. Baeza</td><td>20</td><td>7</td></tr>
</table>
</td>
<td>Desarrollar la campaña Buenas Prácticas por el Buen Trato en los Establecimientos de Salud</td>
</tr>
</table>

Objetivos Plan 2007	Evaluación 2007	PROYECCION DE OBJETIVOS 2008
• Mantener la participación de la Comuna en los diversos Proyectos asociados a expansión de las prestaciones de salud: Programa de Tratamiento de Depresión – Programa de Atención de Adicciones – Compra de especialidades médicas y dental	**Se ha continuado la operación de todos estos proyectos.**	**Continuidad**
Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad. **Adulto Mayor** • Mantener un área de trabajo especifica para Adultos Mayores Postrados y Personas con Discapacidad: • Dar continuidad al Servicio de rehabilitación física Comunal • Fortalecer la línea de Proyectos iniciados con FONADIS, en apoyo a las personas con discapacidad o Rehabilitación en la Comunidad o Ayudas Técnicas. **Infancia** • Desarrollar el Proyecto "Urbanizaciones Saludables" (OMS/OPS Ministerio de Salud – WHO Centro Kobe) destinado a constituir y fortalecer una Red de Protección a la Infancia en la Comuna de San Joaquín	Se ha mantenido la gestión de la Sala de Rehabilitación. Se renovó el financiamiento del Proyecto FONADIS por $10.000.000.- año. Se mantiene el trabajo en el GES de Ortesis para el Adulto mayor con entrega de Bastones, Sillas de Ruedas, Colchón antiescaras. La Comuna está considerada en la Red de Centros de Rehabilitación del Modelo basado en la Comunidad. Como tal en el año 2007 se constituyó en Centro Nacional de Demostración para equipos de Atención Primaria. En esta iniciativa equipos de salud de otras partes de Chile vienen a observar nuestra experiencia y gestión. Como parte de este proceso, obtuvimos aprobación del Proyecto Rehabilitación Basada en la Comunidad (Min. Salud) por $ Se completó el proceso de Capitaciones del Proyecto "Urbanizaciones saludables", se desarrollo el plan de trabajo y se definió el área de investigación.	**Área de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)** ***Iniciar las operaciones del Proyecto en el sector Sur de la Comuna, incorporando un dispositivo de Rehabilitación en el CESFAM Sor Teresa (Sala de Kinesiterapia) Proyecto RBC*** ***Continuar la operación de la Sala de Rehabilitación del CESFAM San Joaquín.*** ***Continuidad de los Proyectos con FONADIS y de las iniciativas sobre Atención Domiciliaria a Postrados, incluido el apoyo del Proyecto de Estipendios Mensuales.*** **Área Infancia:** ***Realizar Jornada de Encuentro de la Red de Protección a la Infancia.*** ***Formular el Plan de Acción Comunal para el Programa "Chile Crece Contigo"***

Objetivo a incorporar Año 2008:

PROYECCION DE OBJETIVOS 2008	Evaluación 2007	Meta
Realizar una Campaña de Inscripción Per Cápita	Teniendo presente que durante el año 2008 la gestión de Salud será informatizada, es necesario volver a impulsar la Inscripción de la población adscrita al Sistema Público de Salud donde se incluyen: FONASA (A-B-C y D) beneficiarios de SUF y PASIS; beneficiarios Programa PRAIS y otros programas sociales para personas en situación de indigencia. De esta forma se espera detener el proceso de pérdida de Población Inscrita que se ha evidenciado en la validación del año 2007 y corte 2008.	***Recuperar el nº de Inscritos Válidos reconocidos por FONASA el año 2002, esto es 73.370.- personas***
Consolidar la Red de Establecimientos de Salud del Sistema Local de Salud Comuna de San Joaquín	Para el año 2007, la red de establecimientos de salud comunal está formada por • 3 Centros de Salud Familiar: Sor Teresa – San Joaquín – Dr. A. Baeza Goñi • 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar: Juan Aravena, Sierra Bella, Yalta, Rev. Javier Peró. Las Proyecciones del área son: **1.- Implementación y Puesta en Marcha del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)** Proyecto que es formulado a partir de la intervención en el Plan La Legua. Actualmente cuenta con un financiamiento comprometido por el Ministerio del Interior y Ministerio de Salud para su Habilitación y Equipamiento y otro financiamiento para la Operación, aprobada a partir del año 2008. El establecimiento se ubicará en calle Alvarez de Toledo, esquina Cabildo; recinto que ha sido entregado en Comodato por el Arzobispado de Santiago a la I. Municipalidad de San Joaquín, con este objetivo. **2.- Implementación y Puesta en Marcha de los Centros Comunitarios de Salud Familiar Sectores 1 y 3 del CESFAM Sor Teresa y Sector 1 del CESFAM San Joaquín.** Proyectos aprobados en el Presupuesto Participativo 2007 **3.- Postulación al fondo de Proyectos Ministerio de Salud para Reposición del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)** Se espera obtener financiamiento para reinstalar el SAPU en una ubicación de mejor accesibilidad a la población comunal y además contar con SAPU de 24 Horas. En esta materia ya estamos postulados vía Servicio de Salud Metropolitano Sur.	***Obtener el financiamiento para habilitar el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)*** ***Obtener financiamiento para la operación del COSAM*** ***Obtener financiamiento para la reposición y operación del Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU, en modalidad SAPU -24 horas***

V.1.- *Metas asociadas a Incentivos para Trabajadores de APS Leyes 19.813 y 20.157*

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 1 : EVALUACION DE DESARROLLO PSICOMOTOR 18 MESES

ESTABLECIMIENTO	N°Controles de EDSM 18 meses realizados a Septiembre 2007	Población de 18 meses bajo control junio año 2007	Cobertura a Sept 2007	Nº de controles proyectados a Dic	% de cobertura proyectada a Diciembre de 2007 dato SSMS	Meta Nacional 2008	Meta 2008 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	190	251	75,7	228	*90,8*	90%	90.8%
BAEZA GOÑI	193	282	68,4	232	*82,1*	90%	85%
SOR TERESA	209	342	61,1	251	*73,3*	90%	85%

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 2 : COBERTURA PAP VIGENTE EN MUJERES 25 - 64 AÑOS

						Meta 2008 pactada con comuna	
ESTABLECIMIENTO	N°Mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente Nov 2007	Total Mujeres Inscritas de 25 a 64 años	Cobertura alcanzada a Nov 2007 DATO SSMS	Meta Nacional 2008	Meta Propuesta por SSMSur en Nº de mujeres año 2008	META PACTADA CON COMUNA expresada en Nº de Mujeres con PAP Vigente	META PACTADA CON COMUNA EN %
SAN JOAQUIN	4509	6.377	70,7%	80%	4659	4592	72,01%
BAEZA GOÑI	2875	4.940	58,2%	80%	3304	3154	63,85%
SOR TERESA	4535	7.987	56,8%	80%	5106	4956	62,05%

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 3 : COBERTURA ALTA ODONTOLOGICA TOTAL DE ADOLESCENTES 12 AÑOS

DATOS SSMSUR SON CON ALTA INTEGRAL

ESTABLECIMIENTO	Nº de adolescentes de12 años con Alta Odontológica Total enero a octubre 2007	N°de adolescentes de 12 años inscritos año 2007	Cobertura alcanzada a octubre 2007	Altas Proyectadas a Diciembre 2007	% Cobertura Proyectada a Diciembre	Meta Nacional 2007	meta 2008 propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comunas
SAN JOAQUIN	170	366	46%	204	**56%**	65%	65%	**65%**
BAEZA GOÑI	125	262	48%	150	**57%**	65%	65%	**65%**
SOR TERESA	123	419	29%	148	**35%**	65%	65%	**60%**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 3 : 3.b.- COBERTURA ALTA ODONTOLOGICA *INTEGRAL* PRIMIGESTAS

ESTABLECIMIENTO	Nº de Primigestas con Alta Odontológica INTEGRAL enero a octubre 2007	N°Total de Ingresos de Primigestas Proyectado a Diciembre año 2007	Alcanzado a octubre 2007	Altas proyectadas a Diciembre 2007	Cobertura Proyectada a Diciembre 2007	Meta Nacional Año 2008	Meta propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comunas
SAN JOAQUIN	76	102	74,5%	**91**	**89%**	75%	**89%**	**80,00%**
BAEZA GOÑI	38	98	38,8%	**46**	**47%**	75%	**75%**	**70,00%**
SOR TERESA	74	170	43,5%	**89**	**52%**	75%	**75%**	**71,00%**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 4 : COMPENSACION DIABETES PERSONAS 15 - 64 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	N° Diábeticos de 15-64 años BC Hb 1 Ac < de 7 a junio 2007	Pacientes Diábeticos de 15 - 64 años Bajo Control a junio 2007	% COMPENSACION JUNIO 2007	Meta Nacional Año 2008 (Hbic 7%)	meta propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	238	571	42%	33%	42%	38,00%
BAEZA GOÑI	123	492	25%	33%	33%	33,00%
SOR TERESA	175	575	30%	33%	33%	33,00%

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 5 : COMPENSACION HIPERTENSION ARTERIAL PERSONAS 15 - 64 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	Nº de Pacientes con HTA de 15 - 64 Bajo Control con PA menor que 130/85 mmHG a junio 2007	Pacientes con HTA de 15 - 64 años bajo control a junio 2007	Compensación alcanzada a Junio 2007	Meta Nacional Año 2008	meta 2008 propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	737	1524	48%	55%	55%	53%
BAEZA GOÑI	493	1021	48%	55%	55%	51%
SOR TERESA	857	1637	52%	55%	55%	55%

META Nº 6 : MANTENER O DISMINUIR EL % PROMEDIO DE OBESIDAD DEL MENOR DE 6 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	PBC infantil a Junio 2007 (0 a 5 años 11m 29 dìas)	Niños evaluados a Junio 2007 (0 a 5 años 11m 29 dìas)	Nº de niños Obesos	Prevalencia de Obesidad	Meta Nacional 2008	Meta 2008 pactada con comuna (%)
SAN JOAQUIN	1355	1355	143	**10,6%**	**10,0%**	**10**
BAEZA GOÑI	1599	1595	139	**8,7%**	**10,0%**	**8.7**
SOR TERESA	2164	1240	114	**9,2%**	**10,0%**	**9.2**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 -
INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 7 : MANTENER O DISMINUIR EL % PROMEDIO DE MUJERES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO

ESTABLECIMIENTO	PBC MUJERES 6º MES POST PARTO Junio 2007	MUJERES 6º MES PP SP (A) Junio 2007	MUJERES 6º MES PP OBESAS (B) Junio 2006	TOTAL MUJERES 6º MES PP MALNUTR. POR EXCESO (A+B) Junio 2007	PREVALENCIA MALNUTR. POR EXCESO JUNIO 2007	Meta Nacional año 2007	Meta 2007 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	104	43	12	55	52,9%	55%	**52.9%**
BAEZA GOÑI	**43**	14	6	20	46,5%	55%	**50,00%**
SOR TERESA	**73**	24	20	44	60,3%	55%	**57,00%**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 8 : MEJORAMIENTO ATENCION A LOS USUARIOS

ESTABLECIMIENTO	Meta año 2008	AGENDA MEDICA	AGENDA ODONTOLOGICA	AGENDA MATRONA	AGENDA ENFERMERA	AGENDA NUTRICIONISTA	AGENDA PSICOLOGOS	AGENDA KINESIOLOGOS	AGENDA ASISTENTE SOCIAL	AGENDA FONOAUDIÓLOGO	AGENDA TERAPEUTA OCUPACIONAL
SAN JOAQUIN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BAEZA GOÑI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOR TERESA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº9 : ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA CON ACTA DE CONSTITUCION CONSEJOS CONSULTIVOS

ESTABLECIMIENTO	Establecimiento cuenta con Acta consejo consultivo a Junio 2007 (si -no)	Nº establecimientos de salud de la comuna	Meta Nacional 2008	Meta propuesta por el SS	Meta pactada con la comuna
SAN JOAQUIN	1	1	1	1	1
BAEZA GOÑI	1	1	1	1	1
SOR TERESA	1	1	1	1	1

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº10 : Nº DE NIÑOS VACUNADOS CON 3ª DOSIS VAC. PENTAVALENTE

ESTABLECIMIENTO	Nº niños de 6 meses residentes en la comuna	Nº de niños de 6 meses (hasta 6 meses 29 días) vacunados con 3ª dosis pentavalente	Cobertura a Septiembre de 2007	Cobertura esperada a Septiembre para cumplir con meta de 90%	Meta nacional 2008	Meta propuesta por Servicio	Meta pactada con comuna
META COMUNAL	1432	878	61,3%	67,5	90%	90%	90%

V.3.- Proyecciones del Plan de Salud 2008 según lineamientos de Orientaciones Programáticas del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Ministerio de Salud.

Siguiendo los lineamientos señalados en las Orientaciones Programáticas del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Sur, para el Año 2008 las proyecciones de desarrollo del Plan de Salud Comunal se han especificado a través de:

1.- MODELO DE SALUD FAMILIAR:

Se entregan los elementos del Grado de Desarrollo alcanzado por los establecimientos de Salud de la Comuna en sus fases de avance hacia la consolidación de los Centros como Centros de Salud Familiar. Cabe destacar que en el curso de este año, la Comuna:

- Mantiene la acreditación de todos sus establecimientos como CESFAM. A esto, se les agrega los Centros Comunitarios de Salud familiar que en la práctica hacen parte de la sectorización del Modelo de Salud Familiar, dado que en cada CECOF funciona un Sector de Población atendido por un Equipo de Salud Territorial.

- Se desarrolla como Centro de Pasantías Nacionales para el Modelo de Salud Familiar en los CESFAM San Joaquín y Dr. Arturo Baeza Goñi; y como Centro Nacional de Pasantías en el Modelo de Rehabilitación de Base Comunitaria con Enfoque de Salud Familiar.

ANÁLISIS GRADO AVANCE TRANSFORMACIÓN A CESFAM
CLASIFICACIÓN SEGÚN ETAPAS
AUTOEVALUACIÓN REALIZADA POR LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR
COMUNA DE SAN JOAQUIN – AGOSTO 2007

CL: Criterio Logrado; **DP**: Desarrollo parcial; **ED:** En desarrollo

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 1 DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO			
Equipo y autoridades motivados y sensibilizados: Equipo adhiere al cambio	**CL**	**CL**	**CL**
Equipo gestor constituido	**CL**	**CL**	**CL**
Equipo realiza reuniones de reflexión conjunta	**CL**	**CL**	**CL**
Se dispone de diagnóstico organizacional y sanitario en proceso de realización y/o realizado por el conjunto del equipo de salud.	**CL**	**CL**	**CL**
El equipo cuenta con diagnóstico de competencias para comenzar la implementación del Modelo de Salud familiar	**CL**	**CL**	**CL**
Planificación y cronograma de cambio, que incluye planificación de: sectorización, conformación de equipos de cabecera, capacitación, sistemas de atención al usuario, adecuación de espacios físicos, rediseño del SOME, registros de familia y plan de trabajo con la comunidad.	***CL***	***CL***	***CL***

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 2: DE DESARROLLO			
Equipos de cabecera conformados, con población a cargo y tareas definidas.	**CL**	**CL**	**CL**
Reuniones por sector, periódicas, establecidas.	**CL**	**CL**	**CL**
Equipos de apoyo y transversales conformados con tareas definidas	**CL**	**CL**	**CL**
SOME sectorizado. Fichas organizadas por familias y por sector.	SOME Sectorizado, pero funciona en un solo espacio físico. CECOF funciona con SOME individual	**CL**	**CL**
Espacios físicos readecuados a las necesidades del modelo	**DP.** 4 sectores funcionan en el Cesfam y se cuenta con un Cecof. Se tienen proyectados 2 mas para 2008. Esto permitirá readecuar los espacios en función de la Salud Familiar.	**CL – DP**	**CL**
Equipo con tiempos programados para reflexión, análisis y planificación de tareas.	**CL**. Existen 5 tipos de reuniones las de sector, las de consejería, las de consejo técnico y las estamentales que se realizan 1 vez al mes. Las reuniones generales son cada 2 meses.	**CL**	**CL**
Mecanismos de interacción con la comunidad en ejecución, para implementar y evaluar cambios producidos	**CL** Consejo de desarrollo local funcionando.	**CL**	**CL**
Plan de capacitación para el trabajo con familias en ejecución.	**CL.** Comité de Capacitación que planifica y ejecuta las capacitaciones anuales, fundamentalmente orientadas a Salud Familiar	**CL**	**CL**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 2: DE DESARROLLO			
Registros adaptados a las necesidades de información de las familias (carpetas, fichas familiares, cartolas)	**CL.** Se espera hasta fin de año tener ficha electrónica en el Cesfam que contempla registros individuales y familiares.	**CL**	**CL**
Diagnóstico de salud de la población a cargo.	**CL.** Existe un plan comunal que individualiza los Cesfam y contempla un diagnóstico poblacional.	**CL**	**CL**
ETAPA 3: DE FORTALECIMIENTO			
Atención con enfoque biopsicosocial, familiar, con énfasis preventivo promocional. Evidencia: registros familiares, matrices de riesgo, cartolas familiares en uso, fichas con genograma, reuniones multidisciplinarias.	**CL**	**CL**	**DP** Falta matriz de riesgo, en definición
Trabajo con familias: análisis del riesgo familiar, criterios de focalización, aplicación de instrumentos para evaluar a las familias, análisis de casos de familias en reuniones de sector, Consejería familiar y VDI establecidas según riesgos: Evidencia: REM con VDI y CF, Actas de las reuniones de equipo de sector, uso de instrumentos para evaluar familias, registros especiales, Estudios de familia, etc.	**CL**	**CL**	**DP** En desarrollo, paralelamente a la construcción de la matriz de riesgo

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 3: DE FORTALECIMIENTO			
Equipos de cabecera estables, con continuidad de los cuidados, con roles definidos, que conoce su población a cargo. Evidencia: mapas por sector, diagramas, organigramas, datos visuales de manejo del equipo, diarios murales, fotos del equipo, identificación de equipo de cabecera en dípticos o trípticos.	**CL.** Existe alta rotación de médicos.	**CL**	**CL**
Colaboración y complementariedad entre los equipos de cabecera, de apoyo y transversales: Evidencia: reuniones técnicas ampliadas con periodicidad conocida y respetada.	**CL.** Reuniones de Consejo Técnico y de Consejería. Reuniones de SOME, Servicios de Apoyo y Dental en forma mensual.	**CL**	**CL**
SOME gestor de la atención	**CL.** Poli de Selección para las horas médicas y dentales y en cada sector para todos los otros profesionales.	**CL**	**CL**
OIRS que acoge y gestiona reclamos y sugerencias	**CL**. Se gestionaron de enero a septiembre Felicitaciones 35 Reclamos 43 - Sugerencias 8	**CL**	**CL**
Infraestructura acogedora, sin barreras físicas, con adecuada señalización.	**DP**. Con el proyecto Consultorio Amigo de los Usuarios se mejorarán los espacios públicos y toda la señalética. Etapa de ejecución Octubre a diciembre 2007.	**CL - DP**	**DP** Falta señalética adecuada
El equipo dispone de espacios físicos para reuniones periódicas	**DP**. Con la salida de los próximos 2 Cecof se habilitarán salas de reuniones en el CESFAM periodo de ejecución diciembre 2007 a marzo 2008.	**CL**	**CL**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 3: DE FORTALECIMIENTO			
Actividades de cuidado del equipo, programadas y en ejecución. Evidencia: existencia de espacios programados para el manejo del estrés, plan de salud preventivo laboral.	**CL**. Talleres de autocuidado: Sintergética. Proyecto de alimentación Saludable para Funcionarios. Reuniones Generales de Autocuidado 3 al año. En proyecto para último trimestre 2007 terapia Floral y Medicina Tradicional China para Funcionarios.	**CL**	**CL**
Plan de capacitación basado en instrumento de detección de necesidades, en ejecución. Evidencia: Acta de presentación del plan de capacitación al equipo.	**CL**. Plan de Capacitación anual en ejecución.	**CL**	**CL**
Registros familiares validados por su uso, con el equipo. Evidencia: Cartolas u otros con información completa	**CL**. Se actualizan de acuerdo a necesidad. Cartolas Familiares 1959 Cartolas familiares Clasificadas 915 Cartolas Familiares con Riesgo Mediano y Alto 545	**CL**	**CL**
Información: Usuarios disponen de carné que identifica a su Equipo de cabecera. Existencia de medios visuales de información del Modelo.	**CL**	**CL**	**DP** Falta carnet ad hoc por sector
Tiene acciones destinadas a conocer la calidad asistencial.	**DP.** Existen auditorias de mortalidad perinatal, mortalidad materna, mortalidad por neumonía. Se conformó una comisión de Satisfacción usuaria que debe presentar un instrumento de medición de satisfacción usuaria hasta Noviembre 07.	En proceso - **DP**	**CL**
Consejo de Desarrollo activo. Evidencia: Trabajo sistemático en conjunto con la comunidad con priorización acordada	**CL**. Consejo de Desarrollo Local Funcionando, con reuniones periódicas y con priorización de temas.	**CL**	**CL**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	DR. A. BAEZA GOÑI	SAN JOAQUIN
ETAPA 3: DE FORTALECIMIENTO			
Diagnóstico participativo ejecutado (Centro)	**ED**. Se espera este fin de año tener el diagnóstico participativo para el plan 2008	**CL**	**CL** Realizado el año 2000, se actualizará
Maneja información sobre el intersector.	**CL**	**CL**	**DP**
ETAPA 4: DE CONSOLIDACIÓN			
Programación innovadora, propone nuevas estrategias y actividades. Integra el ciclo vital individual y familiar; se enfoca a resultados sanitarios, con énfasis en los procesos sin descuidar la cantidad; incrementa prevención y promoción;. Evidencia: Programas innovadores, Incorpora acciones de seguimiento de problemas continuos de manera sistemática, objetivos apuntan a logros sanitarios.	**DP**. Se trabaja con guias anticipatorios sobre todo en el Programa de la mujer.	**CL**	**CL**
Organización: Continúa trabajo sectorizado de manera sistemática. Programación sectorizada.	**DP**. No se programa por sector. La programación del 2008 será sectorizada.	**CL**	**CL**
Recursos físicos y humanos adecuados al plan de salud definido con la comunidad.	**ED**. Se consiguió financiamiento para los 2 CECOF a través del presupuesto participativo de la comuna del año 2007. Esta necesidad fue planteada por los dirigentes vecinales	**CL**	**DP**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 4: DE CONSOLIDACIÓN			
CES reconocido y validado en la red: Evidencia: tiene representación en el CIRA (directa o indirectamente). Maneja y gestiona demanda coordinado con la red. Sistema de referencia y contrarreferencia expedito y funcionando.	**DP**. Existe comité gestor de Interconsultas que trabaja directamente con la oficina de red., está conformado por médico interconsultor, Jefe de SOME y Adm. Encargado de IC. Falta mejorar Referencia y Contrarreferencia.	**CL**	**DP**
Enfoque biopsicosocial y familiar es parte del quehacer y pensar habitual de los equipos: Evidencia en el tipo de registro en uso, en la existencia permanente de reuniones con análisis de casos de familia y seguimiento y en el registro adecuado de las intervenciones familiares. El diagnóstico familiar considera además de sus factores de riesgo, los factores protectores, entre ellos, sus redes de apoyo primarias y secundarias.	**CL**. Se espera tener 2500 cartolas familiares a diciembre del 2007 con un 60% de ellas clasificadas por riesgo.	**CL**	**CL**
Realiza de manera sistemáticas intervenciones promocionales, preventivas y curativas en familias, con adecuados criterios de focalización.	**DP**. Las actividades se realizan fundamentalmente desde el Cesfam.	**CL - DP**	**CL**
Fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, prevención y promoción incorporados como acciones habituales del Centro o en coordinación con otros sectores.	**DP.** Existen Talleres de Actividad Física para Adultos, Taller de Gimnasia Mental para mayores de 60 años y Talleres para familiares de pacientes Postrados.	**CL**	**CL**
Trabajo en red sanitaria y social: participa en el intersector.	**DP.** Hay coordinación pero no un trabajo sistemático.	**CL**	**DP**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 4: DE CONSOLIDACIÓN			
Equipo: Proactivo y con visión de largo plazo. Promotores del cambio. Sentido de pertenencia y apoyo mutuo. Relación de confianza con sus usuarios y familias. Desarrolla fortalezas en el aspecto ético. Evidencia: baja rotación profesional, bajo índice de ausentismo laboral, Proyectos innovadores, que consideran la ética en la atención de salud y responde a problemas más desatendidos o mejora estrategias en problemas atendidos.	**DP.**	**CL**	**CL**
Participación: La comunidad organizada participa en todas las etapas del proceso de planificación en base al diagnóstico participativo. El centro está representado en las instancias comunitarias. Hay movilización de recursos comunitarios. La OIRS se establece como elemento de control social.	**CL** para la función de la OIRS. En la planificación participativa, no existe un diagnóstico participativo.	**CL**	**CL**
Medición de satisfacción usuaria de manera sistemática, con adecuaciones a las demandas pertinentes.	**ED**. A partir del 2008 se medirá sistemáticamente la satisfacción usuaria.	**DP**	**DP**
Resultados sanitarios acordes a un trabajo permanente del equipo, preventivo y de seguimiento, basado en riesgos: mejora coberturas, compensaciones, disminuye complicaciones agudas y crónicas de enfermedades crónicas, disminuye hospitalizaciones evitables, disminuye daños en la familia tales como VIF, alcoholismo y drogadicción, mediante trabajo multisectorial.	**DP**. Los indicadores biomédicos son buenos pero los de la familia no.	**CL – DP**	**CL**

