LA FLORIDA
MUNICIPALIDAD

COMUDEF

PLAN DE SALUD

2018

WWW.COMUDEF.CL

COMUDEF

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	9
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNA	10
Características Geográficas	10
Límites	10
Geografía	10
Características de la Población	11
Indicadores Demográficos	11
Indicadores Sociales	14
Indicadores de Salud	16
Indicadores Educacionales	20
Red Comunal de Salud	21
DIAGNÓSTICO	29
Diagnóstico Epidemiológico	29
Natalidad	29
Evolución de las Estadísticas Vitales	33
Egresos Hospitalarios	38
Accidentes de Tránsito	39
Diagnóstico Participativo	40
EVALUACIÓN	52
Salud Familiar	52
Certificación CESFAM 2016 (planes de mejora)	53
Programa de Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de Salud	55
EVALUACIÓN DE PRINCIPALES ACTIVIDADES POR CICLO VITAL	57
SALUD EN LA INFANCIA	57
Características de la Población	57
Morbilidad	61
Control de Salud: Vigilancia del Crecimiento	63
Evaluación de Presión Arterial	65
Inasistentes	66
Evaluación Nutricional	67
Programa Vida Sana Obesidad En Niños	69
Evaluación y Estimulación Desarrollo Psicomotor	71
Salud Oral de Niños y Niñas	72
Control Odontológico del Niño Sano de 2 y 4 años	74
Salud Oral Integral del Niño de 6 años (GES)	79

Atención Odontológica Módulo JUNAEB 80
Salud Mental de Niños y Niñas 83
Promoción y Prevención 84
Tratamiento y Rehabilitación 84
Programa Infantil SIE 86
Área de Salud Mental 88
Área Fonoaudiología 89
Red Salud Mental 90
Convenio Programa Prestaciones Valoradas (PPV), Suscrito con El SSMSO 94
Actividades Preventivas 2015, 2016. 96
Área de Salud Escolar – Prestaciones Médicas 96
Detalle de Prestaciones 97
Programa Piloto de Acompañamiento Psicosocial en APS 104
Rehabilitación 106
Criterios de Inclusión y Población Objetivo 107
Programa de Enfermedades Respiratorias Infantiles 112
Población Bajo Control (PBC) 112
Cobertura 114
Categorización de La Población Bajo Control 115

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD 121
Características de La Población 121
Morbilidad 122
Atenciones de Morbilidad 122
Examen de Medicina Preventiva en Adolescentes – Evaluación Ficha CLAP 123
Control del Joven Sano 125
Espacios Amigables 126
Regulación de la Fertilidad Adolescente 127
Programa Vida Sana Obesidad en Adolescentes 135
Salud Oral en el Adolescente 136
Salud Mental 139
Intento de Suicidio en el Adolescente 142
COSAM: Programa Adolescente SUYAI 142
Evaluación Año 2016 143
Evaluación Parcial 2017 144
Programa de Salud Mental Especializado Vida Nueva 145
Vida Sana Alcohol Adolescente 146
Programa Piloto de Acompañamiento Psicosocial en APS 147
Rehabilitación 148
Programa de Enfermedades Respiratorias en Adolescentes 150
Población Bajo Control (PBC) 151
Cobertura 152
Categorización de La Población Bajo Control 153

SALUD EN EDAD ADULTA 156
Características de la Población
Morbilidad 157
Consultas de Morbilidad 157
Examen de Medicina Preventiva 159
Salud Sexual y Reproductiva 161
Programa de pesquisa de Cáncer de cuello uterino 161
Cáncer de Mamas 163
Ingresos Gestacionales 165
Regulación de Fecundidad 166
Salud Cardiovascular 168
Programa Vida Sana Alcohol 171
Programa Vida Sana Obesidad 172
Cobertura de Atención y Compensación de Hipertensos y Diabéticos 174
Salud Mental 176
Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Afectivos 179
Trastorno de Personalidad 179
Violencia Intrafamiliar 180
COSAM 181
Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones 181
Programa de Salud Mental 182
Avances Año 2016 182
Programa Comunitario 182
Villa Solidaria ALSINO 184
Situación Actual 184
Salud Oral del Adulto 189
Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años 189
Salud Oral Integral de la Embarazada 190
Urgencias Odontológicas 192
Programas Especiales de Salud Oral en el Adulto 194
Programa Más Sonrisas para Chile 194
Programa Resolutividad de Prótesis y Endodoncia 195
Programa Hombres de Escasos Recursos (HER) 196
Morbilidad Odontológica 196
Colaboración Universidad Diego Portales 196
Fundación Endodoncia 197
Rehabilitación 197
Enfermedades Respiratorias del Adulto y Adulto Mayor (ERA) 200
Proyecciones 2018 211

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 216
Características de la Población 216
Examen de Medicina Preventiva 220
Salud Cardiovascular 223

Salud Mental 226
Trastornos Afectivos en el Adulto Mayor 227
Maltrato /Violencia Hacia el Adulto Mayor 228
Salud Oral del Adulto Mayor 228
Rehabilitación 229
Más Adultos Mayores Autovalentes 232
Proyecciones 2018 236

TRANSVERSALES 241

METAS SANITARIAS E ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA 241
Metas Sanitarias 2016 241
Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS) 2016 242

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO GARANTÍAS GES AÑO 2016 Y PRIMER SEMESTRE 2017 244
Garantías Cerradas 244
Garantías Exceptuadas 247

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES 249

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL 254
Promoción de Salud 254
Proyecciones 2018 261
Participación Social 261

MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO/A 270

SALUD INTERCULTURAL 281

RESOLUTIVIDAD EN APS 293
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) 293
Cirugía Menor 302
Teledermatología 303

CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES 305
Desarrollo Docente Asistencial 305
Convenio Marco Docente Asistencial 306
Instituciones en Convenio con COMUDEF y Beneficios de colaboración 306

GESTIÓN DE FARMACIA Y BODEGA 308
Proceso de Abastecimiento Comunal 309
Convenio FOFAR 2016 309
Desarrollo y Evolución de Farmacovigilancia 311