ETAPAS	CENTRO DE SALUD FAMILIAR : AUTOEVALUACION DEL GRADO DE DESARROLLO		
	SOR TERESA	**DR. A. BAEZA GOÑI**	**SAN JOAQUIN**
ETAPA 4: DE CONSOLIDACIÓN			
Atención basada en la evidencia existente: usa guías, protocolos, conectado a Medicina Basada en Evidencias	**DP.** Se utilizan protocolos Standard. En el programa de la mujer se trabaja con protocolos propios. Existe un protocolo de atención al paciente postrado. En el plan de capacitación 2007 se incluye Curso de medicina basada en la evidencia, lo que permitirá trabajar conectados y elaborar guías y protocolos.	**CL - DP**	**CL**
Investigación aplicada: tiene investigaciones sobre procesos locales	**ED**. Existe 1 estudio en ejecución sobre la Anorgasmia en mujeres del CESFAM. Existen 2 estudios del INTA sobre los nutrientes en el Adulto Mayor.	**DP**	**DP**
Apoya el desarrollo de otros Centros dentro y fuera de su comuna.	**DP**. Centro receptor Pasantías nacionales de Rehabilitación basada en la comunidad	**CL**	**CL**
Sistemas de mejoramiento continuo de la calidad: plan de mejoramiento, auditorias u otras	**ED**	**CL - DP**	**CL**
Plan de capacitación consensuado y conocido por el equipo, en función de necesidades	**CL**	**CL**	**CL**

2.- ENFASIS PROGRAMATICOS PARA PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS

SALUD DE LA POBLACION INFANTIL DE 0 A 9 AÑOS

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR EL SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR
Control de Salud del Niño	El control salud del niño debe realizarse con enfoque integral de acuerdo a la etapa de vida en que se encuentra el niño/a Para el año 2008 se debe evaluar al niño /a de acuerdo a las nuevas orientaciones ministeriales incorporadas en el MANUAL DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA, como parte de la Política de protección a la infancia "Chile crece contigo"

COMUNA DE SAN JOAQUIN	
ESTRATEGIAS AÑO 2007	**PROYECCIONES AÑO 2008**
En el contexto del Proyecto "Determinantes Sociales en Salud – Urbanizaciones Saludables" se ha estado trabajando en la FORMACIÓN DE LA RED DE PROTECCION A LA INFANCIA Para ello se está realizando el levantamiento de las Instituciones y Organizaciones que trabajan con niños en el territorio a fin de convocarlas a una Jornada para constituir la Red y darle un contenido específico.	**En relación a la aplicación del Modelo de trabajo de la Política de Protección a la Infancia "CHILE CRECE CONTIGO" para el 2008 se ha definido:** ***a.- Realizar el primer encuentro de la Red de Protección a la Infancia***, que hace parte del Proyecto sobre Determinantes Sociales y Urbanizaciones saludables OPS/OMS. Esta Reunión será el punto de partida para organizar la Red Comunal de Chile Crece Contigo y desarrollar el Plan de la Comuna de San Joaquín para esta iniciativa. ***b.- Definir en el Plan de la Comuna de San Joaquín***, el trabajo a desarrollar en toda la red de Atención Primaria de Salud en lo relativo al Control Prenatal y Control de Salud de los niños/niñas y familias que ingresen al modelo de trabajo Chile Crece Contigo. **Esta definición supone evaluar todos los RRHH, infraestructura y equipamientos que se requieren par ejecutar el modelo**. La Comuna de San Joaquín señala su compromiso en el desarrollo de esta política, **pero manifiesta que su implementación dependerá 100% de la transferencia de recursos financieros** provenientes de MIDEPLAN-MINSAL que permitan ejecutarla.

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR EL SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR
Control de Salud del Niño	Realizar controles de salud del niño según esquema y profesionales que a continuación se detallan: • RN: 0 -28 días (Medico- Enfermera- Matrona). Priorizar el control precoz del **binomio Puérpera y Recién Nacido.** • Derivación a odontólogo para reevaluación de frenillo lingual corto y frenectomia • Lactante 28 días - 5 meses: Control mensual, realizado por Enfermera / Consulta nutricional a los 5 meses / se sugiere que el control de los 3 meses sea realizado por Medico para descarte de patologías y evaluación Rx. de Pelvis. • Lactante de 6 a 11 meses: control a los 6, 8, 10 y 12 meses. Realizado por Enfermera – el control de los 10 meses puede ser reemplazado por consulta por otro profesional o control grupal. No debe omitirse el control de los 6 y 12 meses puesto que a esta edad es necesario evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, su alimentación, además de coincidir con el programa de inmunizaciones. **A los 8 meses se incorpora Control con evaluación DSM** • Lactante 13 a 23 meses; Control de Salud a los 15 –18 – 21 meses, realizado por enfermera / Técnico Paramédico, **El control de los 18 meses no debe omitirse pues se evalúa el DSM y coincide con la primera reevacuación DPT + Polio.** El control de los 21 meses es la instancia para realizar las reevaluaciones de los niños que se diagnosticaron con Déficit en su DSM a los 18 meses. • Preescolar 2 a 5 años: 2 Controles anuales realizados por Enfermera / Técnico Paramédico / Medico (alta) . Puede reemplazarse uno de estos controles por Consulta Nutricional o Control Grupal con sesión educativa. La evaluación del DSM (TEPSI) **debe realizarse a los 3 años de edad.** No debe omitirse el Control de los 4 años pues coincide con el programa nacional de Inmunizaciones. **Control Odontológico a los 2 y 4 años** • Control de salud grupal se debe realizar a los 12 meses y 4 años de edad: En cada uno de estos controles de debe intencionar el compartir las experiencias de crianza y los probables problemas detectados en el desarrollo de los niños/as. Los grupos deben ser de 3-4 personas con un rendimiento de 1 por hora. • Instalar una modalidad de control de salud a escolares entre 6 y 10 años, con énfasis en aquellos niños que presenten factores de riesgo biopsicosocial • En aquellos establecimientos en que se programe Control de salud por Técnico Paramédico o se reemplace un control por sesiones educativas se deben intercalar estas actividades con los realizados por un profesional. • Los niños catalogados como de alto riesgo biopsicosocial deben ser vistos sólo por profesionales.

COMUNA DE SAN JOAQUIN

ESTRATEGIAS AÑO 2007

CALENDARIO DE CONTROL DE SALUD DEL NIÑO/NIÑA DE 0 a 6 AÑOS
ACTIVIDADES Y CONTENIDOS POR CADA CONTROL

	Sor Teresa		San Joaquin		Arturo Baeza Goñi	
Edad	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**
Recién Nacido	Enf	Control al 6º-7º día + Clínica lactancia- Alimentación - Incremento peso. Se abre o completa Cartola Familiar. Score IRA	Enf	Educación en LME y EDSM + Guía Anticipatoria RN + Score IRA y Evaluación A.Social en Alto Riesgo - Actualizar tarjeta Familiar- Observación Vínculo madre/hijo- Seguimiento por recuperación peso de la madre 6º mes PP	Enf /Med	Guía Anticipatoria (Cuidado del RN) Promoción Apego, Lactancia materna y Prevención IRA. Se abre o completa tarjeta familiar
15 dias	Med.	Evaluación cardiopulmonar. Incremento peso. Score IRA	Medico	Ex. Cardiopulmonar y evaluación rojo pupilar. Pesquisa de patologías. Alimentación, vitaminas. Refuerzo LME. Prevención de IRA		
1 Mes	Enf	Control Sano Grupal + Educ. Prevencion IRA. Score IRA. Indicación Vitaminas	Enf	Educación Prevención IRA + Guía de DSM 0 – 5 m + Score IRA	Enf	Estimulación DSM + Prevención IRA
2 mes	Enf	EEDP- Solicitud Rx pelvis- Score IRA- Vacuna Pentavalente + polio	Enf	Estimulación DSM + Guía DSM 0 - 5 m + Vacunación + Score IRA	Enf	Evaluación y Estimulación DSM + Prevención IRA y Promoción Buen Trato
3 mes	Med.	Escala Breve + control + Score IRA	Med.	Educación Prevención Accidente + Score IRA + Guia DSM + Examen Clínico Rx Caderas	Med	Estimulación DSM + Prevención IRA + Apego. Examen Clínico Rx Caderas
4 mes	Enf	Escala Breve + 1ª Pauta Accidentes - 2ª dosis vacuna Pentava + polio. Sulfato Fe prevención - Score IRA	Enf	Prevención Accidentes + Guia DSM + Score IRA + Escala Breve	Enf	Pauta Breve DSM + Guias Anticipatorias de la edad

	Sor Teresa		San Joaquin		Arturo Baeza Goñi	
Edad	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**
5 mes	Nta	Consulta Nutricional	Nta	Control Nutricional	Nta	Promoción Lactancia Materna + Introducción Alimentación Sólida + Evaluación score riego ECNT
6 mes	Enf	Control Sano Grupal + Educ. EDSM + 2ª pauta Accidentes	Enf	Prevención Accidentes + Prevención Maltrato + Carta Compromiso Buen Trato + EDSM + Score IRA	Enf	Prevención IRA y Accidentes + Refuerzo Educación Alimentaria
8 mes	Enf	Escala Breve	Enf	EDSM + Escala Breve	Enf	EDSM + Escala Breve + Guía Anticipatoria de la edad + Promoción Buen Trato + Higiene Oral
10 m			Enfermera	Guía anticipatoria EDSM		
1 año	Enf + A.Soc	Control Sano Grupal + Educ. Prevención Maltrato Infantil	Enf	Estimulación DSM + Escala Breve	Enf	Escala Breve + Guías: Habito de sueño - Apoyo al destete. Higiene Oral + Normas de Crianza + Prevención Accidentes y Alimentación Saludable
1 a 3 ms	Nta	Consulta Nutricional + Aplicación Score Obesidad + Escala Breve	Nta	Control Nutricional		
1 a 6 ms	Enf	EEDP	Enf	EEDP	Enf	EEDP + Normas crianza (manejo pataleta) + Promoción Buen Trato + Educación Salud Oral
2 añ	Nutr + Odon	Educación Grupal Prevención Obesidad + Educación Salud Oral	Enf	EDSM + Escala Breve	Enf	Guía Anticipatoria: Control Esfínter + Sociabilización: Ingreso al Jardín. Evaluación Lenguaje - 1er Control Salud Oral. Score riesgo ECNT
2 a 6 m					Enf	Guía Anticipatoria: Control Esfínter + Sociabilización: Ingreso al Jardín. Evaluación Lenguaje - Consejería Informativa EVS
3 añ	Enf	Pauta Breve	Enf	Escala Breve	Nta	Estilo VS. Prevención Obesidad

	Sor Teresa		San Joaquin		Arturo Baeza Goñi	
Edad	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**	**Prof.**	**Tema**
3 a 6 m	Enf	Educación EDSM	Nta			
4 años	Enf	TEPSI	Enf	Tepsi + Promoción Sociabilización Jardín Infantil	Enf	TEPSI + Prevención Accidentes + Promoción Relaciones Familiares adecuadas + Control Signos Vitales. Score ECNT
4 a 6 m					Enf	Prevención Accidentes + Promoción Relaciones Familiares + Control Signos Vitales.
5 años	Nta	Consulta Nutricional	Enf			
5 a 6 m			Enf	Evaluación Agudeza Visual y Auditiva. Evaluación Columna y Marcha . Signos Vitales	Enf	Deriva salud oral GES. Evaluación Agudeza Visual y Auditiva. Evaluación Columna y Marcha. Guía Anticipatoria: Hábitos Estudio
5 a 11 m	Enf	Evaluación Columna - Pr.Art y Visión				

PRIORIDAD	**ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR**	***SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008**
Salud Cardio-vascular	Realizar consejería en nutrición y alimentación según pautas de iniciativa de alimentación y nutrición en el ciclo vital . Mantener o incorporar una consulta nutricional en el primer semestre de la vida, al 5°mes Priorizar la atención nutricional a aquellos niños y niñas, que pertenezcan a familias con factores de riesgo cardiovascular. Por ejemplo, familias con padres obesos, diabéticos o hipertensos	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. • **Para el año 2008 se mantienen**

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Salud Cardio-vascular</td><td>Realizar el control de los 5 años con enfoque de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Aplicar score de factores de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles en edades dadas: 6 meses, 1, 2, 3,4 y 5 años.

Derivación oportuna al nivel secundario.

Realizar control de signos vitales, especialmente presión arterial, en consulta de morbilidad y control de salud del niño

Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes y complementada en el lactante mayor de 6 meses. Mantener la vigilancia de la prevalencia de la lactancia materna. Tender a una prevalencia del 60% de LME a los 6 meses</td><td>• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.

• Para el año 2008 se mantienen

INDICADORES EVALUADOS 2007:

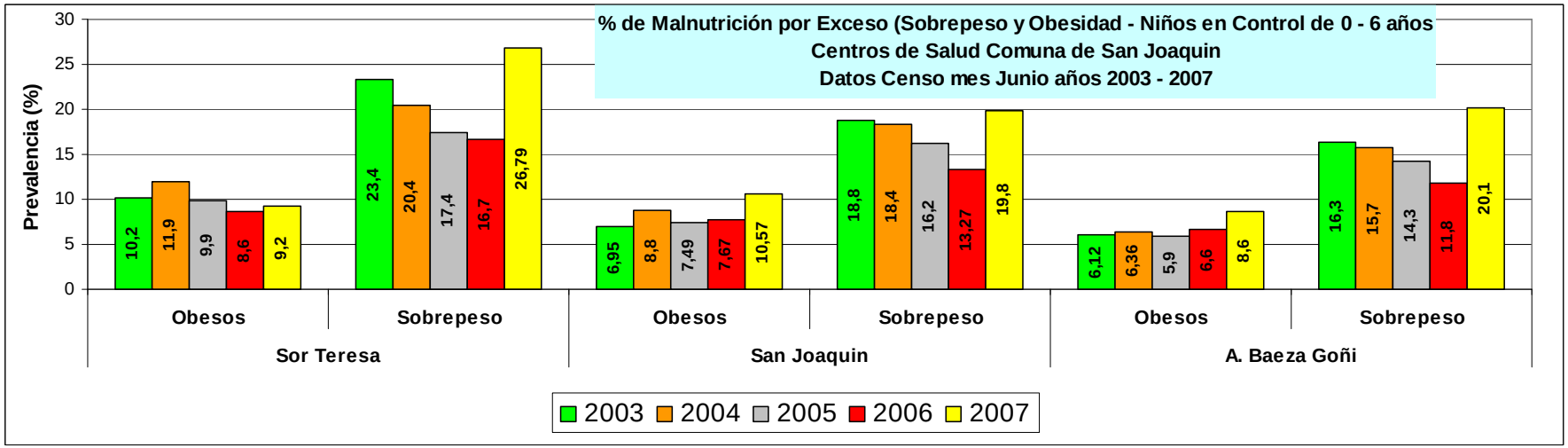
% Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva
Años 2006 – 2007 – CENSOS JUNIO
<table>
<tr><th></th><th colspan="2">1 mes</th><th colspan="2">3 meses</th><th colspan="2">6 meses</th></tr>
<tr><th></th><th>2006</th><th>2007</th><th>2006</th><th>2007</th><th>2006</th><th>2007</th></tr>
<tr><td>SOR TERESA</td><td>76,9</td><td>95</td><td>82,8</td><td>82,5</td><td>52,2</td><td>82,2</td></tr>
<tr><td>SAN JOAQUIN</td><td>95,3</td><td>93,3</td><td>77,7</td><td>83,3</td><td>66,6</td><td>66,6</td></tr>
<tr><td>BAEZA GOÑI</td><td>96,1</td><td>91</td><td>76,1</td><td>90</td><td>70</td><td>76,7</td></tr>
</table>
Educación Grupal en Nutrición
REM 27 - Enero a Octubre de 2007
<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Sor Teresa</th><th colspan="2">San Joaquín</th><th colspan="2">Dr. A. Baeza Goñi</th></tr>
<tr><th></th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th></tr>
<tr><td>Nº Personas</td><td>55</td><td>4</td><td>10</td><td>23</td><td>15</td><td>28</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Mantener actualizado un sistema de vigilancia nutricional de la población infantil bajo control y en la medida de lo posible de la población escolar basado en la información puesta a disposición por la Junaeb, usando el nuevo patrón de referencia OMS

Acreditar escuelas y jardines infantiles promotores de la salud (en coordinación con SEREMI), que contemple intervenciones en alimentación, aumento de horas de actividad física, ambientes libres del humo de tabaco y habilidades sociales</td><td>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008

Sistema de Vigilancia Nutricional:
Se realiza a Nivel de la Población Bajo Control en cada CESFAM

Acreditaciones de Escuelas y Jardines:
Esta estrategia se ha desarrollado en años anteriores pero es difícil de sostener actualizada en el tiempo.</td></tr>
</table>

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008
Salud Cardio-vascular	Estimular la acreditación de kioscos saludables en escuelas y centros de salud. Realizar alianzas con el intersector (JUNAEB, JUNJI, INTEGRA ,Educación) para el manejo de factores de riesgo cardiovasculares	**Kioscos Saludables**: A través del trabajo coordinado entre Salud y Educación, se han difundido las especificaciones técnicas que acreditan un Kiosco como saludable. No obstante, esta iniciativa tiene serias dificultades para implementarse por el aspecto económico de quienes administran los Kioscos. Visto como "Negocio" el Kiosco saludable les es más caro de sostener y tiene un menor retorno de la inversión. Este punto se ha presentado en la Comisión Educación del Concejo Municipal, puesto que de esta instancia dependen las Patentes Municipales. Existe interés por parte de los Concejales involucrados en la Comisión por regular esta materia, por lo tanto se trabajará este aspecto el año 2008.



PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Cáncer	Derivación oportuna al nivel secundario de la sospechas de cáncer infantil según los criterios establecidos en el manual "Detección Cáncer Infantil en Centros de Salud Primaria"	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. • **Para el año 2008 se mantienen**

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Salud respiratoria	Aplicar score de riesgo de morir por Neumonía mensualmente a menores de 6 meses. Realizar educación en prevención de IRA y detección de signos y síntomas de gravedad de estas. Grupos objetivos: Embarazadas 3er trimestre, padres de niños menores de 3 meses bajo control y niños con score de riesgo de morir por Neumonía moderado o severo Realizar visita domiciliaria al 100% de niños menores de 1 año egresados de hospital con diagnostico de Neumonía.	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. • **Para el año 2008 se mantienen**

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008</th></tr>
<tr><td></td><td>Las madres y padres fumadores deberán recibir consejería antitabáquica desde el periodo de gestación en adelante, aprovechando así un momento de alta motivación en el cuidado tanto de los padres, familiares y futuro bebé.

Aumentar el número de hogares comprometidos, como “Hogar libre de humo de tabaco, especialmente en los menores de 6 años” con énfasis en menores de 1 año. Meta 50 % de los hogares de pacientes crónicos respiratorios</td><td>Consejería Antitabaquica:

Esta Consejería se realiza, no obstante no existe un sistema de tabulación que identifique a padres y madres fumadores.

Hogares Comprometidos:
Problemas de registro del dato para seguimiento de un indicador.</td></tr>
<tr><td>Salud sexual reproductiva</td><td>Detección y referencia oportuna para diagnostico, tratamiento y / o denuncia de casos de abuso sexual en niños y niñas.</td><td>Evaluación: Censo JUNIO 2007 – Serie P
Ingresos y Bajo Control por Abuso Sexual, niños 0 -9 años
<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Ingresos 1er Semestre 2007</th><th colspan="2">Bajo Control JUNIO 2007</th></tr>
<tr><td>CESFAM</td><td>Hombres</td><td>Mujeres</td><td>Hombres</td><td>Mujeres</td></tr>
<tr><td>Sor Teresa</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr>
<tr><td>San Joaquín</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Baeza Goñi</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr>
</table>
Es necesario revisar el nivel de pesquisa y/o el registro de los casos detectados en este problema.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud bucal</td><td>Incrementar la cobertura del control odontológico del niño, de 2 y 4 años con el propósito de fomentar el desarrollo de actitudes, hábitos y conocimientos saludables desde temprana edad.

Priorizar la atención a los Niños de 2 y 4 años derivados según riesgo y daño, desde el Control de Salud del Niño

Mantener la cobertura de 85 % en alta odontológica total, en niños de 6 años inscritos.

Los niños catalogados de alto riesgo cariogénico deben recibir instrucción por odontólogo.

Actividad grupal de educación a grupo de madres acompañantes de niños de 2 y 4 años en control de niño sano.

Coordinación permanente con JUNAEB.</td><td>• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.

• Para el año 2008 se mantienen

INDICADORES EVALUADOS 2007:

<table>
<tr><th colspan="5">ALTAS TOTALES EN POBLACION INFANTIL</th></tr>
<tr><th colspan="5">Datos: REM a Octubre 2007 proyectado a Diciembre 2007</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th>2 años</th><th>4 años</th><th>6 años</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Sor Teresa</td><td>Total</td><td>167</td><td>148</td><td>313</td></tr>
<tr><td>Población</td><td>346</td><td>407</td><td>439</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>48,21%</td><td>36,27%</td><td>71,34%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">San Joaquín</td><td>Total</td><td>54</td><td>60</td><td>229</td></tr>
<tr><td>Población</td><td>261</td><td>273</td><td>277</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>20,69%</td><td>21,98%</td><td>82,74%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">A. Baeza Goñi</td><td>Total</td><td>77</td><td>59</td><td>118</td></tr>
<tr><td>Población</td><td>279</td><td>278</td><td>284</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>27,53%</td><td>21,15%</td><td>41,41%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud mental</td><td>Realizar control con evaluación del DPM, alcanzando coberturas de 100% a los 2 meses, 90% a los 8 y 18 meses y 60% a los 3 años.

Educar en estimulación del DPM, a los padres y madres de niños menores de 2 años bajo control y preescolares, según evaluación de riesgo familiar.

Realizar consulta de déficit de DPM a niños diagnosticados con riesgo y retraso, según norma (3 consultas en menor de 2 años y 5 consultas en niños de 2 a 5 años), alcanzando la recuperación del 60% de los niños de 8 meses, 18 y 3 años.

Mantener coordinación con jardines infantiles y escuelas de lenguaje para la derivación y seguimiento de niños con déficit de DPM.

Se debe aplicar pauta breve de evaluación del DSM en las siguientes edades: 4,12, 21, 24 meses de edad, rendimiento 3 por hora.</td><td>

Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.
Para el año 2008 se mantienen

INDICADORES EVALUADOS 2007:

1.- Evaluación de Desarrollo Psicomotor : Cobertura por Edades

<table>
<tr><th colspan="6">Datos: REM Serie P - Octubre 2007 – Proyección a Diciembre 2007</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th>2 meses</th><th>18 meses</th><th>4 años: Cobertura sobre Pob. BC</th><th>4 años Cobertura sobre Pob. INSCRITA</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Sor Teresa</td><td>Total</td><td>284</td><td>251</td><td>246</td><td>246</td></tr>
<tr><td>Pob. BC</td><td>360</td><td>342</td><td>361</td><td>407</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>79,00%</td><td>73,33%</td><td>68,14%</td><td>60,44%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">San Joaquín</td><td>Total</td><td>229</td><td>228</td><td>149</td><td>149</td></tr>
<tr><td>Pob. BC</td><td>242</td><td>251</td><td>204</td><td>273</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>94,71%</td><td>90,84%</td><td>72,94%</td><td>54,58%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">A. Baeza Goñi</td><td>Total</td><td>246</td><td>232</td><td>161</td><td>161</td></tr>
<tr><td>Pob. BC</td><td>298</td><td>282</td><td>236</td><td>278</td></tr>
<tr><td>Cobertura</td><td>82,55%</td><td>82,13%</td><td>68,14%</td><td>57,91%</td></tr>
</table>
(*): El Censo, tabula la información del Bajo Control de 4 años dentro del grupo de 48 a 71 meses. Para calcular la cobertura se dividió el grupo en las 2 edades (4 y 5 años)
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud mental</td><td>Realizar consejería o actividades educativas grupales en estilos de crianza, de acuerdo a Guías promotoras del buen trato , orientadas a fortalecer el vínculo madre-hijo y padre-hijo, disminuir estresores propios de cada etapa. Ofrecer a las familias Carta Compromiso del “Buen Trato”, en controles de salud de niños y niñas.

Fomentar la participación de escuelas y jardines en la realización de actividades de promoción de la salud, orientadas a favorecer factores protectores psicosociales, tales como el desarrollo de la afectividad y autoestima, desarrollo de habilidades sociales, habilidades para la vida, etc.</td><td>2.- Educación Grupal en Estimulación de Desarrollo Psicomotor
<table>
<tr><th colspan="7">REM 27 - Enero a Octubre de 2007</th></tr>
<tr><th></th><th colspan="2">Sor Teresa</th><th colspan="2">San Joaquín</th><th colspan="2">Dr. A. Baeza Goñi</th></tr>
<tr><th></th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th><th>Familia Niños < 2 años</th><th>Familia Niños 2 - 5 años</th></tr>
<tr><td>Nº Personas</td><td>192</td><td>54</td><td>210</td><td>148</td><td>12</td><td>20</td></tr>
<tr><td>Nº Sesiones</td><td colspan="2">58</td><td colspan="2">86</td><td colspan="2">1 (*)</td></tr>
</table>
(*) Revisar consistencia del Registro

Actividades desarrolladas para la recuperación de niños con déficit y retraso

1. Entrega de material educativo que informe a la madre o cuidadora del niño de actividades que puede desarrollar para mejorar el o las áreas de déficit
2. Se realiza rescate telefónico o domiciliario de inasistentes a reevaluación según corresponda
3. Se realiza seguimiento de flujograma según Norma ministerial vigente en niños con déficit o retraso del DSM
4. Citación extra en caso de déficit parcial del DSM
5. En TEPSI con déficit en el área lenguaje se deriva con intervención a Escuelas de lenguaje del sector. Se realiza un control post escuela de lenguaje con informe escrito en ficha clínica
6. Si existe déficit el en área de coordinación se deriva a Asistente Social quien coordina la integración del niño a Jardín Infantil JUNJI o INTEGRA
7. Educación en sala de espera por alumnos medicina Universidad de Chile en estimulación del desarrollo psicomotor (CESFAM Dr. A. Baeza Goñi)
8. Talleres educativos a lactantes de 6 a 18 meses por internos de enfermería Universidad Diego Portales y del Mar (CESFAM Dr. A. Baeza Goñi)
9.
Estrategia de coordinación con Jardines Infantiles, Escuelas de lenguaje y nivel secundario: Vía interconsulta formal por enfermera a escuela de lenguaje , y con intervención por Asistente Social</td></tr>
</table>

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008
Salud mental	Detección precoz de alteraciones del apego y manejo oportuno Escala de Massie Campbell (avalúa vinculo madre e hijo) debe aplicarse en el control de 4 y 12 meses, rendimiento 3 por hora Escala de Edimburgo : (Evalúa depresión post parto) se debe aplicar: 2 y 6 meses de edad. Rendimiento 3 por hora.	Instrumentos que han sido incorporados al Control de Salud del Niño y Niña a partir de las iniciativas sobre "Humanización de la Atención" y actualmente "Chile Crece Contigo". La implementación de esta política pública implica una redefinición de los rendimientos de las actividades y por lo tanto de la disponibilidad de RRHH calificado para aplicarla. Tal como fue señalado al inicio de Ciclo Vital de Infancia, en la Comuna de San Joaquín **para el 2008 se ha definido:** ***a.- Realizar el primer encuentro de la Red de Protección a la Infancia***, que hace parte del Proyecto sobre Determinantes Sociales y Urbanizaciones saludables OPS/OMS. Esta Reunión será el punto de partida para organizar la Red Comunal de Chile Crece Contigo y desarrollar el Plan de la Comuna de San Joaquín para esta iniciativa. ***b.- Definir en el Plan de la Comuna de San Joaquín***, el trabajo a desarrollar en toda la red de Atención Primaria de Salud en lo relativo al Control Prenatal y Control de Salud de los niños/niñas y familias que ingresen al modelo de trabajo Chile Crece Contigo. **Esta definición supone evaluar todos los RRHH, infraestructura y equipamientos que se requieren par ejecutar el modelo**. La Comuna de San Joaquín señala su compromiso en el desarrollo de esta política, **pero manifiesta que su implementación dependerá 100% de la transferencia de recursos financieros** provenientes de MIDEPLAN-MINSAL que permitan ejecutarla.

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud mental</td><td>Realizar pesquisa y tratamiento integral de los casos de maltrato infantil leve y manejo conjunto con nivel secundario, de los casos maltrato moderado y severo y abuso sexual.

Manejo integral de los niños con Trastornos Hipercinéticos y Déficit Atencional, según protocolo.

Realizar trabajo intersectorial, tendiente a conformar redes de apoyo a la infancia locales</td><td>
Población Bajo Control por Problemas de Salud Mental - 0 a 9 años
Censo JUNIO 2007
<table>
<tr><th rowspan="3">ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL</th><th colspan="2">San Joaquín</th><th colspan="2">Sor Teresa</th><th colspan="2">A.Baeza Goñi</th></tr>
<tr><th colspan="2">0 - 9 años</th><th colspan="2">0 - 9 años</th><th colspan="2">0 - 9 años</th></tr>
<tr><th>H</th><th>M</th><th>H</th><th>M</th><th>H</th><th>M</th></tr>
<tr><td>MALTRATO INFANTIL</td><td>10</td><td>9</td><td></td><td></td><td>4</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ABUSO SEXUAL</td><td>1</td><td>1</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>TRASTORNO HIPERCINÉTICOS</td><td>19</td><td>5</td><td>19</td><td>2</td><td>25</td><td>7</td></tr>
<tr><td>TRASTORNOS ANSIOSOS, EMOCIONES Y COMPORTAMIENTO SOCIAL</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td>1</td><td>20</td><td>12</td></tr>
<tr><td>TRASTORNO DE PERSONALIDAD</td><td>3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>TRASTORNO DEL DESARROLLO</td><td>3</td><td>2</td><td></td><td></td><td>13</td><td>5</td></tr>
<tr><td>RETRASO MENTAL</td><td>13</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
Obstaculizadores para la implementación de intervenciones psicosociales en niños con Trastornos Hipercinéticos:

1. Aún existe la dificultad para que algunos padres entiendan la importancia de abordar aspectos psicosociales en el tratamiento de sus hijos.
2. Poca coordinación con el nivel secundario impide tener conocimiento sobre la adherencia y tratamiento de los niños que son tratados en ese nivel.
3. Falta de horas de consultaría psiquiatrita infantil, y perdidas de hora en nivel secundario.
4. La integración de nuevos profesionales obstaculiza en alguna medida la implementación más rápida y eficiente del protocolo y flujograma del TDA.
5. Dificultad para contactar al grupo familiar enlentece en algunos casos la atención oportuna.
6. Contar con una infraestructura más adecuada posibilitaría que las atenciones fueran más
</td></tr>
</table>

		eficaces. 7. Poco conocimiento y compromiso en algunas escuelas de que el trastorno debe ser abordado de manera mas integral considerando todos los ambientes de desempeño del menor 8. Falta del vínculo institucional, con todas las escuelas municipales y además queda por trabajar el vínculo con las escuelas particulares subvencionadas, para lograr objetivos consensuados. **<u>Facilitadores:</u>** 1. Existencia de mayor oferta de talleres a las familias con niños con TDA (Taller de Integración Sensorial, de habilidades sociales, psicoeducación con padres). Estas instancias han posibilitado a los niños y sus familias mejorar sus niveles de adaptación en la vida familiar y escolar. 2. Mejoría en el grado de coordinación con el ámbito escolar ha posibilitado también una atención más integral al menor. 3. Contar con horas de terapia ocupacional, tanto para atención grupal como individual ha posibilitado aumentar la oferta de atención profesional para un trastorno que debe ser abordado desde una perspectiva integral. 4. Implementar talleres simultáneos para niños y para padres ha permitido mejorar la cobertura de casos abordadas con atención psicosocial. 5. Contar con consultoría psiquiátrica infantil continúa siendo una excelente instancia de aprendizaje tanto diagnóstica como de intervención propiamente tal. 6. Entrega de herramientas sencillas de implementar en el hogar ha permitido mejorar la adherencia de parte de los padres. <u>Promoción del Buen Trato a los Niños y Niñas</u> • Promoción del Buen Trato y Prevención de maltrato en todos los Controles de Salud del niño. • Como parte del Control grupal del año, se entrega la carta de compromiso por el buen trato • Al 100% de los padres de los niños atendidos durante el último año se ha realizado consejería en: a. Promoción del buen trato b. Prevención del mal trato con apoyo de material enviado por el ministerio y reproducido en el CESFAM

SALUD DE LA POBLACION ADOLESCENTE DE 10 a 19 AÑOS

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Control de Salud del adolescente</td><td>Instalar una modalidad de atención a los adolescentes, que sea conocida por la red social local, (fácil acceso, privacidad y confidencialidad) y adecuada a las características de las y los adolescentes.

Se sugiere realizar evaluación de salud entre los 10 – 14 años de edad con el objetivo de realizar una evaluación continua de la persona a través del ciclo vital y con enfoque de integralidad</td><td>La incorporación del Modelo de Salud Familiar ha ido impulsando las actividades de carácter anticipatorio como los Controles de Salud en este grupo de edad. Este proceso se va instalando siguiendo la misma evolución que el grado de desarrollo que posee el CESFAM en tormo al Modelo:

Control de Salud, Consejería Familiar e Intervención en Crisis.
<table>
<tr><th colspan="7">REM 3 - Enero a Octubre de 2007</th></tr>
<tr><th></th><th colspan="2">Sor Teresa</th><th colspan="2">San Joaquín</th><th colspan="2">Dr. A. Baeza Goñi</th></tr>
<tr><td></td><td>10 - 14</td><td>15 - 19</td><td>10 - 14</td><td>15 - 19</td><td>10 - 14</td><td>15 - 19</td></tr>
<tr><td>Control de Salud</td><td>1</td><td>1</td><td>210</td><td>55</td><td>43</td><td>28</td></tr>
<tr><td>Consejería Familiar</td><td colspan="2">17</td><td colspan="2">37</td><td colspan="2">20</td></tr>
<tr><td>Intervención en Crisis</td><td colspan="2">0</td><td colspan="2">28</td><td colspan="2">3</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud cardio vascular</td><td>Aplicación del EMP para la pesquisa de factores de riesgo CV. Realizar control de la presión arterial en los adolescentes en control de salud y consulta de morbilidad. Derivación a cedazo en caso de pesquisa de cifras elevadas.</td><td>Nº y Cobertura de Examen Medicina Preventiva en Adolescentes:
<table>
<tr><th></th><th>Sor Teresa</th><th>San Joaquín</th><th>Dr. A. Baeza G</th></tr>
<tr><td>Nº E. Medicina Preventiva</td><td>176</td><td>255</td><td>90</td></tr>
<tr><td>Población 15 - 19 años 2007</td><td>2522</td><td>1974</td><td>1605</td></tr>
<tr><td>Cobertura a Octubre 2007</td><td>6,98%</td><td>12,92%</td><td>5,61%</td></tr>
<tr><td>Cobertura alcanzada año 2006</td><td>5,6%</td><td>12,4%</td><td>2,5%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td></td><td>Fomentar la actividad física como estrategia para disminuir el sedentarismo
Vigilancia del estado nutricional y manejo integral del adolescente con sobrepeso u obesidad según norma.</td><td>Continúa siendo necesario <u>mejorar la Consistencia de los Registros de producción de actividades en los establecimientos</u>. En Evaluación de Octubre de 2007, CESFAM Baeza Goñi informa 192 EMPA en adolescentes de 15 – 19 años, dato que no coincide con REM, ni Serie P del mismo Centro. Para efectos de evaluación se toma dato oficial del REM.

Proyecto de Intervención Nutricional y Actividad Física: Los 3 CESFAM de la Comuna cuentan con el apoyo de este proyecto, con 20 cupos por establecimiento. Se espera proyectarlo para el año 2008

Consejerías Individuales para Adolescentes 10 – 19 años
Enero – Octubre 2007 / REM 19

<table>
<tr><th></th><th>Sor Teresa</th><th>San Joaquín</th><th>Dr. A. Baeza Goñi</th></tr>
<tr><td>Estilo de Vida Saludable</td><td>263</td><td>292</td><td>148</td></tr>
<tr><td>Actividad Física</td><td>25</td><td>89</td><td>42</td></tr>
<tr><td>Tabaquismo</td><td>7</td><td>85</td><td>67</td></tr>
<tr><td>Salud sexual y reproductiva</td><td>113</td><td>172</td><td>22</td></tr>
<tr><td>VIH-SIDA y ETS</td><td>51</td><td>47</td><td>14</td></tr>
<tr><td>Otras áreas</td><td>25</td><td>0</td><td>8</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008
	Coordinación con escuelas, liceos y organizaciones sociales para el enfrentamiento conjunto del problema de sobrepeso y obesidad Integrar los colegios de la comuna, a la estrategia de escuelas promotoras de la salud, que considere promoción de alimentación saludable y actividad física (consumo de frutas y verduras en forma diaria, moderar el consumo de sal, azúcar, grasas saturadas, kioscos saludables, aumento del número horas destinadas a la actividad física en forma programada)	**Acreditaciones de Escuelas y Liceos Promotores de la Salud**: De igual modo que en el caso de la Población Infantil, esta estrategia se ha desarrollado en años anteriores pero es difícil de sostener actualizada en el tiempo. En relación a los **Kioscos Saludables**, ocurre la misma situación: A través del trabajo coordinado entre Salud y Educación, se han difundido las especificaciones técnicas que acreditan un Kiosco como saludable. No obstante, esta iniciativa tiene serias dificultades para implementarse por el aspecto económico de quienes administran los Kioscos. Visto como "Negocio" el Kiosco saludable les es más caro de sostener y tiene un menor retorno de la inversión. Este punto se ha presentado en la Comisión Educación del Concejo Municipal, puesto que de esta instancia dependen las Patentes Municipales. Existe interés por parte de los Concejales involucrados en la Comisión por regular esta materia, por lo tanto se trabajará este aspecto el año 2008.

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Cáncer	Derivación oportuna al nivel secundario de la sospechas de cáncer en adolescente según los criterios establecidos en el manual "Detección Cáncer Infantil en Centros de Salud Primaria"	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. • **Para el año 2008 se mantienen**

<table>
<tr><th>PRIORIDAD</th><th>ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur</th><th>SAN JOAQUIN - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008</th></tr>
<tr><td>Salud respiratoria</td><td>Realizar consejería antitabáquica breve (2 a 3 minutos), en la consulta de morbilidad, control de salud preventivo, control del embarazo y control de regulación de fertilidad.
Realizar conserjería programada.</td><td>Consejerías Individuales para Adolescentes 10 – 19 años
Enero – Octubre 2007 / REM 19

<table><tr><th></th><th>Sor Teresa</th><th>San Joaquín</th><th>Dr. A. Baeza Goñi</th></tr><tr><td>Tabaquismo</td><td>7</td><td>85</td><td>67</td></tr></table>
Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.
Para el año 2008 se mantienen</td></tr>
</table>

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008
Salud sexual y reproductiva	Desarrollar en las escuelas y liceos la estrategia de escuelas promotoras de la salud, con énfasis en factores protectores psicosociales: autoestima, desarrollo de habilidades sociales, habilidades para la vida, afectividad y sexualidad, etc. Difundir y educar en el desarrollo afectivo y sexual masculino y femenino, en actividades intra establecimiento e intersectoriales (participación en JOCAS y otras).	Estas actividades poseen un bajo nivel de desarrollo en forma regular dentro de la relación entre Salud y Educación. **Para el año 2008 se espera fortalecer una línea de trabajo con Educación a través del Proyecto Transversalidad** de la Dirección de Educación: en Coordinación con la Dirección de Educación se está trabajando en conjunto con la Comunidad Educativa para el desarrollo de los temas que mas les interesan y que dicen relación con Promoción de Salud: Convivencia Escolar – Educación afectiva y sexual – Estilos de Vida Saludable (Alimentación – Tabaco – Adicciones)

Identificar, a través de sus madres, al grupo de niñas entre 11 y 13 años, que presentan factores de riesgo, de embarazo no deseado para ser incorporadas en actividades de salud sexual y reproductiva.
Incluir en el Control de Salud del Adolescente, contenidos educativos relacionados con su desarrollo afectivo y sexual, sexualidad responsable y prevención de ETS y SIDA.

Educación grupal en el ejercicio responsable y seguro de la sexualidad, prevención del embarazo no deseado y prevención ETS – SIDA.

Realizar consejería individual y de pareja con la finalidad de orientar a adolescentes de ambos sexos, hacia la toma de decisiones en el ejercicio de su sexualidad, prevención de embarazo y de ETS y SIDA.

Realizar Consejería en VIH/SIDA a toda persona de 13 y más años, que sugiera o muestre conductas de riesgo para adquirir las ETS y VIH/SIDA, para lo cual se requiere la dotación de Consejeros en VIH/SIDA, de modo de estar preparados para facilitar la toma de conciencia del riesgo de adquirir VIH y la adopción de conductas de autocuidado.

Población Adolescente en Control de Regulación Fecundidad

REM. Serie P. Censo Junio 2007		**Sor Teresa**		**San Joaquín**		**A. Baeza Goñi**	
		Menos 15 años	15 - 19 años	Menos 15 años	15 - 19 años	Menos 15 años	15 - 19 años
D . I . U .		0	44		56	0	48
HORMONAL	Oral Combinado	1	123	9	129	2	104
	Oral Progestágeno		20		18	0	6
	Inyectable		21		16	1	17
	Otros		0		1	0	0
PRESERV	Mujer		5		3	0	2
	Hombres		3		1	0	3
TOTAL		**1**	**216**	**9**	**224**	**3**	**180**

Actividades con Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva

1. Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva a todo adolescente consultante
2. Derivación a matrona en caso de control de morbilidad, consulta psicológica o nutricional que se pesquise inicio de actividad sexual sin control de fecundidad
3. Incorporación de pareja a control adolescente, como co responsable de la expresión de la sexualidad
4. Incorporación a Programa de Regulación de la Fecundidad
5. Aplicación de EMPA
6. Coordinación con otros miembros del Equipo (médicos, enfermeras) para entrega de preservativos, como forma de prevención de ITS y embarazo en adolescentes. De forma especial en varones, puesto que son ellos los que tienen mayor reticencia a concurrir a matrona. Pese a todo se ha visto un interés de parte de los varones y están ingresando tímidamente al programa
7. Entrega de anticoncepción de Emergencia, previa Consejería
8. 2 Talleres en Colegios de la Comuna (7º y 8º básico), abordando temas como Prevención de Embarazo Adolescente, Prevención ITS, Autoestima
9. Formación de monitores en sexualidad en Liceo Horacio Aravena Andaur, a través de capacitación en talleres realizados en el liceo a adolescentes

Formar Consejeros de VIH/SIDA, suficientes para atender a toda la población consultante, que lo requiera con vida sexual activa desde los 13 años y más.

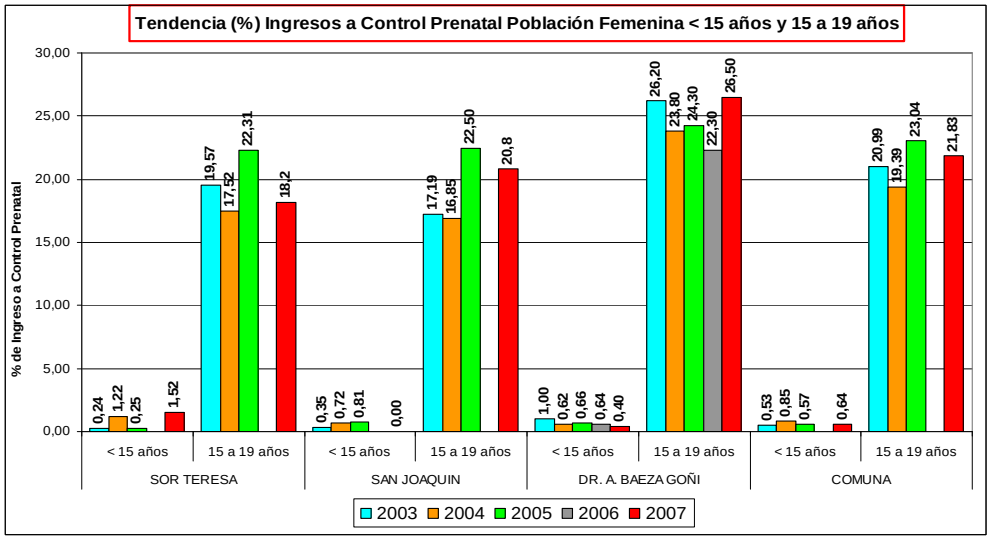
Incorporar a los adolescentes de ambos sexos que lo soliciten a las actividades de regulación de fecundidad.