CALIDAD	314
Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente Comunal	314
Estrategias Para El Desarrollo De La Gestión De Calidad	327
Desarrollo de la Bioética	328
RED DE URGENCIA COMUNAL	329
Red de Atención de Urgencia	329
Red de Ambulancias	330
PRESUPUESTO	332
Balance de Ejecución Presupuestaria 2016	332
Presupuesto 2018	333
Ingresos Presupuestarios	334
Egresos Presupuestarios	337
RECURSOS HUMANOS	343
Dotación	343
Plan de Capacitación	344
SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	349
RAYEN Salud	349
Clasificación de Carencia de Recursos	349
Licencias Médicas Electrónicas	350
PROYECTOS INNOVADORES 2016 – 2017	351
RPM despacho a domicilio	351
Clínica Dental Móvil Municipal	352
Proyecto Radiológico Dental	353
Ginecología Móvil	357
Proyecto Cannabis	359
Proyecto Farmacias Ciudadanas Comuna de La Florida	361
Proyecto Carpas de invierno	367
Motos de rescate	369
Proyecto “Llego la hora”	370
Proyecto “Catres clínicos”	373
Proyecto “Sillas eléctricas”	374
Proyecto “Medico en tu Barrio”	375
JORNADA PLAN DE SALUD	377
Mesa Salud Infantil	377
Mesa del Adolescente y Joven	381
Mesa Salud Del Adulto	385

Mesa Salud Del Adulto Mayor 390
Diagnóstico Participativo con Adolescentes 394

Anexo N°1 – Plan de Capacitación

Anexo N° 2 – Plan de Participación Social

Si hay un concepto central que caracteriza a esta administración, es el de entregar dignidad. Esta palabra, por si sola, trae consigo una serie de desafíos y retos que van de la mano con generar cambios radicales en la forma en que vamos ayudar a la gente. Y es ese mismo floridano y floridana, el que seguirá confiando en nosotros a pesar de los obstáculos que le presente la vida.

Por eso debemos apuntar a hacer un cambio revolucionario para que, de una vez por toda, llegue la hora de la gente y sean las propias personas las protagonistas, entendiendo que los recursos públicos pertenecen a los vecinos y vecinas.

Durante el 2017 ya hemos hecho cambios sustanciales que den dignidad a la gente y, el año venidero, esperamos continuar con una serie de iniciativas emblemáticas que han llegado para quedarse. Entre estas están el Plan **"Médico en tu Barrio"**, a través de un doctor que se está insertando en diferentes sedes vecinales para dar una atención más cercana y profesional.

También, con orgullo, puedo contarles acerca del Plan **"Dignidad para Todos"**, un nuevo seguro colectivo y gratuito para todos los floridanos, que se basa en la entrega de sillas de rueda eléctricas para mejorar la movilidad de los discapacitados. Además, como segundo eje, se encuentra la adquisición de catres clínicos antiescaras para pacientes postrados, lo que, sin duda, mejorará la calidad de vida de ese enfermo y su familia.

Y nuevamente, surge el término de la dignidad, lo que queda plenamente plasmado con el Plan **"La Florida al Rescate"**, el que a través de cuatro motos de alta capacidad, busca reducir la espera en la atención en vía pública de 45 a 7 minutos. Muchas personas fallecen en la calle de la manera más terrible e indigna y creo que era fundamental impulsar un proyecto que permitiera reaccionar rápidamente ante un accidente y así salvar vidas.

Lo anterior se ha visto potenciado con el Plan de **"Rescate Cardíaco"**, el que con carpas itinerantes, buscó hacer un levantamiento general de los habitantes con riesgo cardiovascular. Así, solo **llamando al 1416**, los paramédicos en las motos podrán redirigir su atención en aquellas personas que sufran algún problema coronario.

Por otro lado y como sabemos que no hay recursos mejor utilizados que aquellos que optimizan la salud local, No podemos dejar de mencionar la importante labor que realizan nuestros Centros de Salud Familiar y reconocer la tarea de todos los funcionaros que trabajan en ellos. Tenemos un equipo de cabecera que atiende diversas enfermedades, constituida por médicos, enfermeros y nutricionistas, para así dar una atención integral en salud.

Como máxima autoridad de esta comuna, y principalmente como primer servidor, no claudicaremos en asegurar lo que a cada uno le corresponde. Esto es recibir una atención digna y de calidad, con garantía en su acceso como puerta de entrada a la salud primaria y a los programas que continuaremos implementando para todos los vecinos.

Para finalizar, sabemos que la gente realiza un esfuerzo sobre humano pagando impuestos, el IVA y las contribuciones. Por esa razón, este Municipio y su Área de Salud, siempre estará contigo, porque sabemos que sin los corazones de las personas, la Municipalidad de La Florida y la Corporación Municipal, no podrían funcionar.

Actuar desde la convicción, nos mandata en el cumplimiento de lo señalado en estas palabras. Con mucho afecto,

RODOLFO CARTER FERNÁNDEZ

ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA

COMUDEF

INTRODUCCION

En el marco del rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, según la Ley N° 19.937, y del mandato legal establecido en la Ley Nº 19.378 del Estatuto de Atención Primaria, se ha elaborado el "Plan de Salud de la Comuna de La Florida, año 2018", basado en las "Orientaciones Programáticas para la Programación y Planificación en Red 2018" y su "Matriz de Cuidados de la Vida 2018", definiéndose una serie de acciones sanitarias bajo el alero del Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario.

El plan de Salud comunal 2018, es la hoja de ruta que permitirá definir los énfasis y prioridades de diversas temáticas sanitarias, por ciclo vital, las cuales intencionan mejorar la salud de las familias y sus comunidades, mejorar el acceso a Salud, mejorar la satisfacción respecto de la utilización de los Servicios de Salud comunal, favorecer los espacios de participación ciudadana en salud y por supuesto asegurar la calidad de las intervenciones y prestaciones de salud entregadas a nuestros usuarios.

El plan de Salud 2018, es un documento técnico que ha sido elaborado y discutido con representantes de usuarios, principalmente con dirigentes de Concejos de Desarrollo Local correspondientes a los Centros de Salud Familiar de la comuna, los cuales fueron trabajados en distintas jornadas desarrolladas por ciclo vital, en las cuales tanto referentes técnicos, directores y funcionarios pudieron conversar respecto de las principales problemáticas de salud comunal, llegando a consensos que fueron plasmados en este documento. De esta forma se da continuidad a la participación ciudadana como un eje central y orientador de la gestión de salud y el desarrollo de estrategias sanitarias pertinentes al contexto local.