Facilitar el acceso de adolescentes hombres a consejería en el ámbito de la regulación de la fecundidad.

Otorgar acogida a victimas de violencia sexual, entrega de anticoncepción de emergencia a quienes lo soliciten y derivación a servicios de urgencia para diagnostico y tratamiento de lesiones y prevención de infecciones.
Orientar en regulación de fertilidad a adolescentes que soliciten anticoncepción de emergencia.

Consejerías Individuales para Adolescentes 10 – 19 años
Enero – Octubre 2007 / REM 19

	Sor Teresa	San Joaquín	Dr. A. Baeza Goñi
Salud sexual y reproductiva	**113**	**172**	**22**
VIH-SIDA y ETS	**51**	**47**	**14**



PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Salud bucal:	Alcanzar una cobertura de 65% en alta odontológica total a los 12 años. Integrar los liceos de la comuna, a la estrategia de escuelas promotoras de la salud, que considere promoción de salud bucal Higiene después de comidas, higiene post colación, colaciones saludables, mal hábitos bucales. Meta sanitaria 2010 cobertura de 50% en < de 20 años	Metas definidas según ley 19.813 y 20.154

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 3 : COBERTURA ALTA ODONTOLOGICA TOTAL DE ADOLESCENTES 12 AÑOS

DATOS SSMSUR SON CON ALTA INTEGRAL

ESTABLECIMIENTO	Nº de adolescentes de12 años con Alta Odontológica Total enero a octubre 2007	N°de adolescentes de 12 años inscritos año 2007	Cobertura alcanzada a octubre 2007	Altas Proyectadas a Diciembre 2007	% Cobertura Proyectada a Diciembre	Meta Nacional 2007	meta 2008 propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comunas
SAN JOAQUIN	170	366	46%	204	**56%**	65%	65%	**65%**
BAEZA GOÑI	125	262	48%	150	**57%**	65%	65%	**65%**
SOR TERESA	123	419	29%	148	**35%**	65%	65%	**60%**

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES INCORPORADAS PARCIALMENTE O SIN DESARROLLO – PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2008
Salud mental	Fomentar la participación de escuelas, liceos y organizaciones comunitarias en la realización de actividades de promoción de la salud, orientadas a favorecer factores protectores psicosociales, tales como el desarrollo de la afectividad y autoestima, desarrollo de habilidades sociales, habilidades para la vida, etc. Desarrollar estrategias tendientes a retrasar la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol. Manejar integralmente los adolescentes con trastornos Hipercinéticos y déficit atencional, según protocolo Realizar acogida, orientación e intervención en crisis al 100% de adolescentes con problemas de maltrato o abuso sexual y sus familias. Realizar tratamiento integral de los casos de maltrato leve y manejo conjunto con nivel secundario de los casos de maltrato moderado, severo y abuso sexual.	**Actividades 2007:** 1. Uso de Tarjeta familiar: tenemos información de todos los miembros de la familia, nos entrega una información gráfica y práctica de los adolescentes que componen el núcleo familiar. Desde ahí recogemos antecedentes de ciclo vital, de acontecimientos vitales, relaciones afectivas y recursos familiares. Se explora directamente a través de preguntas dirigidas a investigar hábitos y estilo de vida del adolescente y su grupo familiar como al reunir información (vía genograma y entrevista familiar) del grupo familiar con el cual vive el menor, determinando así la existencia de factores de riesgo familiar para el adolescente u otros niños y jóvenes que vivan en el hogar 2. Por derivación multidisciplinaria (Médica, Asistente social, matronas, nutricionista y enfermera)} 3. Consulta espontánea: enviados desde colegios, por iniciativa propia o de la familia 4. Destaca el uso de la Encuesta Adolescente (Ficha CLAP modificada) y el Examen de Medicina Preventiva, como instrumentos de pesquisa 5. Aplicación del cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgo con uso de sustancias psicoactivas. (Destinado a la pesquisa de consumo riesgoso o consumo problemático… y que complementa el EBBA) 6. Derivación de entidades como Previene 7. Por requerimiento de los juzgados de familia

Salud mental	Implementar estrategias específicas orientadas a la pesquisa de adolescentes con problemas de consumo de alcohol y/o drogas, tanto al interior del consultorio, como a través de la vinculación y coordinación con establecimientos educacionales y otras organizaciones locales. Detección, diagnóstico integral de adolescentes con problemas de consumo de alcohol y/o drogas Realizar intervención preventiva en adolescentes con consumo riesgoso de alcohol y/o drogas. Derivar a tratamiento y rehabilitación a adolescentes con consumo problema o dependencia de alcohol u otras drogas y compromiso biopsicosocial severo	<u>Programa de Alcohol y Drogas</u>: ▪ Desde hace tres años se está aplicando la estrategia de Prevención Secundaria en adolescentes hijos de consumidores de drogas. Consiste en evaluar la presencia de daño en salud mental, si existe daño se deriva a psicología infantil y si el daño está directamente vinculado a codependencia o inicio de consumo de psicoactivos, son tratados por el equipo del programa. Problemas de salud mental que se dan con frecuencia en adolescentes ▪ Trastorno de conducta alimentaria ▪ Abuso de sustancias ▪ Trastornos ansiosos y crisis normativas • Para el año 2008 se mantienen las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.

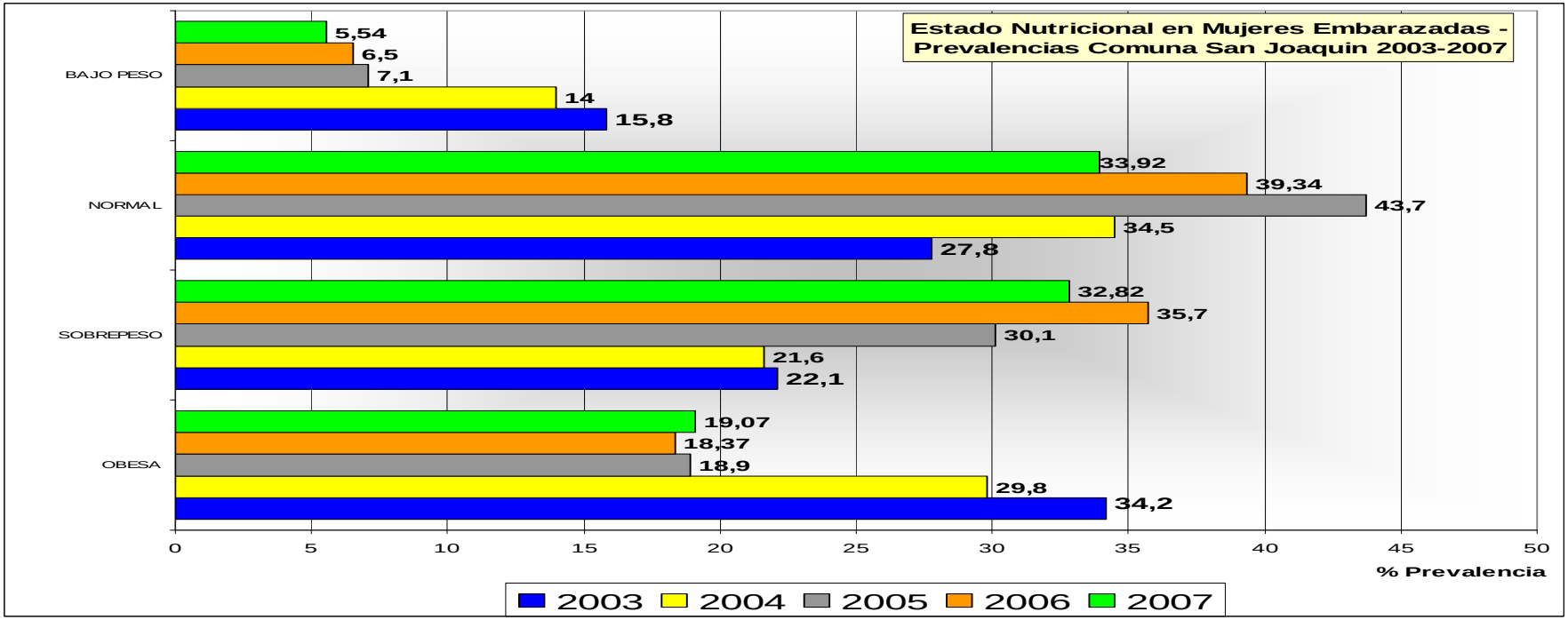
Salud mental

Población Bajo Control por Problemas de Salud Mental -10 a 19 años
Censo JUNIO 2007

ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL		San Joaquin 0 - 9 años		Sor Teresa 0 - 9 años		A.Baeza Goñi 0 - 9 años	
		H	M	H	M	H	M
DEPRESIÓN		7	31	2	26	2	9
BEBER PROBLEMA	SIN DEPENDENCIA	0	0	1	0	2	3
	CON DEPENDENCIA	0	2	0	0	3	2
ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS		3	1	0	0	0	0
MALTRATO INFANTIL		0	0	0	0	0	0
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		11	4	0	1	5	5
ABUSO SEXUAL		0	0	0	0	1	3
TRASTORNO HIPERCINÉTICOS		37	6	24	5	32	6
TRASTORNO BIPOLAR		1	0	0	0	0	0
TRASTORNOS ANSIOSOS, EMOCIONES Y COMPORTAMIENTO SOCIAL		16	6	2	6	18	25
ESQUIZOFRENIA		3	0	0	0	0	0
TRASTORNOS ALIMENTARIOS		3	6	0	0	1	3
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		2	4	0	0	1	0
TRASTORNO DEL DESARROLLO		5	1	0	0	14	8
TRASTORNO SEXUALES		0	0	0	0	0	0
RETRASO MENTAL		8	8	0	0	2	2
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS		0	0	0	0	0	0

SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE 20 A 64 ANOS

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur
Salud cardio vascular	• Evaluación nutricional anual a mujeres no gestantes bajo control en regulación de fecundidad y control ginecológico. Intervención nutricional pregestacional a mujeres en edad fértil con malnutrición por exceso • Pesquisa, derivación y tratamiento de Diabetes Gestacional, según orientaciones técnicas, en gestantes bajo control prenatal. • Evaluación nutricional a los 6 meses post-parto, para evaluar recuperación del peso pregestacional. • Reclasificación en APS, de las diabéticas gestacionales a las 6 semanas post-parto. Esta medida es de fundamental importancia para ejercer acciones oportunas de prevención secundaria en aquellas mujeres que habiendo tenido diabetes estacional mantengan esta condición después del parto. • Derivación a programa cardiovascular de las puérperas con PTGO alterada y mujeres pesquisadas con factores de riesgo cardiovascular.



- Intervención nutricional a través del ciclo vital
- Consejería alimentaria nutricional en todos los controles habituales de la mujer gestante y no gestante y el niño, apoyado de entrega de material educativo (Guías alimentarias)
- Atención nutricional en la embarazada y puérpera, entregando pautas según estado nutricional
- Promoción de lactancia materna favoreciendo la recuperación del peso pregestacional
- Taller "Hábitos alimentarios adecuados desde la infancia"
- Taller grupal embarazadas por nutricionista
- Difusión campaña de EMPA, realizando consejería en vida sana en función de la prevención de sobrepeso y obesidad
- Realización de taller de promoción de estilos de vida saludable a grupos de embarazadas por matronas
- Realización de actividades educativas en sala de espera por alumnas de enfermería de la Universidad Santo Tomás, en estilos de vida sana
- Trabajo proyecto de prevención de DM y HTA con mujeres con sobrepeso y obesidad

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur
Salud cardio vascular	Abordar integralmente el riesgo cardiovascular en APS de Promoción y Prevención Primaria Abordar integralmente el riesgo cardiovascular del individuo, según categoría de riesgo (Bajo – Moderado – Alto – Máximo) Alcanzar cobertura de Examen de Medicina Preventiva en la población de 15 a 64 años de al menos un 10% en el año Alcanzar cobertura en Hipertensión Arterial de al menos 60%, con prevalencia de 15,7% en el grupo etareo de 15 a 64 y de Alcanzar cobertura en Diabetes Mellitus de al menos 80%, con prevalencia de 0.4% en el grupo etareo de 15 a 24, 0.1% en el grupo de 25 a 44, 9.4% en el grupo de 45 a 64 años Alcanzar al menos 51 % de compensación (<130/85), en pacientes Hipertensos bajo control de 15 a 64 años, y de al menos Alcanzar al menos 30 % de compensación (<7HbA1c) en pacientes Hipertensos bajo control de 15 y mas años Censos del P. cardiovascular según la planilla de vaciamiento de la información de población bajo control denominada P4, dentro de la serie estadística Se harán censos semestrales de evaluación del Programa Cardiovascular según P4 Ingresar al 100% de los pacientes con diagnostico de dislipidemia, pesquisados, al Programa de Salud Cardiovascular Efectuar al menos a un 10% del bajo control de Hipertensión Arterial, el examen Holter de Presión Arterial, según la orientaciones

	técnicas entregadas a través del Convenio Cardiovascular Efectuar Diagnóstico de prevalencia en pacientes cardiovasculares de los siguientes factores de riesgo: Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo, y de las siguientes complicaciones: Retinopatía Diabética, Ceguera, Insuficiencia Renal, Pie Diabético, Amputación, Hipertrofia Ventricular Izquierda, Accidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo al Miocardio. Reducir la prevalencia de personas con factores de riesgo modificables para enfermedades no trasmisibles. El diagnostico de HTA se debe efectuar, con al menos 3 cedazos (3 sesiones distintas con tres mediciones de presión arterial cada una según norma) en que el promedio de las mediciones otorgue valores mayores a los valores normales de presión sistólica y/ o diastólica. Asegurar la contratación y capacitación de recurso humano para realizar las acciones del PSCV Mejorar la disponibilidad y dispensación de fármacos, e insumos y exámenes de laboratorio de los establecimientos comunales. Aplicar DIABCARE Qualisoft al menos una vez al año a todo los pacientes Diabéticos bajo control (este reemplaza un control medico) Brindar atención expedita y oportuna a los pacientes Diabéticos Insulino - Requirentes, derivados desde el Nivel Secundario de Atención Efectuar catastro de Organizaciones de Apoyo Comunitario para los pacientes Cardiovasculares. Realizar tarjetero para el programa del Adulto y Adulto Mayor, separado por Riesgo Cardiovascular, edad y sexo. La tarjeta a usar en el Programa Adulto es una sola, señalizando las Patologías y Factores de Riesgo de esta población.El programa adulto mayor conserva su propia tarjeta. El 100% de los pacientes con ulcera de pie diabético, deben ser tratados con manejo avanzado de heridas Lograr que al menos el 50% de los pacientes diabéticos descompensados reciban atención podológica Implementar, desarrollar y evaluar, según normativa y cláusulas respectivas los Convenios: • Cardiovascular • Examen de Medicina Preventiva • Programa de intervención en estilos de vida saludable para niños, niñas y adolescentes • Programa de intervención en estilos de vida saludable para adultos obesos y con sobrepeso, prediabéticos y/o hipertenso

***SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008**
• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. • **Para el año 2008 se mantienen**

COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

Componente	Prevalencia	Meta Nacional	META COMUNAL pactada y fijada en Res. Exenta 478 del 23 de Marzo 2007 del SSMS	**Indicador**
Cobertura del Examen de Medicina Preventiva de **20 a 64 años**	No corresponde	10%	**10,0**	**Nº de EMPA realizado en población de 20 - 64 años / Población de 20 - 64 años inscrita MENOS población bajo control en Programa de Salud cardiovascular**

	Población	BC Cardio	TOTAL	Personas en Control 2007	Cobertura
STA	**16.583**	**2.212**	**14.371**	**1.846**	**12,85**
CSJ	**12.983**	**2.140**	**10.843**	**2.409**	**22,22**
ABG	**10.682**	**1.513**	**9.169**	**972**	**10,60**
COMUNA	**40.248**	**5.865**	**34.383**	**5.227**	**15,20**

% DE COMPENSACIÓN ALCANZADO AÑO 2007:

Corte Junio 2007	Sor Teresa	San Joaquin	Baeza Goñi
Hipertensión Arterial (< ó = 130/85)	**52**	**48**	**48**
Diabetes (Hb Clic. < = a 7)	**30**	**42**	**25**

COBERTURA DE DIABETES MELLITUS II				
Componente	Prevalencia	Meta Nacional	META COMUNAL	**Indicador**
Cobertura de DM tipo 2 en personas de 15 y mas años	Prevalencia de 5% en población de 15 y mas años	80%	**95,0**	**Nº de personas con DM BC de 15 y mas años / Nº de personas con DM de 15 y mas años esperados según prevalencia**
	Población	casos	Personas en Control 2007	Cobertura
STA	**23.860**	**1.193**	**1.335**	**111,90**
CSJ	**18.697**	**935**	**1.279**	**136,81**
ABG	**14.345**	**717**	**868**	**121,02**
COMUNA	**56.902**	**2.845**	**3.482**	**122,39**

COBERTURA DE HIPERTENSION PRIMARIA O ESCENCIAL					
Componente		Prevalencia	Meta Nacional	META COMUNAL	**Indicador**
Cobertura de HTA primaria o escencial en personas de 15 y mas años		**15,7%** HTA en Menor de 65 años **y 64,3%** HTA en mayores de 65 años	60%	**67,0**	**Nº de personas con HTA BC de 15 y mas años / Nº de personas con HTA de 15 y mas años esperados según prevalencia**
		Población	casos	Personas en Control 2007	Cobertura
STA	< 65	**19.105**	**2.999**	**1.637**	**54,58**
	> 65	**4.755**	**3.057**	**2.499**	**81,73**
CSJ	< 65	**14.957**	**2.348**	**1.524**	**64,90**
	> 65	**3.740**	**2.405**	**2.069**	**86,04**
ABG	< 65	**12.287**	**1.929**	**1.021**	**52,93**
	> 65	**2.058**	**1.323**	**1.098**	**82,97**
COMUNA	TOTAL	**56.902**	**14.062**	**9.848**	**70,03**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 4 : COMPENSACION DIABETES PERSONAS 15 - 64 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	N°Diábeticos de 15-64 años BC Hb 1 Ac < de 7 a junio 2007	Pacientes Diábeticos de 15 - 64 años Bajo Control a junio 2007	% COMPENSACION JUNIO 2007	Meta Nacional Año 2008 (Hbic 7%)	meta propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	238	571	42%	33%	42%	38,00%
BAEZA GOÑI	123	492	25%	33%	33%	33,00%
SOR TERESA	175	575	30%	33%	33%	33,00%

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 5 : COMPENSACION HIPERTENSION ARTERIAL PERSONAS 15 - 64 AÑOS

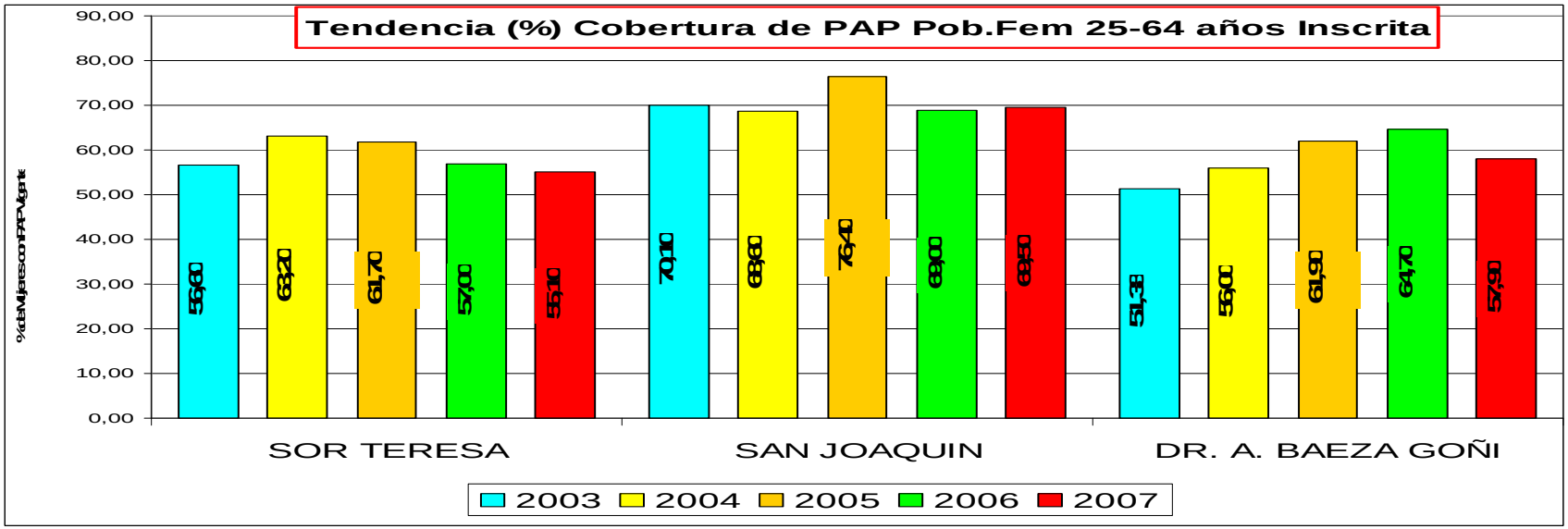
ESTABLECIMIENTO	Nº de Pacientes con HTA de 15 - 64 Bajo Control con PA menor que 130/85 mmHG a junio 2007	Pacientes con HTA de 15 - 64 años bajo control a junio 2007	Compensación alcanzada a Junio 2007	Meta Nacional Año 2008	meta 2008 propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comuna
SAN JOAQUIN	737	1524	48%	55%	55%	53%
BAEZA GOÑI	493	1021	48%	55%	55%	51%
SOR TERESA	857	1637	52%	55%	55%	55%

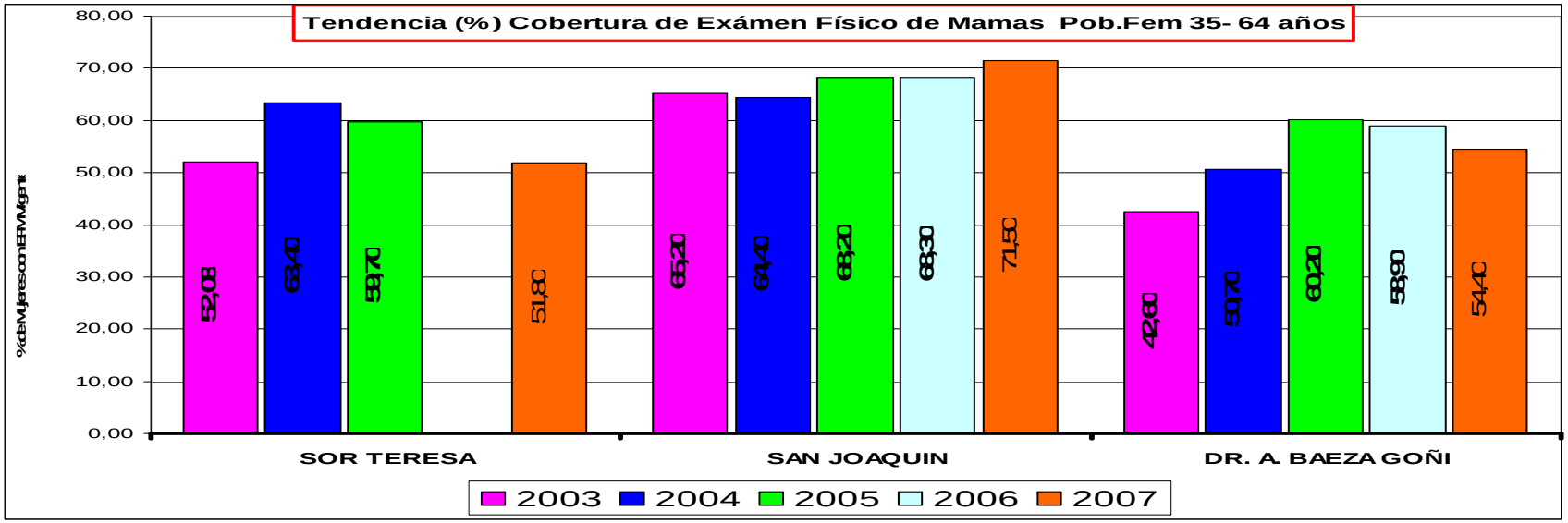
PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Cáncer	Aumentar a 70% la cobertura de PAP vigente en población femenina inscrita de 25 a 64 años. Aumentar a 60% la cobertura de EFM protocolizado realizado por profesionales entrenados, en población femenina inscrita de 35 y mas años. Se elimina el límite superior del grupo objetivo. Solicitud de mamografía al 100% de los casos sospechosos (Orientaciones para la solicitud de Mx del Programa de Resolución de Especialidades del APS y Guía Clínica Cáncer de Mama), usando los cupos disponibles por Comuna para estos efectos.	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 2 : COBERTURA PAP VIGENTE EN MUJERES 25 - 64 AÑOS

						Meta 2008 pactada con comuna	
ESTABLECIMIENTO	N°Mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente Nov 2007	Total Mujeres Inscritas de 25 a 64 años	Cobertura alcanzada a Nov 2007 DATO SSMS	Meta Nacional 2008	Meta Propuesta por SSMSur en Nº de mujeres año 2008	META PACTADA CON COMUNA expresada en Nº de Mujeres con PAP Vigente	META PACTADA CON COMUNA EN %
SAN JOAQUIN	4509	6.377	70,7%	80%	4659	**4592**	**72,01%**
BAEZA GOÑI	2875	4.940	**58,2%**	80%	3304	**3154**	**63,85%**
SOR TERESA	4535	7.987	**56,8%**	80%	5106	**4956**	**62,05%**


Tendencia (%) Cobertura de PAP Pob.Fem 25-64 años Inscrita
%deMujeresconPAPMgnt
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
56,60
63,20
61,70
57,00
55,10
70,10
68,80
76,40
69,00
69,50
51,38
56,00
61,90
64,70
57,90
SOR TERESA
SAN JOAQUIN
DR. A. BAEZA GOÑI
2003
2004
2005
2006
2007


Tendencia (%) Cobertura de Exámen Físico de Mamas Pob.Fem 35- 64 años
%deMujeresconEFMgnt
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
52,08
63,40
59,70
51,80
65,20
64,40
68,20
68,30
71,50
42,60
50,70
60,20
58,90
54,40
SOR TERESA
SAN JOAQUIN
DR. A. BAEZA GOÑI
2003
2004
2005
2006
2007

.- Informe de Cumplimiento de metas de mamografías disponibles.

	SOR TERESA		SAN JOAQUIN			DR. A BAEZA GOÑI		
BIRADS	2005	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
0	15	10	20	17	54	9	9	8
1	40	22	76	66	70	50	39	18
2	94	23	129	78	91	91	44	22
3	30	25	42	40	58	41	22	24
4	4	5	7	4	6	8	3	0
5	0		1	1	3	2	0	1
TOTAL	183	85	275	206	282	201	117	73

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Cáncer	Derivación a Unidad de Patología Cervical del 100% de los casos GES (PAP (+) y sospechas clínicas), ingresando cada caso al SIGGES antes de las 48 horas de la derivación. Derivación a la Unidad de Patología de Mama del 100% de los casos cuya mamografía fue informada como BIRADS 4, 5 o 6, ingresando cada caso al SIGGES, antes de las 48 horas de la derivación. Solicitud de Ecotomografía Abdominal por sospecha de colelitiasis al 100% de los casos sintomáticos, (Orientaciones Técnicas Programa de Resolución de Especialidades y GES correspondiente). Otorgar atención expedita y oportuna de pacientes portadores de Cáncer Terminal Estable, derivados del nivel secundario, para continuar manejo de alivio del dolor y cuidados paliativos en atención primaria según flujograma acordado	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

<table>
<tr>
<td>Salud respiratoria</td>
<td>Aplicar normas de tratamiento en pacientes con Diagnostico de ERA (Asma, EPOC y Neumonía).

Aplicar consejería antitabáquica en mujeres embarazadas, consultantes y población bajo control sala ERA.

Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes EPOC bajo control en sala ERA.

Realizar actividades de promoción y prevención acerca de la salud respiratoria</td>
<td>• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.

Para el año 2008 se mantienen</td>
</tr>
<tr>
<td>Tuberculosis</td>
<td>Alcanzar la detección de al menos el 70 % de la incidencia del servicio

tomando como base una tasa de 16.3 X 100.000 habitantes confirmar

Reforzar tamizaje con baciloscopia en todos los sintomáticos respiratorios consultantes.

Lograr Índice de Pesquisa según normas (50 BK X 1000 Consultas Morbilidad Adulto) considerando extensión horaria
Curar al menos al 85% de los casos diagnosticados
Realizar estudio al 100% de los contactos.
Aplicar al 100% de los ingresos score de abandono.
Lograr cifras menores a 5 % en abandono de tratamiento.
Realizar auditoria al 100% de los pacientes extranjeros.

Realizar auditorias al 100% de los abandonos y fallecidos.

Solicitar baciloscopia a los pacientes sintomáticos respiratorios que estén bajo control en otros programas en el establecimiento (diabéticos, adultos mayores, postrados, ERA, etc)</td>
<td>➢ Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud.
Para el año 2008 se mantienen. Refuerzo en la pesquisa de TBC a través de Baciloscopías.
Tendencia de los últimos 3 años del Índice de Pesquisa en TBC.
<table><tr><th></th><th>2005</th><th>2006</th><th>2007</th></tr><tr><td>San Joaquín</td><td>48 x 1000</td><td>55 x 1000</td><td>55 x 1000</td></tr><tr><td>Sor Teresa</td><td>9,7 x 1000</td><td>13,4 x 1000</td><td>20,3 x 1000</td></tr><tr><td>Baeza Goñi</td><td>83 x 1000</td><td>54 x 1000</td><td>34,6 x 1000</td></tr></table>1. Toma BK en SAPU a todo sintomático respiratorio (independientemente de nº de días de síntomas)
2. Toma BK anual a todo paciente riesgo (crónicos respiratorios - fumadores)
3. Toma de BK a todo paciente que concurra a toma de fondo de ojos con oftalmólogo
4. Confección de tríptico sobre TBC, poniendo énfasis en la importancia de la Baciloscopía
5. Educación en sala de espera sobre TBC
6. Toma de primera muestra BK en la consulta
7. Solicitud de BK en Sala E.R.A. y en todos los Servicios de apoyo</td>
</tr>
</table>

PRIORIDAD	ESTRATEGIAS y ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR SSMSur	*SAN JOAQUIN* - ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES YA INCORPORADAS. MANTENCIÓN AÑO 2008
Salud sexual reproductiva	Difusión de los derechos sexuales y reproductivos. Favorecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a la población que lo demande, sin discriminación de edad, sexo ni opción sexual. Otorgar acogida a victimas de violencia sexual, entrega de anticoncepción de emergencia a quienes lo soliciten y derivación a servicios de urgencia para diagnostico y tratamiento de lesiones y prevención de infecciones. Desarrollar actividades de orientación, educación y comunicación que permita a las usuarias (os) de los servicios la toma de decisiones plenamente informadas en materia de sexualidad y reproducción. Realizar EMPA a mujeres con Control Ginecológico y Control de Planificación Familiar al día, con énfasis en las mujeres de 35 a 54 años. Orientar en regulación de fertilidad a personas que soliciten anticoncepción de emergencia. Atención Integral del climaterio. Actividades de difusión en relación a la oferta real de servicios disponibles. Realizar Consejería en VIH/SIDA a todo(a) consultante mujer u hombre, que sugiera o muestre conductas de riesgo para adquirir las ETS y VIH/SIDA, para lo cual se requiere modo de estar preparados para facilitar la toma de conciencia del riesgo de adquirir VIH y la adopción de conductas de autocuidado. Formar Consejeros de VIH/SIDA, suficientes para atender a toda la población adulta consultante, que lo requiera con vida sexual activa. Ampliar oferta de métodos anticonceptivos disponibles con recursos locales. Aumentar la cobertura de control ginecológico preventivo. Aumentar la actividad educativa grupal dirigida a mujeres en climaterio. Talleres de comunicación efectiva y de resolución de conflictos.	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. Para el año 2008 se mantienen **1. Al inicio del control prenatal se le informa a la gestante que tiene derecho a asistir a los controles, a las ecografías, con el padre u otra figura de apoyo, si a así lo desear; además se fomenta la participación del padre en el parto** **2. En el control pre concepcional se invita al progenitor o una figura de apoyo a los controles de embarazo, lo que se refuerza durante los controles** **3. Taller para embarazadas: "Mi embarazo y preparación para el parto", con incorporación de la pareja** **4. Las ecografías son una buena oportunidad para incorporar al progenitor en el control pre natal, lamentablemente en la comuna esto no se ha logrado, a pesar de la solicitud insistente de las usuarias** **5. Invitación verbal dentro de los controles** **6. Se utilizan cartillas como guías anticipatorias donde se especifica la importancia de acudir con pareja en controles y su participación en el parto** **7. Desde orden de ecografía se deja especificado importancia de presencia de pareja o figura de apoyo** **8.** Se realizan talleres grupales para embarazadas con su pareja o figura de apoyo

Salud bucal	Alcanzar un 100% de cobertura en alta odontológica, en embarazadas primigestas que se encuentran bajo control. Alcanzar un 20% de cobertura de alta odontológica, en gestantes multiparas que se encuentran bajo control. Apoyar y Asegurar la contratación y capacitación de recurso humano para realizar las acciones del CECOF de acuerdo a lo convenido. Esta focalización obedece a que es un grupo identificado por ser susceptible frente a las acciones promocionales y preventivas, por lo tanto tendrá un importante impacto en la salud bucal de su futuro hijo(a). Por ser la caries evitable e infecta- contagiosa, es necesario que la madre adopte medidas de autocuidado que eviten la infección o posponerla el mayor tiempo posible para disminuir el daño. Quienes tengan coberturas superiores, deberán, a lo menos, mantener la cobertura existente en el año 2006. Priorizar la atención en las embarazadas con Riesgo de Parto Prematuro bajo control en el consultorio. En el resto de las embarazadas incrementar las coberturas de acuerdo a los recursos disponibles Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal Capacitación equipo odontológico en la "Técnica de Tratamiento de Desinfección Bucal Total" para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro Otorgar atención prioritaria a los integrantes del Programa Chile Solidario. Garantizar el acceso a la atención odontológica de urgencia al 100% de la población beneficiaria, especialmente adulta / adulta mayor, junto con incremento progresivo de las prestaciones de recuperación del daño	Con la apertura de un nuevo sector para el CESFAM Sor Teresa se espera recuperar la iniciativa de dotar de Horas Odontológicas que se puedan ejecutar al modo tradicional de APS con sillón dental.

METAS DE LA LEY 19.813 y 20.154 - INCENTIVOS AÑO 2008

META Nº 3 : 3.b.- COBERTURA ALTA ODONTOLOGICA *INTEGRAL* PRIMIGESTAS

ESTABLECIMIENTO	Nº de Primigestas con Alta Odontológica INTEGRAL enero a octubre 2007	N°Total de Ingresos de Primigestas Proyectado a Diciembre año 2007	Alcanzado a octubre 2007	Altas proyectadas a Diciembre 2007	Cobertura Proyectada a Diciembre 2007	Meta Nacional Año 2008	Meta propuesta por Servicio de Salud	Meta 2008 pactada con comunas
SAN JOAQUIN	76	102	74,5%	**91**	**89%**	75%	**89%**	**80,00%**
BAEZA GOÑI	38	98	38,8%	**46**	**47%**	75%	**75%**	**70,00%**
SOR TERESA	74	170	43,5%	**89**	**52%**	75%	**75%**	**71,00%**

Salud mental	Promoción, fomento y apoyo a la participación comunitaria y la asociatividad como factor protector de la salud mental Focalizar pesquisa de depresión a todas las mujeres post parto, a través de la aplicación del instrumento de tamizaje “Escala de Depresión Post- Parto de Edimburgo”, entre las 6 y 8 semanas posterior al parto. Detección e intervención temprana de personas con consumo riesgoso de alcohol, tabaco u otras drogas, con énfasis en embarazadas. Detección y tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas con bajo y moderado compromiso biopsicosocial. Detección, acogida y tratamiento a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Establecer redes locales de apoyo a mujeres víctimas de violencia. Desarrollar intervenciones psicosociales de apoyo a las familias de personas con trastornos psiquiátricos severos. Tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos severos estabilizados, derivados desde el nivel secundario. Apoyo a la creación de grupos de autoayuda de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y apoyo y asesoría permanente a los ya existentes. Apoyo a la reinserción social de personas con discapacidad psíquica y personas con problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas. Rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad psíquica, en comunas que cuenten con COSAM

Ingreso a Programa de Diagnostico y Tratamiento de la Depresión	**10%** para Mujeres y **4%** para Hombres	25%	**30,0**	**Nº de personas de 15 y mas años que ingresan (casos nuevos) al programa depresión / Total de personas de 15 y mas años estimados según prevalencia**

	Población	casos	BC Junio 2007	Cobertura
STA	10645	426	28	6,58
	13215	1322	200	15,13
CSJ	8156	326	21	6,44
	10541	1054	152	14,42
ABG	6518	261	10	3,84
	7827	783	90	11,50
COMUNA	56902	4171	513	12,30

Actividades realizadas y que se mantienen para el 2008

Taller de Autocuidado, a cargo de Orientadoras Familiares en etapa de tesis, dirigido a usuarias que participaron y fueron dadas de alta del Programa de Depresión, quienes manifestaron interés en mantener su participación en actividades grupales de apoyo. La experiencia ha sido exitosa, planteándose el desafío de generar grupos de autoayuda en este tipo de problema.

Entrevistas e intervenciones familiares, en familias que han sido clasificadas de alto riego biopsicosocial. Estudios de familias focalizados según riesgo. Coordinaciones con organizaciones comunitarias y de autoayuda como Depresivos Anónimos, Codeinfa, etc.

Obstaculizadores:
No existe un criterio claro de alta en Depresión.
Existe una alto porcentaje de derivaciones a Psicoterapia Individual y una disminución de derivaciones a Psicoterapia en el transcurso de los años, el 2007 se derivaron solo el 10% de los ingresos.
Existe una alta cantidad de abandonos ya sea por mejoría sintomática o por que los tiempos de espera entre controles son muy prolongados.
No se ha logrado establecer una red oportuna de derivación de los casos severos al nivel secundario

Facilitadores:
Ser patología GES le dio garantías de diagnóstico y de tratamiento.
La consultoría psiquiátrica ha mejorado la resolutividad de los casos moderados.
El enfoque familiar y el trabajo en equipo ha permitido intervenir más integralmente a los pacientes.
Profesionales de la salud comprometidos y capacitados en la pesquisa y las derivaciones de los pacientes.
Horas de médicos y psicólogos destinadas al Programa de Depresión.
Taller de Depresión para el Adulto Mayor realizado por Psicólogos y Terapeuta Ocupacional facilita intervenir adultos mayores para estimular y fortalecer funciones cognitivas y mejorar redes de apoyo

Problemas asociados al consumo de alcohol y drogas:

El programa de tratamiento para personas con problema de consumo de alcohol drogas, tiene por objetivo , disminuir el daño asociado al consumo, tanto en el consumidor como en su familia.
Busca alcanzar la abstinencia como objetivo final (lo que no implica, la no valoración de la disminución de consumo), a través del tratamiento individual para el consumidor o algún miembro de su familia y a través de intervenciones de grupo.

La iniciativa en la comuna se ha realizado con el desarrollo de dos tipos de programas, uno para la población general con consumo de sustancia y/o alcohol con un nivel de compromiso biopsicosocial leve a moderado y otro diseñado para atender los adolescentes menores de 20 años con consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo o moderado que esta incluido en las patologías GES.
Ambos programas cumplen cuatro etapas: detección inicial, intervención, alta y seguimiento.

Atención integral de postrados severos	Otorgar atención integral en domicilio al 100% de los postrados severos, indigentes y pobres Cancelar el estipendio mensual a los cuidadores Focalizar la entrega de ayudas técnicas, colchón antiescara y sillas de rueda en estos pacientes	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65 Y MÁS AÑOS

Prioridad	Estrategias o Recomendaciones	
Salud cardio vascular	Alcanzar coberturas de hipertensión arterial 60 % y diabetes mellitus 80%. Para efecto del cálculo de coberturas, las cifras de prevalencia estimadas en la población de 65 años y mas a usar en hipertensión es 64.3 % y diabetes mellitus 15.2%. Compensación HTA 43, compensación diabetes 30% Abordar integralmente el riesgo cardiovascular del individuo y familia, con actividades de Promoción y Prevención Primaria Alcanzar al menos 50 % de compensación en personas con patología cardiovascular bajo control Se harán censos semestrales de evaluación del programa cardiovascular según la planilla de vaciamiento de la información de población bajo control denominada P4, dentro de la serie estadística REM. Ingresar al 100% de los pacientes con diagnostico de dislipidemia, pesquisados, al programa de salud cardiovascular Efectuar diagnóstico de prevalencia en pacientes cardiovasculares de los siguientes factores de riesgo: obesidad, tabaquismo, sedentarismo Efectuar diagnóstico de prevalencia en pacientes cardiovasculares de las siguientes complicaciones:	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

	retinopatía diabética, ceguera, insuficiencia renal, pie diabético, amputación, hipertrofia ventricular izquierda, accidente vascular encefálico, infarto agudo al miocardio. Se espera que la sistematización de esta información sea de relevancia para definir mecanismos de derivación y/o intervención de la población en control. Según la norma vigente, el diagnostico de HTA se debe efectuar, con al menos 3 cedazos, en que el promedio de las mediciones otorgue valores iguales o mayores a valores de presión sistólica 140 mm. Hg. y/ o diastólica 90 mm. Hg.. El personal de salud responsable de esta actividad debe estar debidamente entrenado y con los esfingomanometros en buenas condiciones y calibrados. (Cedazo: 3 sesiones distintas con tres mediciones de presión arterial según norma) Asegurar la contratación y capacitación de recurso humano para realizar las acciones del PSCV de acuerdo a lo convenido entre el servicio de salud y la entidad administradora de salud municipal. Mantener y/o mejorar la disponibilidad y dispensación de fármacos, e insumos y exámenes de laboratorio de los establecimientos comunales. Aplicar diabcare o qualisoft al menos una vez al año a todos los ingresos y cada 3 años a los pacientes diabéticos bajo control (este reemplaza un control medico). Este instrumento de evaluación de la condición del paciente diabético permite definir de manera más adecuada un plan de intervención y seguimiento de cada persona. La información consolidada debe ser vaciada en el software distribuido para estos efectos. Se sugiere que los resultados de la información sean compartidos en reuniones periódicas de trabajo del equipo de salud cardiovascular del establecimiento.	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

	Brindar atención expedita y oportuna a los pacientes diabéticos insulino - requirentes, derivados desde el nivel secundario de atención. Reducir la prevalencia de personas con factores de riesgo modificables para enfermedades no trasmisibles. Fomentar la participación y asociatividad de personas con patologías que implican riesgo cardiovascular en organizaciones de apoyo comunitario. Mantener la organización del tarjetero para el programa del adulto mayor, separado por grupos de edad 65 a 69, de 70 a 79 y 80 y mas años. El programa adulto mayor conserva su propia tarjeta. Efectuar evaluación anual de pie al 100% de los pacientes DBT bajo control Efectuar manejo avanzado de heridas al 100% de los pacientes con ulcera de pie diabético Lograr que el 100% de los pacientes diabéticos descompensados reciban atención podológica Aplicar el examen Holter de Presión Arterial a los ingresos del PSCV por Hipertensión Arterial, según las orientaciones técnicas entregadas por medio del Convenio Cardiovascular y el GES de HTA. (Alcanzar el 20% considerando población adulta y adulto mayor)	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

Cáncer	Considerar las mismas estrategia enunciadas para la población de 20 a 64 años La pesquisa de Cáncer Cérvicouterino a través de la toma de PAP, en mayores de 65 años, queda a criterio del profesional, que deberá considerar: anamnesis, examen ginecológico con observación microscópica e historia de PAP.	
Salud respiratoria	Atención inmediata en los que se sospecha neumonía por el médico Confirmación diagnostica con radiografía de tórax (en un plazo máximo de 48 horas), Tratamiento (inmediato) con antibióticos y controles a las 48 horas y a los 10 días por el equipo ERA. Los casos que requieren atención especializada u hospitalización serán derivadas oportunamente (casos que no responden al tratamiento en el control de 48 horas o que presenten complicaciones) Incrementar el número de hogares declarados hogares libres del humo de tabaco. Derivar a nivel secundario los pacientes con patología respiratoria, con los tres exámenes básicos de estudio: baciloscopía, espirometría y radiografía de tórax póstero-anterior. Aplicar normas de tratamiento en pacientes con diagnóstico de ERA (Asma, EPOC y Neumonía).	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**
Tuberculosis	Considerar las mismas estrategias desarrolladas para la población de 20 a 64 años	
Salud bucal	Otorgar atención prioritaria a los integrantes del Programa Chile Solidario. Otorgar atención prioritaria y preferencial a adultos mayores	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.**

	Garantizar el acceso a la atención odontológica de urgencia al 100% de la población beneficiaria, junto con incremento progresivo de las prestaciones de recuperación del daño Garantizar el acceso a la atención odontológica a los pacientes de 60 años de la población beneficiaria, junto con incremento progresivo de las prestaciones de recuperación del daño	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**
Salud sexual reproductiva	Aumentar la cobertura de control ginecológico preventivo para la pesquisa de problemas ginecológicos frecuentes en esta etapa de la vida: incontinencia urinaria, prolapsos. Prevención , pesquisa, diagnostico y tratamiento de ETS/SIDA, según normas. Considerar la realización de talleres que aborde la sexualidad, la comunicación efectiva, relaciones de pareja y resolución de conflictos.	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**
Salud mental	Fomentar la asociatividad, como factor protector de la salud mental, a través de actividades de promoción. Desarrollar intervenciones psicosociales de apoyo a las familias de personas con demencia. Detección, acogida y tratamiento a adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar.	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.** • Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**
Evaluación funcional del adulto mayor	Alcanzar cobertura de al menos un 50% Aplicar EFAM al 100% de población bajo control y de los ingresos.	**En general se trata de dar cumplimiento a las mismas estrategias que se desarrollan para el Adulto de 20 – 64 años.**

	Lograr que el al menos el 60% de los adultos de 65 años y mas con EFAM vigente sea autovalentes Continuar entregando PACAM según norma. Aumentar la cobertura de entrega de alimentos en aquellas comunas que se haya pesquisado un bajo nivel de acceso al programa, especial atención debe ponerse en el rescate de inasistentes	• Las estrategias y/o actividades descritas por el SSMSur ya se encuentran incorporadas al trabajo regular del Equipo de Salud. **Para el año 2008 se mantienen**

COBERTURA EVALUACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Componente	Prevalencia	Meta Nacional	META COMUNAL pactada y fijada en Res. Exenta 478 del 23 de Marzo 2007 del SSMS	**Indicador**
Cobertura de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) 65 y mas años	No corresponde	45%	**40,0**	**Nº de adultos de 65 y mas años con EFAM vigente / Población inscrita de 65 y mas años MENOS un 5% de población postrada.**

	Poblacion	5,0	TOTAL	Personas en Control 2007	Cobertura
STA	**4.755**	**238**	**4.517**	**1.623**	**35,93**
CSJ	**3.740**	**187**	**3.553**	**1.253**	**35,27**
ABG	**2.058**	**103**	**1.955**	**1.223**	**62,55**
COMUNA	**10.553**	**528**	**10.025**	**4.099**	**40,89**

Atencion integral de postrados severos	Otorgar atención integral en domicilio al 100% de los postrados severos, indigentes y pobres. Cancelar el estipendio mensual a los cuidadores. Focalizar la entrega de ayudas técnicas, colchón antiescara y sillas de rueda en estos pacientes	

Comentarios:

El año 2006 se realizaron 966 atenciones domiciliarias para personas postradas o con enfermedades terminales. Para el año 2007 se han realizado 1.123 atenciones.