El desafío de los próximos años, es seguir colaborando en generar comunidades más saludables, desde las intervenciones promocionales, preventivas y terapéuticas y de rehabilitación desarrolladas desde los Centros de Salud Comunal como también desarrollar estrategias de carácter comunal que mejoren tanto el acceso y como también la respuesta de salud a todos los habitantes de la comuna de La Florida.

Finalmente, el Área de Salud agradece a todos las personas que generaron aportes para el desarrollo de este documento.

COMUDEF

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNA

1. Características Geográficas

1.1. Límites

Los límites comunales están señalados en el DFL N° 1-3260 de 1981, Publicado en el Diario Oficial del viernes 11 de diciembre de 191 y corresponden a:

Norte: Avenida Departamental, desde Av. Vicuña Mackenna Poniente hasta la Quebrada de Macul; Quebrada de Macul, desde Av. Departamental hasta su origen.

Sur: La línea de cumbres de los cerros Santa Rosa del Peral, desde la cota 2251 hasta el Canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, pasando por el trigonométrico cerro Santa Rosa. El camino que continúa hacia el oriente de Avenida Trinidad y su prolongación en línea recta, desde el canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, hasta Avenida La Florida.
La Avenida La Florida, desde el camino que continúa hacia el oriente la avenida Trinidad hasta el lindero norte de la viña Santa Carolina;
La línea de linderos que limita por el norte los predios viña Santa Carolina, fundo La Chacrina y fundo Los Toros, desde la Avenida La Florida hasta la Avenida Vicuña Mackenna;
La Avenida Vicuña Mackenna, desde el lindero norte del fundo Los Toros (deslinde sur de la propiedad de Sociedad Industrial y Comercial Oppici) hasta la calle Elisa Correa Sanfuentes;
La calle Elisa Correa Sanfuentes, desde la Avenida Vicuña Mackenna hasta el canal San Joaquín; y el canal San Joaquín, desde la calle Elisa Correa Sanfuentes hasta el lindero oriente de la Estación Experimental La Platina.

Oriente: La línea de cumbres que limita por el oriente y sur la hoya de la Quebrada de Macul y el cordón Las Minillas, desde el origen de la Quebrada de Macul hasta la cota 2251 de la carta del Instituto Geográfico Militar escala 1/50.000.

Poniente: El lindero oriente de la Estación Experimental La Platina y su prolongación hacia el norte desde el canal San Joaquín hasta el lindero sur del predio Huertos San Fernando (rol 6009-3);
El lindero sur y oriente del predio Huertos de San Fernando, desde la prolongación del lindero oriente de la Estación Experimental La Platina hasta el lindero oriente del predio Santo Tomás;
El lindero oriente del predio Santo Tomás (rol 6007-29), desde el lindero oriente del predio Huertos San Fernando, hasta el lindero poniente de la Población Malaquías Concha;
El lindero poniente de la población Malaquías Concha, desde el lindero oriente del predio Santo Tomás hasta la Avenida Trinidad. La Avenida Trinidad, desde el lindero poniente de la población Malaquías Concha hasta la calle Punta Arenas. La calle Punta Arenas, desde la Avenida Trinidad hasta la Avenida Vicuña Mackenna poniente, La Avenida Vicuña Mackenna poniente, desde la calle punta arenas hasta la Avenida Departamental.

1.2. Geografía

La superficie de la comuna abarca un área total de 7.020 hectáreas, lo que equivale a 70.2 km2. De este total 3.433 hectáreas, corresponden a superficie urbana (48,9%), la que ha aumentado considerablemente en las últimas 4 décadas, variando desde un 0,5% en 1956, a un 2,3% en

1960, 8,3% en 1970, 21,7% en la década pasada, hasta un 37% en la actualidad. En términos reales esto ha significado una expansión de casi 80 veces en 40 años.

Geográficamente la comuna se encuentra emplazada en la cuenca de Santiago y está conformada por dos unidades claramente diferenciadas: El Piedemonte y La Depresión Intermedia.

Climáticamente la comuna responde al formato general mediterráneo, esto significa la existencia de una estación cálida y seca prolongada (verano) y un invierno moderado desde el punto de vista de las precipitaciones y las temperaturas.

La Florida tiene su mejor patrimonio basado en el marco natural en que se enmarca y cuyo mayor bien es la Cordillera. Desde el punto de vista macro ambiental La Florida es de las pocas comunas que bordea la cordillera., lo que significa una ventaja comparativa importante respecto de otras comunas, pero también es una gran responsabilidad en el cuidado de este bien Natural.

La comisión externa revisora del CENSO 2012 recomienda que, para fines del uso de datos oficiales y de políticas públicas no se utilicen los datos del proceso 2012 y se espere a tener los resultados del censo abreviado propuesto. En el intertanto se propone seguir utilizando las proyecciones de población disponible. Esperamos el próximo año contar con los datos del censo 2017.

El instituto Nacional de estadísticas comunica que, con fecha 27 de marzo de 2014, ha procedido a deshabilitar el acceso a información del Censo de Población y Vivienda 2012.

2. Características de la Población

2.1. Indicadores Demográficos

Población

De acuerdo a las proyecciones de la población 2013, La Florida tendría un 5.6% de la población proyectada de la Región Metropolitana, superada solo por dos comunas: Puente Alto con un 11.0% y Maipú con un 13.1%.

La variación experimentada a nivel comunal en el periodo intercensal (1992-2002) fue de un 11.7%. Sin embargo, se produce una disminución del ritmo de crecimiento de la población, con una variación en el periodo (2002-2012) a un 8.7% y en el periodo (2012-2013) a un -0.2%.

Tabla N° 1: Variación de La Población. A nivel País, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, Censo 1992, 2002 y proyecciones 2012, 2013.

COMUNA	Población Censo 1992	Población Censo 2002	Proyección 2012	Proyección 2013	Variación Intercensal (2002 y 2012)
País	13.348.104	15.116.435	17.398.632	17.556.734	15.1%
Región Metropolitana	5.257.937	6.061.185	7.007.620	7.069.645	15.6%
Comuna de La Florida	327.402	365.674	397.497	396.684	8.7%

Fuente: Censo 1992, 2002 y proyecciones 2012, 2013 Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Índice de Masculinidad

El índice de masculinidad (I.M) es la relación entre el número de hombres y de mujeres en una población dada, que de ordinario se expresa como el número de varones por cada cien mujeres. Para el análisis del comportamiento de este indicador podemos decir que:

I.M menor que 100: significa que hay más mujeres que hombres.
I.M mayor que 100: significa que hay más hombres que mujeres.

Tabla N° 2: Índice de Masculinidad. A nivel país, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, Censo 2002 y proyecciones 2012 y 2020.

Territorio	Censo 2002		Proyección 2012		Proyección 2020		Índice de Masculinidad		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012	2020
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	9.170.041	9.378.995	97,1	98	97,7
Región Metropolitana	2.937.193	3.123.992	3.419.014	3.588.606	3.640.172	3.820.536	94	95,3	95,2
Comuna de La Florida	176.245	189.429	198.660	198.837	190.901	191.251	93	99,9	99,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y caracterización social MIDESO.

Al comparar el Censo 2002 con la proyección 2012 a nivel país y en la Región Metropolitana, este indicador no experimenta grandes variaciones. Manteniéndose un predominio del sexo femenino. Sin embargo, al analizar la proyección 201 y 2020, el I.M a nivel comunal supera el índice país y Región metropolitana. Lo que proyecta en la comuna una mayor cantidad de población masculina.

Población por Grupo de edad

Los cambios demográficos, natalidad, mortalidad y migración influyen directamente en la estructura de la población a través del tiempo. Cambios que a su vez son consecuencia de la incidencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre el comportamiento demográfico en el ámbito individual, de pareja, de familia y de la sociedad.

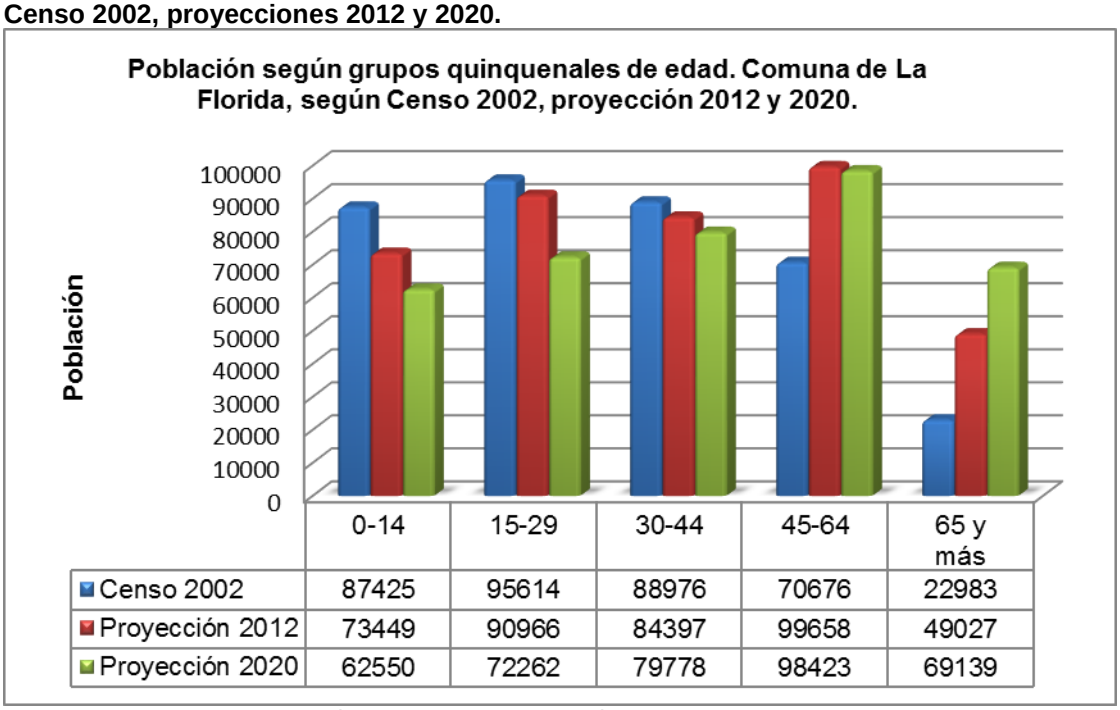
Tabla N° 3: Población Total por grupo de edad. A nivel nacional, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, según Censo 2002 y proyecciones 2012 y 2020.

Edad	Censo 2002	Proyección 2012	Proyección 2020	% Según Territorio 2012		
				Comuna de La Florida	Región Metropolitana	País
0-14	87.425	73.449	62.550	18,5	21,5	21,8
15-29	95.614	90.966	72.262	22,9	24,8	24,6
30-44	88.976	84.397	79.778	21,2	21,5	21,1
45-64	70.676	99.658	98.423	25,1	23	23,1
65 y más	22.983	49.027	69.139	12,3	9,3	9,5

Total	365.674	397.497	382.152	100	100	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y caracterización social MIDESO.

Gráfico N° 1: Población según grupos quinquenales de edad. Comuna de La Florida, según Censo 2002, proyecciones 2012 y 2020.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y caracterización social MIDESO.

Al analizar el gráfico N° 1 y Tabla N° 3 se ratifica en las proyecciones 2012 y 2020 un descenso mantenido de la población comunal menor de 15 años versus un aumento mantenido de los adultos mayores. Estos datos demuestran un cambio poblacional, con una tendencia al envejecimiento.

El 12.3% de adultos mayores proyectados al 2012 a nivel comunal sobrepasa el porcentaje proyectado para la región Metropolitana y a nivel país.

Índice Dependencia Demográfica

El índice de dependencia demográfica se obtiene como la razón entre la población potencialmente dependiente (menores de 15 años más los adultos mayores) y aquella potencialmente activa (15 años a 59 años) y el resultado se expresa cada cien potencialmente activos. Los cambios de este índice están ligados a los cambios en el tiempo de la estructura por edad.