Aumento de un 16,2%

Los Cuidados Paliativos se han convertido en un servicio de alta demanda por enfermos terminales y/o portadores de enfermedades catastróficas. Lamentablemente el acceso al Programa es muy difícil para aquellos pacientes a quienes se les ha realizado el diagnóstico en otras instancias extra Hospital B. Luco- CDT. Es necesario también, implementar una vía formal de comunicación directa (Ej. correo electrónico) entre el CESFAM y el Servicio de Cuidados Paliativos, con el objeto de que el médico tratante de APS reciba la información oportuna sobre los cambios de indicaciones que se realizan, lo que actualmente es comunicado por los familiares del paciente

Obstaculizadores

- Gran complejidad de la atención lo que significa un mayor número de horas de profesionales destinados a la atención domiciliaria
- Insuficiente RRHH y material para satisfacer la demanda actual
- Vehículo de terreno disponible solo en las tardes
- Falta de capacitación del RRHH en los procesos relacionados con la muerte y el buen morir

Programa Postrados severos indigentes y pobres

Implementación del Programa

La atención domiciliaria estaba establecido con flujograma de atención interna, con la incorporación del Programa Ministerial se pudo consolidar de manera estructurada esta atención
Todos los postrados están con su ficha de ingreso respectiva y con su tarjetón.
Capacitación al Equipo de salud acerca del programa

Equipo responsable

Enfermera vigila el cumplimento al programa, estableciendo las visitas domiciliarias correspondiente junto a un auxiliar de enfermería
Si es necesario que acuda otro profesional, este acude con el fin de responder a las necesidades del paciente
Dentro del Equipo gestor ha sido indispensable la acción de Terapeuta Ocupacional, tanto en implementación como ejecución.

Participación de organizaciones comunitarias en el cuidado

Apoyo de asistentes comunitarias en el cuidado del postrado

Capacitación a cuidadoras: Este año se realizó capacitación a los cuidadores de postrados por enfermeras, terapeuta ocupacional.

- Se han realizado 3 capacitaciones a cuidadores de postrados
- Se elaboró manual educativo de cuidados básicos de la persona postrada
- Se realiza capacitación en el hogar a cuidadores. Cuidadores de postrados reciben estipendio

En relación a la posibilidad de movilización, esta se ha hecho insuficiente para la demanda de cada CESFAM

Implementación de registros del programa:
Se registra en ficha, las cuales están en los sectores, además cada paciente tiene su tarjetón de control

CAPITULO VI

Organización de los Establecimientos de Salud
Estructura del Sistema Local de Salud y Proyecciones

Un Nuevo Modelo de Atención.

La Comuna de San Joaquín ha sido pionera en el área Sur de Santiago en incorporar el **Modelo de Atención de Salud Familiar**. Los establecimientos de salud de la Comuna están organizados con las siguientes características:

- **UN EQUIPO DE SALUD PARA CADA SECTOR (TERRITORIO/BARRIO)**: Los Equipos de Sector se forman con Horas Médico, Enfermera, Asistente Social, Administrativos, Matrona, Auxiliares etc. Este equipo debe tener una visión integral y continua: Se trata de abordar la Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de los problemas de Salud de las Personas durante todo el Ciclo Vital: Infancia, Adolescencia, Adulto y Adulto Mayor.

- **TRABAJO CON LA FAMILIA**: Se considera a la familia y a los vínculos que la persona tiene con su familia y ambiente, como una clave para entender y trabajar el proceso de Salud/Enfermedad. Se incorporan fichas y registros de trabajo especiales que sirven para conocer la familia.

- **CALIDAD Y RESULTADOS**: El Centro de Salud está desafiado a aumentar la resolutividad en su accionar: Esto es tratar los distintos problemas en salud y resolverlos en el nivel local: en el mismo establecimiento o en la familia o en el barrio de la persona. El aumento de resolutividad implica que el Equipo de Salud debe aumentar sus capacidades, conocimientos, técnicas y destrezas específicas para mejor resolver. La capacitación se hace en la práctica, a través de Reuniones Clínicas, Reuniones de Consejería, Elaboración de pautas de tratamiento etc.

- **INTEGRACIÓN EN UNA RED SOCIAL** : El Centro de Salud es integrante de una Red de recursos locales en pro del desarrollo humano; estimulando la Participación Organizada de la población que vive en el territorio que el Centro de Salud atiende.

Una variante muy interesante y de amplio reconocimiento social en los barrios, es la consolidación de los Equipos de Sector (de cabecera) en el mismo territorio a través del establecimiento de MINICENTROS DE SALUD.

Esta iniciativa está en el origen de los actuales Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) línea de desarrollo del Ministerio de Salud, por la que nuestra Comuna tiene

- **SECTOR 5 CESFAM SOR TERESA: Juan Aravena 472**

Recientemente nos acaban de reconocer a los Minicentros dependientes del CESFAM San Joaquín:

- **SECTOR 2 :** ubicado en Reverendo Javier Peró con Ingeniero Budge
- **SECTOR 3 :** Sierra Bella 3208- Población Anibal Pinto.
- **SECTOR 4 :** Ubicado en calle Yalta 2500.

Como Centros Comunitarios de Salud Familiar, por lo que recibirán apoyo del MINSAL.

Sectorización de los Centros de Salud de la Comuna

Establecimiento y Directora	Organización Interna : EQUIPO DE SALUD POR SECTOR			
	Sector	Unidades Vecinales	Coordinador de Sector	Ubicación
CESFAM SOR TERESA **Directora** **Dra. Sandra Oller**	**1**	2, 3 y 6	Dr. Juan Morales	**En CESFAM Central**
	2	1, 5, 7 y 15	Dr. Carrasco	
	3	10, 11 y 12	Dr. Max Diaz	
	4	8, 9 y 13	Dra Helgard Braun	
	5	1, 4 y 7	Dra. Mirelly Cevallos	**Centro Comunitario Juan Aravena 472**
CESFAM SAN JOAQUIN **Directora** **Dra. Lidia Campodonico**	**1**	18, 22	Dra. Lorena Sanhueza	**En CESFAM Central**
	2	14, 17	Dra. Bernardita Martinez	**Centro Comunitario Rvdo. Peró / Ingeniero Budge**
	3	23, 24, 26	Dra. Patricia Vargas	**Centro Comunitario Sierra Bella 3208**
	4	27, 28, 29	Dra. Carla Argudo	**Centro Comunitario Yalta 2500**
	5	19	Sra. Margot Rivas	**En CESFAM Central**
	6	30, 31, 32	Dra. Cecilia Requena	**En CESFAM Central**
CESFAM Dr. A. BAEZA GOÑI **Directora** **Sra. Gabriela Sepulveda**	**1**	12, 15, 16, 21	Srta. Claudia Cisternas	**En CESFAM Central**
	2	25 y parte 21	Sra. Olga Nikolic	
	3	20	Sra. Sandra Barrueto	

Red de Establecimientos de Salud Comuna de San Joaquín

La red actual comunal está formada por

- 3 Centros de Salud Familiar : Sor Teresa – San Joaquín – Dr. A. Baeza Goñi
- 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar: Juan Aravena, Sierra Bella, Yalta, Rev. Javier Peró.

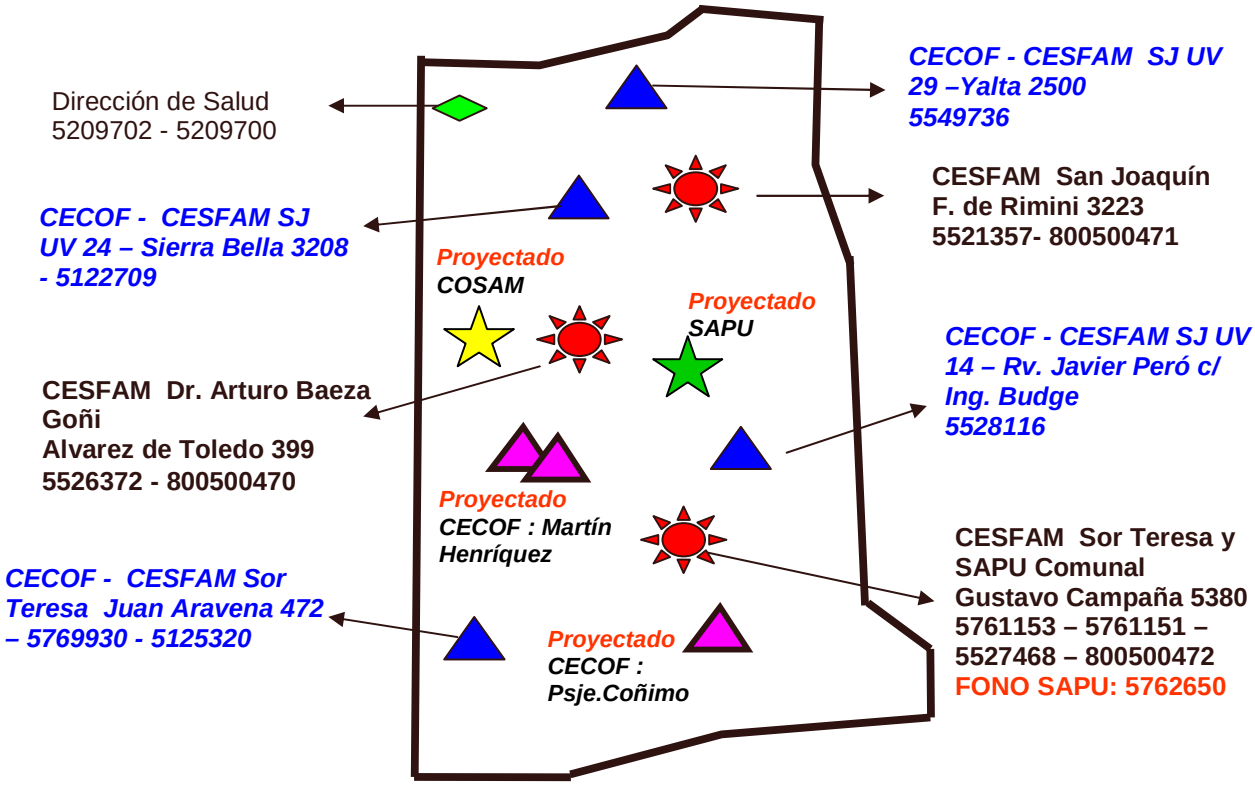
Las Proyecciones del área son:

1.- Implementación y Puesta en Marcha del Centro Comunitario de Salud Mental:
Proyecto que es formulado a partir de la intervención en el Plan La Legua. Actualmente cuenta con un financiamiento comprometido por el Ministerio del Interior y Ministerio de Salud para su Habilitación y Equipamiento y otro financiamiento para la Operación, aprobada a partir del año 2008. El establecimiento se ubicará en calle Alvarez de Toledo, esquina Cabildo; recinto que ha sido entregado en Comodato por el Arzobispado de Santiago a la I. Municipalidad de San Joaquín, con este objetivo.

2.- Implementación y Puesta en Marcha de los Centros Comunitarios de Salud Familiar Sectores 1 y 3 del CESFAM Sor Teresa y Sector 1 del CESFAM San Joaquín.
Proyectos aprobados en el Presupuesto Participativo 2007

3.- Postulación al fondo de Proyectos Ministerio de Salud para Reposición del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
Se espera obtener financiamiento para reinstalar el SAPU en una ubicación de mejor accesibilidad a la población comunal y además contar con SAPU de 24 Horas. En esta materia ya estamos postulados vía Servicio de Salud Metropolitano **Sur.**

Con esta proyección la Red de la Comuna quedará con:



CAPITULO VII

Equipo de Salud Comunal

El personal que trabaja en las distintas reparticiones del área de Salud Comunal, pertenece a alguna de éstas modalidades:

Personal de la Dotación Comunal : se refiere al total de horas semanales contratadas según las diferentes categorías en que el Estatuto de Atención Primaria Municipalizada, divide a los funcionarios de Salud.
La dotación está constituida por Contratos a Plazo Fijo y Contratos Indefinidos.

De conformidad a lo establecido en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal, Título I, párrafo 1º, artículos 10,11 y 12 ; y lo señalado por el Reglamento de esta Ley en el Título I, artículo 7º, la administración de salud comunal debe presentar la Dotación de Atención Primaria de Salud Municipal que se ha definido para desarrollar las actividades de salud del año siguiente. Esta dotación puede ser aprobada u observada por el Servicio de Salud respectivo, no pudiendo ser aumentada y teniendo como plazo final para su definición, el 30 de noviembre de cada año.

Personal Contratado para Proyectos con financiamiento especifico, contratados en forma provisional en modalidad Honorarios.

Dirección de Salud del año 2007

Cargo	Hrs	Persona
Directora de Salud Comunal	44	Patricia González Chamorro
Asesor Técnico Dirección Salud	22	Carolina Videla Concha
Asesor Técnico Dirección Salud	22	Daniela Castro De Jong
Encargado Plan Promoción	16	Mauricio Muñoz Molina
Coordinadora Administrativa RRHH	44	Gema Millar Serrano
Encargado de Bodega Comunal	44	Domingo Obreque Levin
Secretaria Administrativa	44	Angela Fuentealba

COMUNA DE SAN JOAQUIN
DOTACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMARIA AÑO 2008

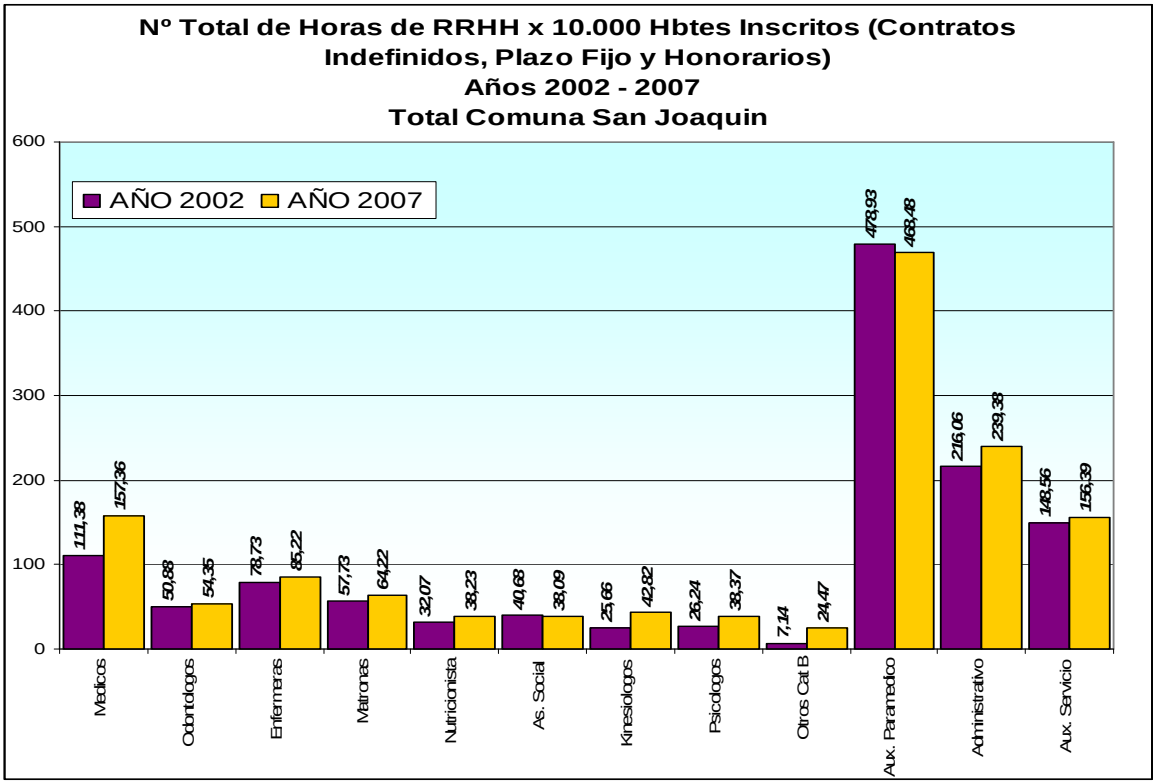
Profesion	Categoría	SOR TERESA DE LOS ANDES		SAN JOAQUIN		DR. A. BAEZA GOÑI		HORAS USO COMUNAL		SAPU SOR TERESA			TOTAL COMUNA	
		DOTACION : Contratos Indefinidos y Plazos Fijos		DOTACION : Contratos Indefinidos y Plazos Fijos		DOTACION : Contratos Indefinidos y Plazos Fijos		DOTACION : Contratos Indefinidos y P. Fijos		DOTACION : Contratos Indefinidos y Plazos Fijos		Horas Honorarios	DOTACION : Contratos Indefinidos y Plazos Fijos	
		Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos	Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos	Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos	Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos	Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos		Total de Hrs. Sem	Nº de Cargos
Medicos	A	462	11	354	10	286	6					53	1102	27
Medico Directora	A	44	1	44	1								88	2
Odontologos	A	151	4	140	4	100	3						391	11
TOTAL A	**A**	613	15	538	15	386	9					53	1581	40
Enfermeras	B	242	6	209	5	132	3			22	2		605	16
Matronas	B	198	5	121	3	121	3						440	11
Matrona Directivo	B	22	1	0	0	44	1						66	2
Nutricionista	B	110	3	66	2	66	2						242	7
As. Social	B	107	3	81	3	66	2	10	1				264	9
Kinesiologos	B	110	3	77	2	66	2	44	1				297	8
Psicologos	B	94	3	66	3	57	2	16	1				233	9
Terapeuta Ocupac.	B	44	1	44	1	22	1						110	3
TOTAL B	**B**	927	25	664	19	574	16	70	3	22	2		2257	65
Tecnico Superior	C.	88	2	88	2	44	1						220	5
TOTAL C	**C.**	88	2	88	2	44	1						220	5
Aux. Paramedico	D	1210	27	902	21	748	17			120	8	30	2980	73
TOTAL D	**D**	1210	27	902	21	748	17	44	1	120	8	30	2980	73
Administrativo	E	616	14	352	8	440	10					69	1408	32
TOTAL E	**E**	616	14	352	8	440	10					69	1408	32
Aux. Servicio	F	264	6	264	6	132	3			60	4		720	19
Chofer	F	44	1	88	2	44	1			69	3		245	7
Guardias	F	88	2	0	0	132	3						220	5
TOTAL F	**F**	396	9	352	8	308	7			129	7		1185	31

RRHH DISPONIBLES POR 10.000 HABITANTES INSCRITOS - COMPARACIÓN CON ESTANDAR PLAN DE SALUD FAMILIAR EN REFORMA GES

HORAS TOTALES SEMANALES POR CESFAM CONTRATOS INDEFINIDOS - PLAZO FIJO - HONORARIOS AÑOS 2002/2007

Profesión	Hrs Sem para 10.000 hbtes según PSF con GES	Nº TOTAL DE HORAS SEMANALES x 10.000 Hbtes INSCRITOS - TOTAL COMUNAL		SOR TERESA				SAN JOAQUIN				DR. A. BAEZA GOÑI			
				2002		2007		2002		2007		2002		2007	
				Pobl. Inscrita		Pobl. Inscrita		Pobl. Inscrita		Pobl. Inscrita		Pobl. Inscrita		Pobl. Inscrita	
				27806		30247		22969		23049		17816		18639	
		AÑO 2002	AÑO 2007	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos	Hrs. Sem.	Nº total de Hrs sem x 10.000 hbtes inscritos
Médicos	**125**	**111,38**	**157,36**	259	**93,15**	462	**152,74**	277	**120,60**	384	**166,60**	228	**127,97**	286	**153,44**
Odontólogos	**60**	**50,88**	**54,35**	147	**52,87**	151	**49,92**	114	**49,63**	140	**60,74**	88	**49,39**	100	**53,65**
Enfermeras	**80**	**78,73**	**85,22**	189	**67,97**	242	**80,01**	209	**90,99**	239	**103,69**	142	**79,70**	132	**70,82**
Matronas	**55**	**57,73**	**64,22**	176	**63,30**	220	**72,73**	132	**57,47**	121	**52,50**	88	**49,39**	121	**64,92**
Nutricionista	**40**	**32,07**	**38,23**	88	**31,65**	121	**40,00**	66	**28,73**	77	**33,41**	66	**37,05**	77	**41,31**
As. Social	**30**	**40,68**	**38,09**	88	**31,65**	110	**36,37**	88	**38,31**	88	**38,18**	103	**57,81**	76	**40,77**
Kinesiólogos	**40**	**25,66**	**42,82**	77	**27,69**	132	**43,64**	55	**23,95**	88	**38,18**	44	**24,70**	88	**47,21**
Psicólogos	**30**	**26,24**	**38,37**	58	**20,86**	119	**39,34**	43	**18,72**	77	**33,41**	79	**44,34**	80	**42,92**
Otros Cat B	**Sin Def**	**7,14**	**24,47**	16	**5,75**	88	**29,09**	33	**14,37**	66	**28,63**	0	**0,00**	22	**11,80**
Aux. Paramédico	**Sin Def**	**478,93**	**468,48**	1350	**485,51**	1465	**484,35**	1197	**521,14**	1099	**476,81**	738	**414,23**	806	**432,43**
Administrativo	**Sin Def**	**216,06**	**239,38**	631	**226,93**	743	**245,64**	440	**191,56**	484	**209,99**	411	**230,69**	495	**265,57**
Aux. Servicio	**Sin Def**	**148,56**	**156,39**	437	**157,16**	421	**139,19**	274	**119,29**	352	**152,72**	308	**172,88**	352	**188,85**

Calculo incluye Todas las Horas de RRHH disponibles por semana en cada CESFAM - **Se EXCLUYEN** las Horas de Directoras, Médicos de Familia del CESFAM San Joaquín (55 hrs acuerdo Capacitación), Matrona SOME en Sor Teresa y Psicologo en Promoción. **Se INCLUYEN** : Horas Kinesiologa en Sala Rehabilitación



Si se compara la disponibilidad de Horas de RRHH con el estándar definido en el Plan de Salud Familiar con GES, vemos que la Comuna de San Joaquín presenta el siguiente balance semanal de horas de RRHH, donde los estamentos de Odontólogos y Nutricionistas aparecen con un déficit de 5,65 y 1,77 hrs/sem respectivamente.