Tabla N° 4: Población potencialmente activa. A nivel país, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, Censo 2002 y proyección 2012.

Territorio	Índice de Dependencia Demográfica	
	Censo 2002	Proyección 2012
País	51	45,5
Región Metropolitana	48,6	44,4
Comuna de La Florida	43,3	44,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Esta medida demográfica permite evaluar la carga que sustenta la población potencialmente activa en el tiempo y las proyecciones en que este peso demográfico vaya transformándose en una carga económicamente creciente para el país.

Al analizar la población de Chile por grupo de edad en la Tabla N° 4 se observa que desde el Censo 2002 la estructura por edad varía significativamente, disminuyendo la población menor de 15 años a consecuencia de la baja en la fecundidad y aumentando la adulta mayor.

Al aumentar el índice de dependencia demográfica, los menores de 15 años y adultos mayores dependerán de la población potencial económicamente activa.

2.2. Indicadores Sociales

Pobreza en las Personas

La línea de la pobreza representa el punto de referencia respecto al cual comparamos los ingresos de los hogares, para identificar luego, a los individuos pobres.

En Chile se utiliza un criterio indirecto y absoluto. Indirecto en cuanto utiliza los ingresos como un indicador de la capacidad de satisfacer ciertas necesidades básicas multidimensionales, y absoluto en cuanto corresponde a nivel de ingresos fijo, que no depende de la evolución de la distribución del ingreso en el tiempo.

Tabla N° 5: Situación de pobreza. A nivel país y comuna de La Florida, CASEN 2009, 2011, 2013 y 2015.

Territorio	CASEN 2009	CASEN 2011	CASEN 2013	CASEN 2015	
Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingreso a nivel país	25,3%	22,2%	14,4%	11,7%	
Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional a nivel país	27,5%	24,3%	20,4%	19,1% (medición con 4 dimensiones)	20,9% (medición con 5 dimensiones, incorporando entorno y redes)
Porcentaje de personas en situación de pobreza	-	-	-	7,9%	

por ingreso a nivel Región Metropolitana				
Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional a nivel Región Metropolitana	-	-	-	21,0%
Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingreso comuna La Florida	-	-	-	3,1%
Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional comuna La Florida	-	-	-	17,0% (medición con 5 dimensiones, incorporando entorno y redes)

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Ministerio de Desarrollo Social.

Situación de pobreza por ingresos: Corresponde a la situación de personas que forman parte de hogares cuyo ingreso total mensual es inferior a la "línea de pobreza por persona equivalente", o ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias en ese mismo período, de acuerdo al número de integrantes del hogar.

Situación de pobreza multidimensional: Corresponde a la situación de personas que forman parte de hogares que no logran alcanzar condiciones adecuadas de vida en un conjunto de cinco dimensiones relevantes del bienestar, entre las que se incluye: (1) Educación; (2) Salud; (3) Trabajo y Seguridad Social; (4) Vivienda y Entorno; y, (5) Redes y Cohesión Social. Dichas condiciones son observadas a través de un conjunto ponderado de 15 indicadores (tres por cada dimensión) con los que se identifican carencias en los hogares. Los hogares que acumulan un 22,5% o más de carencias se encuentran en situación de pobreza multidimensional.

Los resultados de Casen 2015 dan cuenta que un 11,7% de las personas en Chile se encuentran en situación de pobreza por ingresos y un 20,9% está en situación de pobreza multidimensional, de acuerdo a la nueva medición que incorpora cinco dimensiones: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social. ¬ Un 4,5% de personas se encuentran simultáneamente en situación de pobreza por ingresos y multidimensional. • Para ambas mediciones (por ingresos y multidimensional) se confirma que a nivel nacional la pobreza mantiene una tendencia a la baja, cuando se utilizan metodologías comparables entre 2013-2015.

Al analizar La Comuna de La Florida con la realidad a nivel nacional y de la Región Metropolitana da cuenta que un 3,1% de las personas de esta comuna viven en situación de pobreza por ingreso (un 8,6% menos que la realidad nacional y un 4,8% de la Región Metropolitana). Además, si lo analizamos del punto de vista de pobreza multidimensional un 17% de personas floridanas viven en situación de pobreza (un 4% menos que la realidad nacional y de la Región Metropolitana).

Hacinamiento en los Hogares

El hacinamiento es la relación entre el número de habitantes de una vivienda y su número de dormitorios, sean estas piezas de uso exclusivo o uso múltiple.

Una dimensión relevante en la condición social es la vivienda y sus características, entre ellas el hacinamiento, ya que es un elemento de la calidad de vida de la población.

Tabla N° 6: Composición de los hogares por situación de hacinamiento en sus viviendas. A nivel País, Región Metropolitana y comuna de La Florida, CASEN 2013.

Hacinamiento en los hogares	CASEN 2013		
	Comuna de La Florida	Región Metropolitana	País
% de hogares con hacinamiento	11,5	10,8	9,3
%de hogares sin hacinamiento	88,5	89,2	90,7

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)

El indicador de hacinamiento permite tener una noción más amplia de las condiciones habitacionales en las que vive la población. Un hogar sin hacinamiento se considera aquel donde hay menos de 2,5 personas x dormitorio y aquel hogar con hacinamiento el cual habitan encontramos 2,5 y más personas x dormitorio, en este último caso encontramos una subdivisión:

Hacinamiento crítico: Aquel donde viven 5 personas y más por dormitorio u aquel hogar sin dormitorio de uso exclusivo.
Hacinamiento alto: Aquel donde viven entre 3,5 a 4,9 personas por dormitorio.
Hacinamiento medio: Aquel donde viven entre 2,5 a 3,4 personas por dormitorio.

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la encuesta CASEN 2013, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento ya sea crítico, alto o medio corresponde a un 11,5% de los hogares en esta situación por sobre la RM y país; sin embargo, dentro de la comuna existen diferencias considerables de indicadores sociales entre los diferentes sectores de La Florida.

2.3. Indicadores de Salud

A nivel nacional, el acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de seguro al cual están afiliados. En el año 2011 el 81% de la población a nivel nacional pertenece al seguro público y el 12,9% a seguros privados (ISAPRES).