Médicos	**32,36**
Odontólogos	**-5,65**
Enfermeras	**5,22**
Matronas	**9,22**
Nutricionista	**-1,77**
As. Social	**8,09**
Kinesiólogos	**2,82**
Psicólogos	**8,37**
Otros Cat B	**No hay estándar**
Aux. Paramédico	**No hay estándar**
Administrativo	**No hay estándar**
Aux. Servicio	**No hay estándar**

CAPITULO VIII

Población Inscrita

Total de la Población Inscrita y validada por FONASA en Comuna de San Joaquín

La población se había mantenido relativamente estable entre el año 2003 y 2006. Para el año 2007 se produce una baja, que impacta negativamente sobre nuestros ingresos. El sistema local se ha esforzado por mantener las bases de datos actualizadas, pero la situación de DOBLE INSCRIPCION y pérdida de población reconocida como válida en el sistema, nos resta recursos absolutamente imprescindibles.

SITUACION DE LA VALIDACION PER CAPITA - AÑO 2008
CESFAM SOR TERESA DE LOS ANDES

		Inscritos Válidos AÑO 2007 (Corte Octubre 2006)	variación para el 2006 - 2007	Inscritos Válidos AÑO 2008 (Corte Octubre 2007)	variación para el 2007 - 2008
SOR TERESA	Registros a Proceso	34.704		31.791	-2.913
	Registros con Error	0		0	
	DOBLE INSCRITO	3.898		926	
	Fallecidos	251		98	
	Isapre/Capredena/Particular	308		22	
	Total Válidos	**30.247**	**-2.104**	**30.745**	**498**

Proyección RESULTADO PARA EL AÑO 2008 STA		
per capita basal 2007		$ 1.500
per capita laboratorio 2007		$ 60
	Variación Mensual	Total Año
Remesa Per cápita	$ 46.117.500	
Laboratorio	$ 1.844.700	
Total	$ 47.962.200	**$ 575.546.400**
Variación sobre año anterior		**$ 9.322.560**

SITUACION DE LA VALIDACION PER CAPITA - AÑO 2008
CESFAM SAN JOAQUIN

		Inscritos Válidos AÑO 2007 (Corte Octubre 2006)	variación para el 2006 - 2007	Inscritos Válidos AÑO 2008 (Corte Octubre 2007)	variación para el 2007 - 2008
SAN JOAQUIN	Registros a Proceso	24.874		23.472	-1.402
	Registros con Error	0		0	
	DOBLE INSCRITO	1.359		695	
	Fallecidos	192		97	
	Isapre/Capredena/Particular	274		20	
	Total Válidos	**23.049**	**-216**	**22.660**	**-389**

Proyección RESULTADO PARA EL AÑO 2008		
per capita basal 2007		$ 1.500
per capita laboratorio 2007		$ 60
	Variación Mensual	Total Año
Remesa Per cápita	$ 33.990.000	
Laboratorio	$ 1.359.600	
Total	$ 35.349.600	**$ 424.195.200**
Variación sobre año anterior		**-$ 7.282.080**

SITUACION DE LA VALIDACION PER CAPITA - AÑO 2008
CESFAM DR. ARTURO BAEZA GOÑI

		Inscritos Válidos AÑO 2007 (Corte Octubre 2006)	variación para el 2006 - 2007	Inscritos Válidos AÑO 2008 (Corte Octubre 2007)	variación para el 2007 - 2008
DR. ARTURO BAEZA GOÑI	Registros a Proceso	19.783		19.152	-631
	Registros con Error	0		0	
	DOBLE INSCRITO	798		577	
	Fallecidos	154		55	
	Isapre/Capredena/Particular	192		22	
	Total Válidos	**18.639**	**893**	**18.498**	**-141**

Proyección RESULTADO PARA EL AÑO 2008		
per capita basal 2006		$ 1.500
per capita laboratorio 2006		$ 60
	Variación Mensual	Total Año
Remesa Per cápita	$ 27.747.000	
Laboratorio	$ 1.109.880	
Total	$ 28.856.880	**$ 346.282.560**
Variación sobre año anterior		**-$ 2.639.520**

INSCRITOS SEGÚN SEXO Y EDAD - VALIDACION 2008

ESTABLECIMIENTO	28051	CESFAM SOR TERESA DE LOS ANDES
COMUNA	13129	SAN JOAQUIN
S. SALUD	28	S.S.METROPOLITANO SUR
REGION	13	

Inf.	Sup.	Masculino	Femenino	Sin Inf.	Total
------	------	**3**	**0**	**0**	**3**
000-00	000-11	**161**	**173**	**0**	**334**
001-00	001-11	**195**	**172**	**0**	**367**
002-00	002-11	**183**	**173**	**0**	**356**
003-00	003-11	**185**	**168**	**0**	**353**
004-00	004-11	**187**	**172**	**0**	**359**
005-00	005-11	**204**	**202**	**0**	**406**
006-00	006-11	**218**	**187**	**0**	**405**
007-00	007-11	**222**	**213**	**0**	**435**
008-00	008-11	**213**	**216**	**0**	**429**
009-00	009-11	**248**	**220**	**0**	**468**
010-00	010-11	**249**	**215**	**0**	**464**
011-00	011-11	**228**	**249**	**0**	**477**
012-00	012-11	**214**	**259**	**0**	**473**
013-00	013-11	**221**	**227**	**0**	**448**
014-00	014-11	**254**	**236**	**0**	**490**
015-00	019-11	**1.332**	**1.246**	**0**	**2.578**
020-00	024-11	**993**	**1.108**	**0**	**2.101**
025-00	029-11	**918**	**988**	**0**	**1.906**
030-00	034-11	**764**	**1.027**	**0**	**1.791**
035-00	039-11	**968**	**1.149**	**0**	**2.117**
040-00	044-11	**1.041**	**1.242**	**0**	**2.283**
045-00	049-11	**956**	**1.034**	**0**	**1.990**
050-00	054-11	**674**	**866**	**0**	**1.540**
055-00	059-11	**603**	**827**	**0**	**1.430**
060-00	064-11	**773**	**967**	**0**	**1.740**
065-00	069-11	**634**	**875**	**0**	**1.509**
070-00	074-11	**541**	**706**	**0**	**1.247**
075-00	079-11	**393**	**697**	**0**	**1.090**
080-00	999-11	**397**	**759**	**0**	**1.156**
		14.172	**16.573**	**0**	**30.745**

INSCRITOS SEGÚN SEXO Y EDAD - VALIDACION 2008

ESTABLECIMIENTO	28050	**CESFAM SAN JOAQUIN**
COMUNA	13129	SAN JOAQUIN
S. SALUD	28	S.S.METROP.SUR
REGION	13	

Inf.	Sup.	Masculino	Femenino	Sin Inf.	Total
------	------	**1**	**1**	**1**	**3**
000-00	000-11	**105**	**96**	**0**	**201**
001-00	001-11	**104**	**107**	**0**	**211**
002-00	002-11	**97**	**86**	**0**	**183**
003-00	003-11	**140**	**107**	**0**	**247**
004-00	004-11	**105**	**108**	**0**	**213**
005-00	005-11	**145**	**130**	**0**	**275**
006-00	006-11	**123**	**131**	**0**	**254**
007-00	007-11	**149**	**121**	**0**	**270**
008-00	008-11	**144**	**152**	**0**	**296**
009-00	009-11	**124**	**160**	**0**	**284**
010-00	010-11	**148**	**135**	**0**	**283**
011-00	011-11	**160**	**137**	**0**	**297**
012-00	012-11	**180**	**162**	**0**	**342**
013-00	013-11	**191**	**170**	**0**	**361**
014-00	014-11	**192**	**186**	**0**	**378**
015-00	019-11	**981**	**973**	**0**	**1.954**
020-00	024-11	**766**	**818**	**0**	**1.584**
025-00	029-11	**650**	**842**	**0**	**1.492**
030-00	034-11	**564**	**730**	**0**	**1.294**
035-00	039-11	**567**	**766**	**0**	**1.333**
040-00	044-11	**694**	**815**	**0**	**1.509**
045-00	049-11	**759**	**1.005**	**0**	**1.764**
050-00	054-11	**661**	**826**	**0**	**1.487**
055-00	059-11	**571**	**694**	**0**	**1.265**
060-00	064-11	**513**	**592**	**0**	**1.105**
065-00	069-11	**381**	**533**	**0**	**914**
070-00	074-11	**313**	**465**	**0**	**778**
075-00	079-11	**336**	**642**	**0**	**978**
080-00	999-11	**394**	**711**	**0**	**1.105**
		10.258	**12.401**	**1**	**22.660**

INSCRITOS SEGÚN SEXO Y EDAD - VALIDACION 2008

ESTABLECIMIENTO	28049	**CESFAM DR. ARTURO BAEZA GOÑI**
COMUNA	13129	SAN JOAQUIN
S. SALUD	28	S.S.METROP.SUR
REGION	13	

Inf.	Sup.	Masculino	Femenino	Sin Inf.	Total
000-00		**0**	**0**	**0**	**0**
001-00	001-11	**123**	**124**	**0**	**247**
002-00	002-11	**153**	**139**	**0**	**292**
003-00	003-11	**139**	**126**	**0**	**265**
004-00	004-11	**135**	**109**	**0**	**244**
005-00	005-11	**158**	**115**	**0**	**273**
006-00	006-11	**136**	**154**	**0**	**290**
007-00	007-11	**143**	**124**	**0**	**267**
008-00	008-11	**132**	**109**	**0**	**241**
009-00	009-11	**138**	**125**	**0**	**263**
010-00	010-11	**146**	**157**	**0**	**303**
011-00	011-11	**137**	**136**	**0**	**273**
012-00	012-11	**153**	**150**	**0**	**303**
013-00	013-11	**166**	**142**	**0**	**308**
014-00	014-11	**175**	**168**	**0**	**343**
015-00	019-11	**800**	**819**	**0**	**1.619**
020-00	024-11	**639**	**815**	**0**	**1.454**
025-00	029-11	**561**	**676**	**0**	**1.237**
030-00	034-11	**528**	**600**	**0**	**1.128**
035-00	039-11	**554**	**665**	**0**	**1.219**
040-00	044-11	**632**	**736**	**0**	**1.368**
045-00	049-11	**641**	**678**	**0**	**1.319**
050-00	054-11	**543**	**599**	**0**	**1.142**
055-00	059-11	**470**	**487**	**0**	**957**
060-00	064-11	**392**	**419**	**0**	**811**
065-00	069-11	**244**	**345**	**0**	**589**
070-00	074-11	**197**	**262**	**0**	**459**
075-00	079-11	**181**	**311**	**0**	**492**
080-00	999-11	**190**	**363**	**0**	**553**
		8.721	**9.777**	**0**	**18.498**

CAPITULO IX

Financiamiento

1.- Ingresos:

1.1.- Ingresos provenientes del Nivel Central: Aporte del Ministerio de Salud

A.- Transferencias Regulares:

Las transferencias regulares recibidas por la Comuna provenientes del Ministerio de Salud están agrupadas en 2 áreas:

Primer Grupo: Remesa Per Cápita

a.- **Per cápita basal** : Este ingreso está vinculada a la validación de la Población Inscrita en los Centros de Salud de la Comuna que se considera beneficiaria del sector público. El corte de la base de datos Inscrito 3 es realizado por FONASA en 2 fechas anuales (Junio – Octubre). Por cada inscrito válido, FONASA transfiere a la Comuna un aporte mensual. El año 2007 la Comuna de San Joaquín disminuyó la cantidad de personas inscritas válidas, con una pérdida de $26.713.440.- millones al año.

	2006	2007	Financiamiento
Sor Teresa	32.351	30.247	-$39.386.880
San Joaquín	23.265	23.049	-$4.043.520
Baeza Goñi	17.746	18.639	16.716.960
Total	73.362	71.935	-$26.713.440

Para el año 2008, con el proceso de Inscripción y Seguimiento de Beneficiarios, totalmente Informatizado, será posible corregir la fluctuación de los Inscritos dado que el Registro Clínico Electrónico se encuentra en línea con FONASA e impide generar prestaciones a usuarios que no estén validados en el Centro de Salud.

b.- **Per Cápita de Laboratorio Clínico**: Es un aporte para la compra o producción de Exámenes de Laboratorio Clínico. El año 2007, por cada persona Inscrita Válida el aporte de Exámenes fue de $60.- per cápita alcanzando un total de $53.605.952.- **Es importante destacar que el gasto real del ítem Laboratorio Clínico (proyectado en base al gasto ejecutado a Agosto 2007) puede llegar a $ 187.978.680 incluidos los exámenes del Programa Cardiovascular, y Excluidos estos exámenes la cifra es de $95.984.127.- Por esto, el aporte del Nivel central solo alcanza a cubrir una parcialidad de la operación**.

Situación del gasto en Exámenes de Laboratorio Año 2007 – Ingresos por Per cápita de Laboratorio Clínico y por Proyecto Cardiovascular – Gastos Totales Enero – Agosto 2007 / Proyección a Diciembre 2007.

	SAN JOAQUIN	**BAEZA GOÑI**	**SOR TERESA**	**TOTAL**
GASTO EN EXAMENES RESTANDO EXS. CARDIOVASCULAR (Ejecutado Ene - Agosto 2007)	$ 23.189.816	$ 13.685.464	$ 27.114.138	$ 63.989.418
GASTO PROYECTADO A DICIEMBRE. 2007	$ 34.784.723	$ 20.528.196	$ 40.671.207	**$ 95.984.127**
TOTAL DEL APORTE PER CAPITA PARA EX. LAB	$ 17.176.115	$ 13.889.783	$ 22.540.064	$ 53.605.962
DEFICIT RESPECTO AL APORTE TOTAL PER CAPITA LABORATORIO	-$ 17.608.609	-$ 6.638.413	-$ 18.131.143	-$ 42.378.165
GASTO TOTAL EXAMENES DE PROGRAMA CARDIOVASCULAR : Hb Glicosilada, Microalbuminuria, K,Na, Cl y Perfil Lipidico (Ejecutado a Agosto 2007)	$ 20.167.109	$ 11.854.143	$ 29.308.451	$ 61.329.702
GASTO PROYECTADO A DICIEMBRE. 2007	$ 30.250.663	$ 17.781.215	$ 43.962.676	**$ 91.994.554**
APORTE TOTAL CONVENIO CARDIOVASCULAR	$ 21.416.015	$ 17.318.457	$ 28.104.049	$ 66.838.521
DEFICIT RESPECTO AL APORTE TOTAL DEL CONVENIO CARDIOVASCULAR	-$ 8.834.647	-$ 462.758	-$ 10.577.529	-$ 25.156.033
GASTO TOTAL EXAMENES POR CESFAM - PROYECCIÓN A DIC 2007	$ 65.035.386	$ 38.309.411	$ 84.633.883	**$ 187.978.680**
DEFICIT TOTAL ESTIMADO PARA EL AÑO 2007 - TODOS LOS EXAMENES	**-$ 26.443.256**	**-$ 7.101.172**	**-$ 33.989.770**	**-$ 67.534.197**

Comportamiento del Gasto de Laboratorio Clínico.

Aumento del Gasto por Expansión de Exámenes en Programa Cardiovascular y por nuevos Exámenes asociados a este Programa para cumplimiento del GES:

GASTO ANUAL DE LABORATORIO CLINICO - CIFRAS INFLACTADAS AL 2006

	SAN JOAQUIN	SOR TERESA	A. BAEZA GOÑI	SAPU	TOTAL
2006	$ 57.027.840	$ 61.680.470	$ 26.767.510	$ 0	$ 145.475.820
2005	$ 47.707.036	$ 44.912.882	$ 23.973.987	$ 0	$ 116.593.905
MAYOR GASTO	$ 9.320.804	$ 16.767.588	$ 2.793.523	$ 0	**$ 28.881.915**
% DE ALZA 2004 a 2005	19,54%	37,33%	11,65%		**24,77%**

2004	$ 25.415.412	$ 35.452.700	$ 16.011.051	0	$ 76.879.163
MAYOR GASTO	$ 31.612.428	$ 26.227.770	$ 10.756.459	0	$ 68.596.657
% DE ALZA 2004 a 2006	124,38%	73,98%	67,18%	0,00%	**89,23%**

c.- **Proyecto Salud Familiar, modelo de atención**: Desde la acreditación del CESFAM San Joaquín como Centro de Salud Familiar en 1998 la Comuna comenzó a recibir un per cápita diferenciado asociado al desarrollo del Modelo. Esta transferencia constituía un estímulo para los Centros de Salud y las Comunas que se adscribieran a esta transformación en su gestión, y el gasto fue incorporado plenamente a la ejecución regular del presupuesto del área salud. El año 2004 el aporte alcanzaba a $60.279.552.- anuales. El año 2005 este aporte se terminó y en su lugar se introdujo una transferencia por la vía de Proyectos. Durante los años 2005 y 2007 el Proyecto Modelo de Salud familiar ha aportado un monto de $21.663.897.- y $43.255.212.- respectivamente. **Cabe destacar que en el presupuesto de Salud de esta Comuna NO es posible trabajar estos recursos como Proyectos separados del per cápita, por cuanto su continuidad ha venido a reemplazar en parte los aportes que ya se estaban entregando desde 1998 a través del per capita de Salud Familiar del CESFAM San Joaquín y que introdujeron cambios estructurales en la gestión del área de Salud, aumentando horas de la dotación de RRHH y fortaleciendo la línea de sectorización con los Centros Comunitarios de Salud Familiar.**

d.- **Leyes especiales**: Son aportes vinculados a la compensación de los Sueldos Mínimos Nacionales basados en la ley 19.743 y un aporte a las remuneraciones de los chóferes de ambulancias a través de la ley 19.813.-

Segundo Grupo: Programa de Reforzamiento de la APS (PRAPS)

Actualmente este financiamiento transfiere recursos para la operación del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Hasta el año 2005 en los PRAPS se incluían aportes para financiar el Médico especialista en IRA (Infecciones Respiratorias en Niños) y Horas de Kinesiólogo de IRA . A partir del año 2005 estas transferencias se fusionaron al per cápita basal. Para el año 2007, la transferencia de fondos PRAPS – SAPU ha sido de $87.816.000.-

Tercer Grupo: Ingresos por Proyectos fusionados al Per Cápita:

Hasta el año 2004 la Comuna recibía 3 proyectos separados de la transferencia regular per cápita:
Plan de Mejoramiento de la APS, Proyecto Cardiovascular y Proyecto Depresión. Desde el 2005 fueron fusionados al Per Cápita, pero 2 de ellos mantienen aportes complementarios:

COMUNA DE SAN JOAQUIN - FINANCIAMIENTO AREA DE SALUD

COMPARACION DE LAS TRANSFERENCIAS DEL NIVEL CENTRAL AÑOS 2004 - 2007				
	2004	2005	2006	2007
	1.- REMESA PER CAPITA			
Per Cápita Basal	$ 856.971.696	$ 1.248.017.904	$ 1.304.726.400	$1.345.742.340
Per capita Salud Familiar CESFAM San Joaquin - desde 2005 Proyecto Modelo S. Fliar	$ 60.279.552	$ 21.663.897	$ 44.300.000	$43.255.212
Per capita Laboratorio (Resolutividad)	$ 50.202.864	$ 51.059.952	$ 52.820.640	$53.605.962
Ley 19.429	$ 14.436.432	$ 14.941.704	$ 15.688.788	$16.504.788
Ley 19,813 Choferes	$ 919.686	$ 972.108	$ 1.020.708	$1.020.708
Subtotal de Remesa Per Capita	$ 981.890.544	$ 1.314.991.668	$ 1.418.556.536	$ 1.460.129.010
	2.- INGRESOS FONDOS PRAPS (Programa Reforzamiento de la APS)			
SAPU	$ 72.714.000	$ 74.928.000	$ 83.844.000	$87.816.000
Asignación Desempeño Difícil SAPU	$ 6.264.000	$ 6.480.000	$ 0	$ 0
Médico IRA	$ 4.764.000	$ 0	$ 0	$ 0
Kine IRA	$ 12.816.000	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal PRAPS	$ 96.558.000	$ 81.408.000	$ 83.844.000	$ 87.816.000
	3.- INGRESOS POR PROYECTOS MINSAL FUSIONADOS EL AÑO 2005			
Plan de Mejoramiento de la APS	$ 150.512.112	$ 0	$ 0	$ 0
Programa Cardiovascular	$ 73.235.387	$ 29.843.580	$ 34.952.000	$66.838.521
Programa Depresión	$ 16.694.740	$ 0	$ 21.171.097	$46.520.836
Subtotal Proyectos	$ 240.442.239	$ 29.843.580	$ 56.123.097	$ 113.359.357
TOTAL GENERAL TRANSFERENCIAS MINSAL (1+2+3)	$ 1.318.890.783	$ 1.426.243.248	$ 1.558.523.633	$ 1.661.304.367
INGRESOS SIN PROYECTOS	$ 1.019.088.678	$ 1.396.399.668	$ 1.458.100.536	$ 1.504.689.798

B.- Transferencias por Proyectos:

El Ministerio de Salud mantiene una línea regular de Proyectos destinados a fortalecer la gestión de la Atención Primaria. El año 2007 las transferencias por proyectos se pueden agrupar en:

APORTES ADICIONALES AL PER CAPITA

PROYECTO/PROGRAMA	2004	2005	2006	2007	
APORTES QUE ESTAN INTEGRADOS EN LA REMESA PER CAPITA					
Aporte de Laboratorio Clinico (forma parte del Proyecto Resolutividad en APS)	$ 50.202.864	$ 51.059.952	$ 52.820.640	$ 53.605.962	
Fondos PRAPS (SAPU + Asignación Desempeño Difícil del SAPU)	$ 96.558.000	$ 81.408.000	$ 83.844.000	$ 87.816.000	
Mejoramiento de la oportunidad de la atención - Choferes	$ 919.686	$ 972.108	$ 1.020.708	$ 1.020.708	
SUBTOTAL APORTES INTEGRADOS A REMESA PER CAPITA	**$ 147.680.550**	**$ 133.440.060**	**$ 137.685.348**	**$ 142.442.670**	
APORTES ADICIONALES: PROYECTOS EJECUTADOS COMO COMPLEMENTOS AL PER CAPITA					
Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar	Aporte vía per capita S.Familiar del CESFAM San Joaquin	$ 21.663.897	$ 44.023.000	**$ 43.255.212**	**Reserva solo para Proyecto**
Programa Cardiovascular	$ 73.235.387	$ 29.843.580	$ 35.229.000	**$ 66.838.521**	**En parte integrado**
Plan de Mejoramiento de la APS	$ 150.512.112	Fusionado al per capita desde año 2005	Fusionado al per capita desde año 2005	**Fusionado al per capita desde año 2005**	
Depresión: Programa de Diagnostico y Tratamiento 2007	$ 16.694.740	Sin aporte extra	$ 21.171.097	**$ 46.520.836**	**En parte integrado**
Promocion de Salud	$ 14.500.000	$ 11.000.000	$ 8.639.000	**$ 8.403.489**	**Solo pago a terceros**
Refuerzo KINE - IRA en SAPU y Refuerzo Hrs Kine en CESFAM - Campaña de Invierno 2007	$ 2.260.350	$ 2.299.350	$ 1.988.358	**$ 2.074.527**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**

PROYECTO/PROGRAMA	2004	2005	2006	2007	
APORTES ADICIONALES: PROYECTOS EJECUTADOS COMO COMPLEMENTOS AL PER CAPITA					
Hipercineticos: Intervención en Salud Mental Infantil	inicio 2005	$ 6.000.000	$ 6.000.000	**$ 4.813.800**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Adicciones: Detección y Tratamiento	$ 8.957.420	$ 12.396.680	$ 15.288.603	**$ 15.776.916**	**En parte integrado**
Adicciones: Convenio FONASA-Ambulatorio Básico en CESFAM San Joaquin	Fusionado con Adicciones: Detección y Tratamiento	Fusionado con Adicciones: Detección y Tratamiento	$ 3.903.480	**$ 4.040.400**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Programa de prevención y tratamiento integral de adicciones (OH y Drogas) en menor de 20 años en la APS -GES	inicio 2007	inicio 2007	inicio 2007	**$ 4.612.444**	**Reserva solo para Proyecto**
Centros Comunitarios de Salud Familiar - CECOS Juan Aravena	inicio 2006	inicio 2006	$ 20.748.000	**$ 37.266.456**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Programa Medicina Preventiva 2007	inicio 2007	inicio 2007	inicio 2007	**$ 10.599.066**	**Reserva solo para Proyecto**
Resolución de Especialidades (proyecto Resolutividad)	$ 16.744.423	$ 28.938.271	$ 22.028.717	**$ 24.134.429**	**Solo pago a terceros**
Cirugía Menor (proyecto Resolutividad)	sin aporte	$ 4.472.700	$ 4.606.881	**$ 4.768.122**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Atención Domiciliaria (proyecto Resolutividad)	$ 4.750.000	$ 7.140.000	$ 15.269.550	**$ 34.206.456**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Atención Odontológica integral escasos recursos (proyecto Resolutividad)	$ 10.608.000	$ 27.200.000	$ 30.820.000	**$ 8.933.752**	**Solo pago a terceros**
SALA ERA : 1 sala por cada CESFAM	$ 13.932.526	$ 17.664.000	$ 25.772.000	**$ 27.288.000**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**

PROYECTO/PROGRAMA	2004	2005	2006	2007	
APORTES ADICIONALES: PROYECTOS EJECUTADOS COMO COMPLEMENTOS AL PER CAPITA					
Programa Apoyo Radiologico	$ 2.641.708	$ 3.607.908	$ 4.025.600	**$ 3.752.864**	**Solo pago a terceros**
Programa de rehabilitación de base comunitaria (Remuneraciones profesional + gastos de Operación)	inicio 2006	inicio 2006	$ 15.598.617	aportes ingresan Dic. 2006 para operación en año 2007	
Programa de Intervención en Estilos de Vida Saludable -Obesos Prediabeticos y Prehipertensos SAN JOAQUIN	inicio 2005	$ 7.490.000	$ 3.508.001	**$ 4.337.200**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Programa de Intervención en Estilos de Vida Saludable -Obesos Prediabeticos y Prehipertensos BAEZA GOÑI	inicio 2006	inicio 2006	$ 3.508.001	**$ 2.478.400**	**Integrado a gasto del Presupuesto Item Honorarios y Gasto Operación**
Programa de Intervención en Estilos de Vida Saludable -Obesos Prediabeticos y Prehipertensos SOR TERESA	inicio 2007	inicio 2007	inicio 2007	**$ 2.168.600**	**En parte integrado (compra equipos)**
Alimentación saludable y actividad fisica para prevención enfermedad cronica en niños y adolescentes para los 3 CESFAM ($1.479.900 c/u)	inicio 2007	inicio 2007	inicio 2007	**$ 4.439.700**	**En parte integrado (equipamiento)**
Programa de Incentivos para la gestión en APS 2007	$ 2.502.552	Sin aporte extra	$ 1.191.692	**$ 4.234.203**	**Solo pago a terceros**
Programa de Presbicia en APS	inicio 2005	$ 6.060.781	$ 4.294.213	$ 0	
SUBTOTAL APORTES COMPLEMENTARIOS A REMESA PER CAPITA	**$ 317.339.218**	**$ 185.777.167**	**$ 287.613.810**	**$ 364.943.393**	

APORTES ADICIONALES: PROYECTOS QUE ENTREGAN APORTES POR UNA SOLA VEZ				
PROYECTO/PROGRAMA	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Centros Comunitarios de Salud Familiar - CECOS Juan Aravena- Aporte por Construcción y Equipamiento del CECOS	aporte en año 2006	aporte en año 2006	$ 39.717.000	$ 0
Aporte por Minicentro (CECOS) UV 14: "Margarita Valenzuela"	aporte año 2005	$ 2.800.000	$ 0	$ 0
Recursos adicionales para Sala de Rehabilitación (Sala Japón)	aporte año 2005	$ 3.317.322	$ 0	$ 0
Equipamiento ERA (flujometro y oximetro $1,085,000 + $2,400,000 espirometro)	aporte año 2005	$ 3.485.000	$ 0	$ 0
Apoyo a la Gestión : Financia Ecógrafo, Ambulancia y Equipos Dentales en STA.	aporte 2006	aporte 2006	$ 68.319.000	$ 0
Programa Centro de Salud Amigo de la Familia y la Comunidad	aporte en año 2007	aporte en año 2007	aporte en año 2007	$ 4.992.127
Campaña de vacunación Influenza 2007	aporte en año 2007	aporte en año 2007	aporte en año 2007	$ 216.000
Informatizacion CESFAM San Joaquin	aporte año 2005	$ 90.000.000	$ 0	$ 0
SUBTOTAL APORTES COMPLEMENTARIOS POR UNA VEZ	$ 0	$ 99.602.322	$ 108.036.000	$ 5.208.127

PASANTIAS :PROYECTOS PARA GASTOS EN CAPACITACION A EQUIPOS DE SALUD DE OTRAS REGIONES				
PROYECTO/PROGRAMA	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Programa de rehabilitación de base comunitaria (Financia Pasantías en RBC y Encuentro Regional)	aporte en año 2006	aporte en año 2006	$ 21.189.200	aportes ingresan Dic. 2006 para operación en año 2007
Desarrollo de RRHH: Pasantías de APS en Cesfam San Joaquin	$ 7.778.000	$ 8.760.000	$ 8.395.000	$ 0
Desarrollo de RRHH: Pasantías de APS en Cesfam San Joaquin - 2º Convenio 2006 (Recursos ingresan a CORMU el año 2007)	en año 2006	en año 2006	$ 8.747.000	$ 0
Pasantías Nacionales de APS en CESFAM Baeza Goñi	aporte en año 2007	aporte en año 2007	aporte en año 2007	$ 5.160.000
SUBTOTAL APORTES COMPLEMENTARIOS PARA CAPACITAR OTROS EQUIPOS	$ 7.778.000	$ 8.760.000	$ 38.331.200	$ 5.160.000
APORTES ADICIONALES: PROYECTOS QUE SE TRANFIEREN A TERCEROS y PROYECTOS PARA SER EJECUTADOS POR EL SSMSUR				
Programa de Apoyo al cuidado domiciliario de personas postradas con discapacidad severa: Estipendios	inicio 2006	inicio 2006	$ 6.600.000	$ 24.960.000
Programa desarrollo RRHH: Pasantías de Salud Familiar organizadas por SSMSur	realizado año 2006	realizado año 2006	$ 19.954.000	$ 0
SUBTOTAL APORTES COMPLEMENTARIOS QUE SE TRANSFIEREN 100% A TERCEROS	$ 0	$ 0	$ 26.554.000	$ 24.960.000

Evolución del Aporte Municipal al Área de Salud Comunal

Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008 (presupuesto)
$381.186.180	**$ 417.245.538**	**$ 438.070.116**	**$438.895.749**	**$501.282.480.-**

Situación de Ingresos y Gastos Totales Área de Salud – Años 2005 – 2006. Déficit por año.

AÑO 2005			
INGRESOS		**GASTO**	
Suma de todas las transferencias MINSAL 2005	$ 1.627.780.462	BEP gastos año 2005	$ 2.037.445.238
Aporte Municipal	$ 417.245.538	Descuento al per capita por ley Retiro Voluntario	$ 28.222.469
Aporte de Capacitación Pasantías (fueron sumadas aparte del Aporte por transferencias Minsal)	$ 11.765.799	Gastos de Proyectos Salud	$ 126.683.396
Aporte de Junaeb	$ 8.080.000	Total	$ 2.192.351.103
Bono escolar 2005	$ 5.091.462	Déficit del año	**-$ 54.929.695**
Aguinaldos Sep y Dic 2005	$ 13.690.000		
Recuperación licencias medicas 2005	$ 45.254.891		
Recaudación	$ 8.513.256		
	$ 2.137.421.408		
		Porcentaje del gasto Cubierto por Aporte Municipal	19,032%

AÑO 2006			
INGRESOS		GASTO	
Suma de todas las transferencias MINSAL 2005	$ 1.841.112.642	BEP gastos año 2005	$ 2.264.830.561
Aporte Municipal	$ 438.070.116	Descuento al per capita por ley Retiro Voluntario	$ 33.047.004
Aporte de Capacitación Pasantías (fueron sumadas aparte del Aporte por transferencias Minsal)	$ 17.142.000	Gastos de Proyectos Salud	$ 187.106.308
Aporte de Junaeb	$ 8.387.718	Total	$ 2.484.983.873
Aporte FOSAC	$ 3.664.923	Déficit del año	**-$ 81.739.059**
Traspaso municipal por Minicentro Rv.Peró	$ 26.336.783		
Bono escolar 2006	$ 4.176.270		
Aguinaldos Sep y Dic 2006	$ 14.711.970		
Recuperación licencias medicas 2005	$ 47.330.222	Porcentaje del gasto Cubierto por Aporte Municipal	18,69%
Recaudación	$ 2.312.170		
TOTAL	$ 2.403.244.814		

Situación de Ingresos y Gastos Año 2007 por Centro de Costos (proyección basada en el presupuesto Ejecutado a Octubre 2007)

	SOR TERESA	SAN JOAQUIN	A. BAEZA GOÑI	SAPU	DIRSAL	TOTAL
Inscritos Válidos 2007	30.247	23.049	18.639			71.935
Distribución Porcentual	42,05%	32,04%	25,91%			
Per cápita General	$ 565.853.459	$ 431.195.040	$ 348.693.841	**$ 87.816.000**	$ 0	$ 1.345.742.340
Per Cápita Laboratorio	$ 22.540.064	$ 17.176.115	$ 13.889.783	$ 0	$ 0	$ 53.605.962
Ley 19.429	$ 6.939.881	$ 5.288.369	$ 4.276.538			$ 16.504.788
Ley 19,813 Choferes	$ 429.184	$ 327.049	$ 264.475			$ 1.020.708
Aporte Municipal Total					**15,98%**	**$438.895.316**
Aporte Municipal por Centro de Costo	$ 155.059.837	$ 118.159.625	$ 95.551.966	$ 0,000	$ 70.123.888	$ 368.771.428
Subtotal Ingresos.-	$ 750.822.425	$ 572.146.199	$ 462.676.602	$ 87.816.000	$ 70.123.888	$ 1.785.645.226
Ingresos por Licencias Médicas	$ 17.917.144	$ 13.653.329	$ 11.041.017			$ 42.611.491
Ingresos por Pago Ley 19813	No se consideran en el cuadro comparativo pues se restaron de los gastos en Remuneraciones					
Ingresos por Aguinaldos Nivel Central						
Ingresos por Bono Escolar						
Minicentros Programa CECOF	$ 37.266.456					
TOTAL INGRESO REGULAR	**$ 806.006.025**	**$ 585.799.528**	**$ 473.717.619**	**$ 87.816.000**	**$ 70.123.888**	
EGRESOS						
Gasto Remuneraciones	$ 588.713.351	$ 453.687.203	$ 341.979.029	$ 30.593.336	$ 59.779.654	
Honorarios Integrados	$ 93.417.637	$ 77.843.653	$ 91.493.546	$ 51.943.290	$ 0	
Farmacia Enero - Diciembre	$ 84.256.030	$ 89.020.085	$ 62.042.386	$ 23.061.352		
Laboratorio Enero - Diciembre	$ 84.633.883	$ 65.035.386	$ 38.309.411			
CESFAM gastos básicos (Luz, Agua, Gas, Teléfono, Alarmas)	$ 21.806.642	$ 16.617.228	$ 13.437.829			$ 51.861.699
CECOF gastos básicos y Arriendo Bodegas	$ 2.043.887	$ 3.601.772			$ 5.040.000	$ 10.685.659
Materiales Aseo, Oficina, Delantales	$ 8.090.420	$ 6.556.054	$ 4.884.642		$ 2.413.958	$ 21.945.073
Mantencion (Enero Junio 2007 - Total)	$ 20.360.654	$ 3.848.487	$ 2.709.186			
Proyección Mantención 2007	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000			
Subtotal Mantención 2007	$ 22.160.654	$ 5.648.487	$ 4.509.186	$ 240.000		
Gastos Generales						
Imprenta	$ 1.876.735	$ 1.520.808	$ 1.133.091	$ 559.966		$ 5.090.600
Vehículos	$ 4.697.796		$ 4.697.796	$ 4.697.796		$ 14.093.388
Cajas chicas, Combustible	$ 4.610.256	$ 5.689.231	$ 3.434.909	$ 1.697.509		$ 15.431.904
Varios	$ 3.215.766	$ 2.605.889	$ 1.941.539	$ 959.496		$ 8.722.690
Aseo bodega					$ 2.890.276	$ 2.890.276
GASTO TOTAL	$ 919.523.057	$ 727.825.797	$ 567.863.363	$ 113.752.746	$ 70.123.888	
INGRESOS DE PROYECTOS	$ 54.642.452	$ 41.634.820	$ 33.669.107			$ 129.946.379
DEFICIT DEL AÑO 2007 - PROYECTADO OCT 2007	-$ 58.874.580	-$ 100.391.448	-$ 60.476.637	-$ 25.936.746	$ 0	-$ 245.679.411
APORTE ESPECIAL PROGRAMA CECOF		$ 111.799.368				
DEFICIT PROYECTADO CON INGRESOS DE PROGRAMA CECOF	**-$ 58.874.580**	**$ 11.407.920**	**-$ 60.476.637**	**-$ 25.936.746**	**$ 0**	**-$ 133.880.043**

Comentarios al Financiamiento

Las cifras entregadas en los antecedentes expuestos, nos presentan una situación financiera para el área de salud evidentemente deficitaria, situación que se viene produciendo desde el año 2005 y que está fundamentalmente explicada por el aumento sustantivo en los costos del sistema para operar compromisos legales como es el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES – AUGE). Esto es especialmente válido en una Comuna como San Joaquín donde la alta proporción de Adultos y Adultos Mayores que se controlan en Programas de Enfermedades Crónicas asociadas a patología cardiovascular, garantizadas en el GES, impone una carga permanente en el gasto de Farmacia y Laboratorio Clínico; lo que junto a la tendencia que se ha dado desde el año 2002 de fortalecer las Horas Médicas precisamente para poder contener la alta demanda que estos problemas de salud significan; establecen un escenario difícil de manejar en el aspecto financiero. Esperar contener los costos por la vía de disminuir las prestaciones, tipo, cantidad o calidad de las mismas, es sumamente riesgoso para las necesidades de salud de la población, sin mencionar los problemas políticos que de inmediato se suscitarían con ello.

La Comuna de San Joaquín ha continuado haciendo esfuerzos por mejorar la calidad, oportunidad y acceso de la atención de salud destinada a las personas. Es por ello que el reconocimiento de este esfuerzo, materializado en el aporte complementario para los Centros Comunitarios de Salud Familiar, es un aliciente para seguir avanzando. Entendemos que esto lo debemos hacer pese a la necesidad absoluta de equilibrar nuestro presupuesto para dar viabilidad a la gestión.

En la línea del Equilibrio, se inscribe precisamente el Proyecto de Informatización. Esta herramienta nos permitirá, tal como ha sucedido en otras Comunas:

- Mejorar la gestión de los Inscritos Válidos en el Sistema, evitando pérdidas de población que afectan el per cápita y el presupuesto.
- Evitar la duplicidad en la entrega de fármacos cuando un paciente concurre a diferentes establecimientos y ya esta siendo tratado por un problema de salud. Esta situación es frecuente entre las consultas de un CESFAM y el SAPU donde, al no contar con la ficha clínica a la vista, se desconoce el manejo de la patología y muchas veces se vuelve a entregar el mismo medicamento y en tratamiento completo.
- Evitar la duplicidad y pérdida de exámenes de laboratorio; como también, fortalecer el manejo de protocolos de actuación para el uso racional de exámenes de laboratorio.

Asimismo, sigue siendo necesario considerar la situación de la asignación del aporte estatal a la Atención Primaria (Per cápita) donde la Comuna de san Joaquín aparece clasificada como Comuna Urbana No Pobre y recibe el mismo *per cápita basal* (actualmente de $1.500 al mes, por inscrito válido) que comunas con mejores ingresos, como son Las Condes, Barnechea, Vitacura, La Reina o Ñuñoa.

En efecto, y a modo ejemplar, cuando se comparan los datos del año 2006, entre San Joaquín y Ñuñoa vemos que nuestra comuna presenta casi un tercio menos de ingresos municipales y cuadruplica a ésta en porcentaje de población pobre e indigente, sin embargo ambas comunas están

clasificadas como *urbanas no pobres* existiendo una diferencia menor en el aporte por proyectos adicionales. Asimismo, la comuna de San Joaquín debe realizar un mayor esfuerzo porcentual dentro de su presupuesto municipal, para poder transferir a la operación del área de salud un aporte del 6,21% de sus ingresos

Datos comparados del área salud Ñuñoa/San Joaquín (año 2006)

	Ñuñoa	**San Joaquín**
Población Inscrita (2006)	73.476 personas	73.362 personas
Cobertura de APS Municipal sobre el total de la Población (2006)	47.49%	82.65%
DATOS COMPARADOS AÑO 2006		
Total Transferencia MINSAL 2006 (Per capita Basal más Aportes por Proyectos adicionales)	$1.757.786.000	$1.813.701.631
Total Aporte Municipal 2006 ($)	$955.000.000	$438.070.116
Total de Ingresos Municipales 2006 ($)	$20.141.127.000	$7.064.732.000
% del Ingreso Municipal a Salud 2006	4.74%	6.21%
Nº consultas /1000 inscritos	1.319,42	1.508,93
% de población Pobre e Indigente	3,14%	14,09%

CAPITULO X

Presupuesto Área de Salud
Año 2008

EJERCICIO PRESUPUESTARIO SALUD AÑO 2008

				INGRESOS SALUD		
Sub tít	**Item**	**Asig**	**Sub**	**Denominación de Cuentas**	**Presupuesto 2008**	**Reajustado**
01	00	00L	00	**Ingresos de Operación**	**1.748.739.480**	**1.847.003.849**
				Ingreso Per-cápita	1.345.742.340	1.426.486.880
				Pe-cápita laboratorio	53.605.968	56.822.326
				Salud familiar (Proyectos fusionados)	131.490.000	139.379.400
				Ley 19429 salud	16.504.788	17.495.075
				Ley 19813 salud	2.580.384	2.735.207
				Programa CECOF (San Joaquín x 3)	111.000.000	111.000.000
				Programa Sapu	87.816.000	93.084.960
				Ingresos de asignaciones y bonos	**159.034.976**	**168.577.075**
				Desempeño colectivo	137.339.020	145.579.361
				Bono escolar	7.596.532	8.052.324
				Aguinaldo nivel central	14.099.424	14.945.389
				Otros Ingresos	**42.360.420**	**44.772.391**
				Devolución de licencias médicas	40.199.520	42.611.491
				Ingresos propios	2.160.900	2.160.900
				Ingresos Franquicia Sence		
				Subvención Municipal	**501.282.480**	**501.282.480**
				TOTAL INGRESOS	**2.431.852.293**	**2.542.070.732**

				EGRESOS SALUD		
Sub tít	**Item**	**Asig**	**Sub**	**Denominación de Cuentas**	**Presupuesto 2008**	**Reajustado**
21	**00**	**000**	**00**	**Gastos en personal**	**1.985.959.110**	**2.104.150.902**
				Sistema (Código)	1.435.926.036	1.522.081.598
				Honorarios Sapu	61.638.924	65.337.259
				Honorarios proyectos y ges	39.137.280	41.485.517
				Honorarios Dotación	237.203.652	251.435.871
				Finiquitos	16.095.917	16.095.917
21	**18**	**000**	**00**	**Pago Bonos**	**195.957.301**	**207.714.739**
21	18	002	00	Bono escolar	7.596.532	8.052.324
21	18	001	00	Aguinaldo nivel central	14.099.424	14.945.389
				aguinaldo cormu	7.813.286	8.282.083
				Bono desempeño colectivo	137.339.020	145.579.361
				Bono profesionales	15.591.808	16.527.316
				Bono mérito Salud	13.517.231	14.328.265

EGRESOS SALUD

Sub tít	Item	Asig	Sub	Denominación de Cuentas	Presupuesto 2008	Reajustado
22	**16**	**000**	**00**	**Cuentas Básicas**	**56.697.636**	**62.547.358**
		003		Agua	10.077.132	10.681.760
		001		Luz	17.484.744	20.981.693
		002		Telefono	7.371.492	7.813.782
		003		Gas	21.226.296	22.499.874
				Alarmas	537.972	570.250
				Farmacia	227.498.910	227.498.910
22	**13**	**000**	**00**	**Materiales**	**21.890.550**	**23.203.983**
22	13	005	00	Materiales aseo	5.522.235	5.853.569
		001		Materiales oficina	10.589.116	11.224.463
				Delantales	5.779.200	6.125.952
				Convenios con laboratorios	**147.534.348**	**156.386.409**
22	**14**	**000**	**00**	**Mantención y Reparaciones**	**30.207.105**	**30.818.127**
				Mantención de equipos médicos y dentales	9.601.805	10.177.913
				Mantención de equipos de oficina	581.906	616.820
22	14	001		Mantención y reparaciones	20.023.394	20.023.394
				Gastos Generales	**57.007.097**	**60.427.523**
22	13	001	00	Imprenta	4.802.453	5.090.600
				Gastos Varios	20.040.708	21.243.150
22	17	009	00	Gastos Menores	14.558.400	15.431.904
				Arriendo vehículos	14.647.632	15.526.490
				servicio de aseo	2.957.904	3.135.378
				Programas Especiales	**1.853.368**	**1.964.570**
22	17	007	00	Seminarios y eventos	1.092.000	1.157.520
				Capacitación cormu	761.368	807.050
				Activo Fijo	**0**	**0**
				Inversión real	**0**	**0**
				TOTAL EGRESOS	**2.528.648.124**	**2.666.997.783**
				INGRESOS - EGRESOS SALUD		**-105.361.988**