Población según sistema de Salud

Tabla N° 7: Distribución de la población según su situación previsional de salud. País, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, CASEN 2013.

Sistema previsional	CASEN 2013		
	Comuna de La Florida	RM	País
FONASA	72,8%	73,1%	78,29%

FFAA y de Orden	2,6%	1,9%	2,95%
ISAPRES	20,8%	21,2%	14,23%
Particular	2,6%	2,8%	-
Otro sistema	1,2%	0,9%	-

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

A nivel comunal, los habitantes de la comuna poseen principalmente para acceder al sistema de salud el Fondo Nacional de Salud (FONASA) con un 72,8%, dentro de este porcentaje encontramos las personas que cuentan con FONASA: A, B, C y D, seguido de las personas que cuentan con ISAPRE con un 20,8% de los Floridanos, misma realidad ocurre a nivel de la Región Metropolitana y Nacional con el mayor porcentaje de personas las cuales acceden al sistema de salud a través de FONASA, seguido del sistema ISAPRE.

Población en FONASA, según nivel

Tabla N° 8: Distribución de la población beneficiaria del sistema público. A nivel País, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, año 2010.

Población según tramo	Comuna La Florida	Región Metropolitana	País
Grupo A	28,40%	31,79%	34,88%
Grupo B	29,15%	29,63%	31,61%
Grupo C	18,91%	18,17%	16,29%
Grupo D	23,54%	20,40%	17,23%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Tabla N° 9: Distribución de la población beneficiaria del sistema público. A nivel País, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, año 2011.

Población según tramo	Comuna La Florida		Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente		País	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Grupo A	64.340	22,90%	300.152	27,79%	3.892.834	29,50%
Grupo B	82.855	29,49%	299.794	27,75%	4.099.913	31,07%
Grupo C	52.231	18,59%	199.201	18,44%	2.232.490	16,91%
Grupo D	81.570	29,03%	281.119	26,02%	2.969.490	22,50%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

FONASA clasifica a sus beneficiarios en tramos según sus ingresos (A/B/C/D) lo que determina su forma de acceder a la atención de salud. El año 2010 a nivel país, del total de afilados a FONASA el 34,88% pertenece al grupo A (personas carentes de ingreso, beneficiarios de pensiones básicas solidarias o causantes de subsidios familiar), a los cuales no está disponible la modalidad de libre elección, es decir no cuentan con cobertura en el sistema privado.

Durante el año 2011 tanto a nivel país como a nivel comunal fue el grupo D de FONASA el que presentó la variación porcentual más significativa con respecto al año anterior con un incremento de un 5,27% a nivel país y de un 5,49% a nivel comunal.

La población comunal afiliada a FONASA en el año 2010 y 2011 que pertenece al grupo C y D (personas que perciben un ingreso imponible mayor) está por sobre el porcentaje regional y a nivel país.

Población inscrita en los Centros de Salud de la Comuna

Tabla N° 10: Evolución de los inscritos validados por centro de Salud. Comuna La Florida, desde el año 2000 al 2017

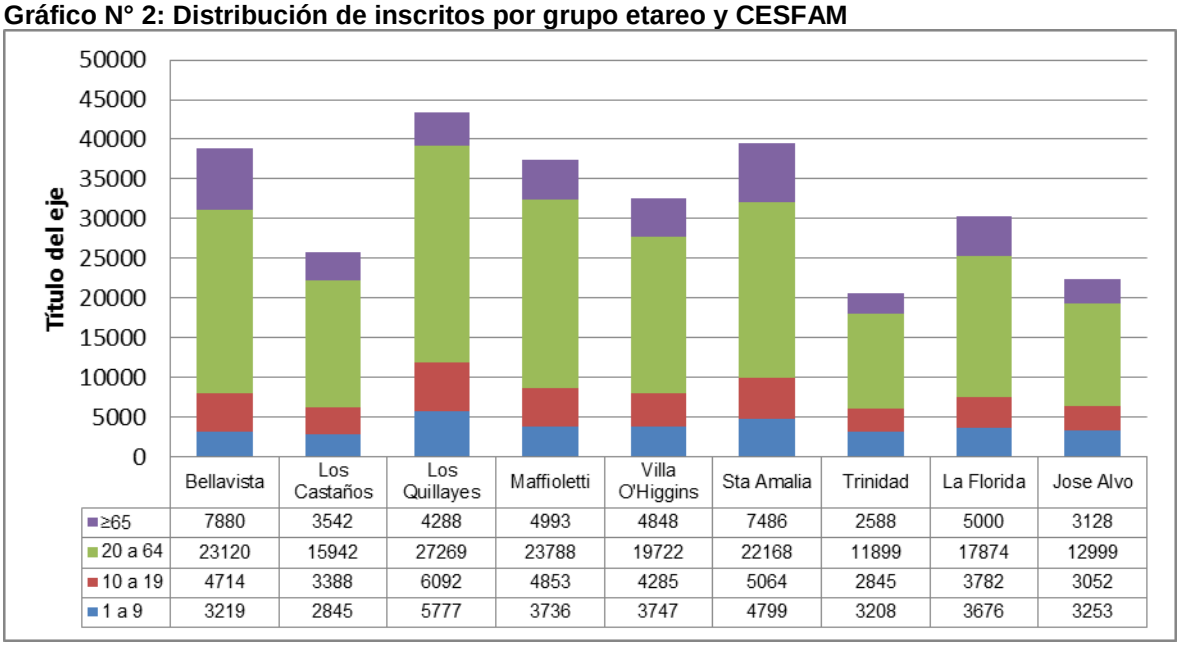
EVOLUCIÓN INSCRITOS VALIDADOS COMUNAL										
Año	**Bellavista**	**Los Castaños**	**Los Quillayes**	**Villa O'Higgins**	**Maffioletti**	**Santa Amalia**	**Trinidad**	**La Florida**	**José Alvo**	**Total**
2000	38.217	27.205	45.976	38.487	35.166					185.051
2001	44.195	32.774	45.976	44.575	45.888					213.408
2002	49.705	32.763	57.452	46.011	49.997					235.928
2003	51.749	33.113	61.514	48.069	53.695					248.14
2004	50.901	32.854	60.065	48.784	54.982					247.586
2005	60.64	37.638	64.820	52.252	64.878					280.228
2006	62.319	40.907	68.273	52.711	69.085	11.778				305.073
2007	60.958	40.835	64.627	47.67	67.132	25.022				306.244
2008	55.367	38.350	58.255	40.498	62.525	30.864	8.697	341		294.897
2009	54.317	36.184	61.107	40.3	67.131	32.222	12.136	11.239		314.636
2010	52.824	34.364	58.267	39.96	64.058	35.671	14.675	15.578		315.397
2011	52.833	32.936	56.415	39.482	63.433	38.608	16.933	19.580		320.220
2012	49.481	31.674	52.542	39.024	43.421	41.742	17.771	23.792	11.884	311.331
2013	46.043	29.483	49.530	36.750	38.319	40.097	19.219	24.294	16.301	300.036
2014	43.188	27.808	47.183	34.762	37.305	39.156	19.272	25.795	18.565	293.034
2015	42.159	27.508	45.550	33.876	37.659	40.023	20.285	28.215	20.407	295.682
2016	39.696	26.228	43.685	32.724	37.255	39.446	19.573	28.768	21.508	288.883
2017	38.933	25.717	43.426	32.602	37.370	39.517	20.540	30.332	22.432	290.869
Variación Porcentual 2016/2017	-1,9%	-1,9%	-0,6%	-0,4%	0,3%	0,2%	4,9%	5,4%	4,3%	0,7%
Variación Porcentual 2012/2017	-21,3%	-18,8%	-17,3%	-16,5%	-13,9%	-5,3%	15,6%	27,5%	88,8%	-6,6%

Fuente: FONASA.

La población inscrita validada por FONASA para el año 2017 es de 290.869 personas. Lo que representa un aumento de 1.986 inscritos en la comuna con respecto al año 2016, correspondiente a un 0.7% de los inscritos validados en los 9 Centros de Salud Familiar. Esto quiebra la tendencia de los últimos años, en los cuales el número de inscritos iba hacia la baja. Sin embargo, si hacemos el mismo análisis a más largo plazo, tomando como referencia el año 2012, en que se abrió el "más joven" de nuestros CESFAM, mantenemos un disminución del 6,6%.

Al analizar la información por centro de salud, los que registraron las variaciones porcentuales más negativas son: CESFAM Bellavista y CESFAM Los Castaños con un 1.9% menos de inscrito al año 2016, seguidos por Los Quillayes y Villa O´Higgins, con un 0.6 y 0.4% de descenso respectivamente. Esto marca una mantención de la tendencia de los últimos años en estos centros. Los demás Centros de Salud Familiar a nivel comunal registraron variaciones porcentuales positivas, destacando los casos de La Florida, Trinidad y José Alvo, con aumentos sobre un 4%.

Gráfico N° 2: Distribución de inscritos por grupo etareo y CESFAM

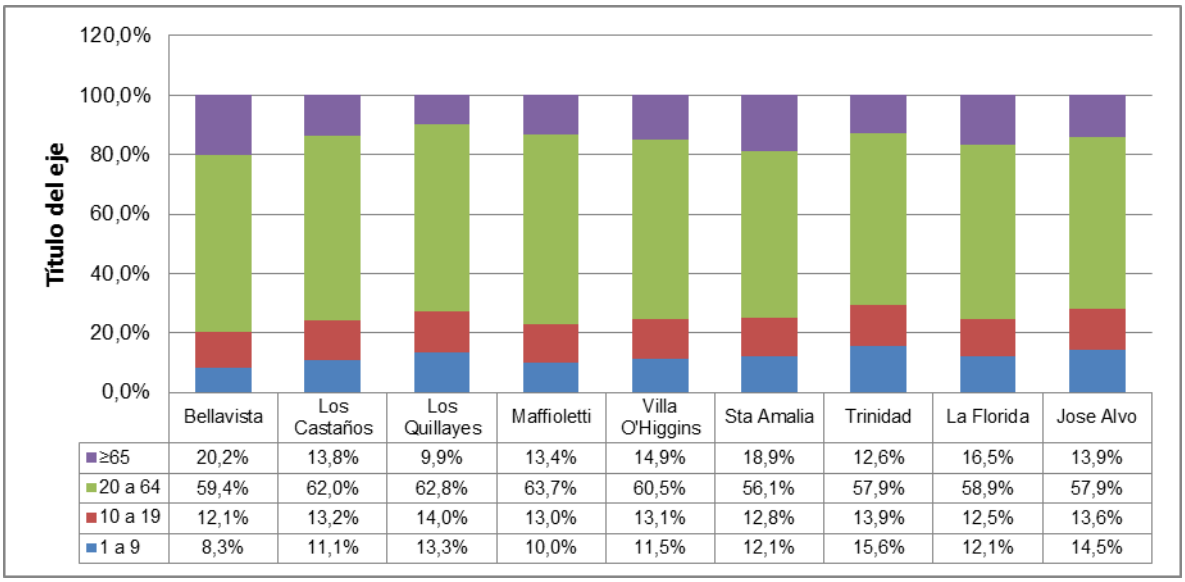


	Bellavista	Los Castaños	Los Quillayes	Maffioletti	Villa O'Higgins	Sta Amalia	Trinidad	La Florida	Jose Alvo
≥65	7880	3542	4288	4993	4848	7486	2588	5000	3128
20 a 64	23120	15942	27269	23788	19722	22168	11899	17874	12999
10 a 19	4714	3388	6092	4853	4285	5064	2845	3782	3052
1 a 9	3219	2845	5777	3736	3747	4799	3208	3676	3253

Fuente: Inscritos validados por FONASA.

En este gráfico se aprecia la diferencia de inscritos entre los diferentes CESFAM de la comuna, donde se refuerzo lo vistos en la tabla anterior, identificándose claramente que el CESFAM con más número de inscritos es Los Quillayes, seguido por Santa Amalia y Bellavista. Además se puede ver la distribución de los inscritos por grupo etareo, predominando el grupo de los adultos, en los cuales hay que considerar representa el mayor rango de edad (20 a 64 años). En el siguiente gráfico haremos el análisis porcentual por centro, con lo que podremos identificar por ejemplo, que centro tiene la población más "envejecida" o más joven

Gráfico N° 3: Distribución porcentual de inscritos por grupo etareo y CESFAM



	Bellavista	Los Castaños	Los Quillayes	Maffioletti	Villa O'Higgins	Sta Amalia	Trinidad	La Florida	Jose Alvo
≥65	20,2%	13,8%	9,9%	13,4%	14,9%	18,9%	12,6%	16,5%	13,9%
20 a 64	59,4%	62,0%	62,8%	63,7%	60,5%	56,1%	57,9%	58,9%	57,9%
10 a 19	12,1%	13,2%	14,0%	13,0%	13,1%	12,8%	13,9%	12,5%	13,6%
1 a 9	8,3%	11,1%	13,3%	10,0%	11,5%	12,1%	15,6%	12,1%	14,5%

Al analizar la distribución porcentual de los grupos etareos notamos que el CESFAM que tiene una mayor proporción de adultos mayores entre sus inscritos es Bellavista, con un 20,2% del total de sus inscritos, seguido por Santa Amalia y La Florida, con un 18,9 y 16,5% respectivamente.
Por otra parte, si hacemos el análisis con mayor proporción de población infanto – juvenil (menores de 20 años), es el CESFAM Trinidad el "más joven" de nuestra comuna, con un 29,5% de su población en este grupo etareo. Lo siguen los CESFAM José Alvo y Los Quillayes, con un 28.1 y 27.3% respectivamente.

2.4. Indicadores Educacionales

Los años de escolaridad promedio de la población permiten observar el nivel educacional de la población y cómo ha evolucionado en los últimos años.

Tabla N° 11: Distribución de la población de 19 y más años según el Nivel Educacional alcanzado, CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

Nivel Educacional	2006	2009	2011	% Según Territorio 2011			% 2013 País
				Comuna de La Florida	Región Metropolitana	País	
Sin Educación	5.493	5.584	8.914	2,9	2	3	2,7
Básica Incompleta	37.242	24.316	23.245	7,4	10,4	14,5	13,7
Básica Completa	22.695	27.399	20.554	6,6	9,1	10,7	11,6
Media Incompleta	51.473	27.399	64.715	20,7	20,3	20,4	13,2

Media Completa	91.991	102.285	88.750	28,4	29,8	28,2	29,9
Superior Incompleta	42.826	55.486	47.230	15,1	12,2	10,5	11,9
Superior Completa	56.530	53.780	58.853	18,9	16,3	12,8	16,5
Total	309.130	318.338	312.261	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

El nivel educacional media completa es el que alcanza el mayor porcentaje de la población tanto de nivel comunal regional y nacional en todos los años analizados.

A nivel de comunal en CASEN 2011 un 34% de la población alcanza el nivel de educación superior, sea esta universitaria, en instituto profesional o centro de formación técnica. De estos un 18,9% alcanza a finalizar el plan de estudios completo y un 15,1% de manera incompleta.

Tabla N° 12: Años de escolaridad promedio de la población de 15 años a nivel País, RM y comuna de La Florida.

Territorio	2003	2006	2009	2011	2013
Comuna de La Florida	11,33	11,33	11,68	-	-
Región Metropolitana	10,99	10,83	11,19	-	11,2
País	10,16	10,14	10,38	10,5	10,8

Fuente: Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

La escolaridad promedio de la población chilena es de 10 años. A nivel de la Región Metropolitana alcanza un promedio de 11 años, superior al promedio nacional. A nivel comunal la población tiene una escolaridad promedio de 11,4 años, superior del promedio regional y nacional.

3. Red Comunal de Salud

La Red Asistencia de la comuna está constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, los establecimientos municipales dependientes de la Corporación Municipal de La Florida y las instituciones privadas con las cuales se mantienen convenios de prestación de servicios complementarios para resolver la demanda de atención y aumentar la Resolutividad de los servicios de salud municipal.

La atención de especialidades se realiza a través de la Red de Salud del SSMSO, cuyo principal establecimiento de derivación para la comuna es el Hospital Clínico La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza, además en algunas especialidades, campaña de invierno, GES, existen derivaciones de pacientes que pertenecen a la Red de Atención Primaria de la comuna La Florida a:
El Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT).
Hospital Barros Luco Trudeau (Urgencia de Psiquiatría).
Hospital San José de Maipo.

Los objetivos de la Red de Salud Comunal de La Florida son los siguientes:
Mejorar el nivel de salud de las comunidades a través de acciones integrales, oportunas, proactivas, de calidad y resolutivas, que favorezcan promover estilos de vida saludables, el auto

cuidado y la satisfacción de las necesidades sanitarias, basado en el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, liderado por un equipo entusiasta y comprometido.
Garantizar la atención de salud de calidad a la población y continuidad de los servicios, el cumplimiento de las normas técnicas y las acciones tendientes a mejorar la satisfacción usuaria.
Gestionar, administrar y controlar el uso eficiente de los recursos destinados a las acciones de salud (humanos, materiales, infraestructura, equipos, equipamiento, medicamentos, insumos, etc.)

La Red Comunal está integrada por los siguientes Establecimientos de Salud:

Centro de Salud Familiar Bellavista Transitorio:
Dirección: Froilán Roa 6420
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Bellavista transitorio: 5, 7, 8, 9, 15,16 y 17.

El Centro de Salud Familiar Bellavista transitorio comienza a funcionar el 18 de agosto 2014 en dependencias de ex Centro de Referencia de Salud San Rafael de La Florida, durante el proceso de reposición de CESFAM Bellavista en el terreno ubicado en calle Pudeto 795. Sin embargo, este CESFAM se puede señalar su reseña histórica desde la década de 1950 donde el poblamiento de la comuna se torna más orgánico, aparecen las villas y poblaciones de sectores socioeconómicos medios, la expansión de la urbe empieza a generar necesidades de interconexión entre el centro de Santiago y las comunas periféricas, dando origen a obras viales en los territorios inmediatos a los polos urbanos de expansión. A raíz de estos eventos y enfocados a mantener bajo control sanitario a la población inminente, se inaugura el 21 de junio de 1951 bajo el mandato del Presidente Gabriel González Videla el consultorio Bellavista.

Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins:
Dirección: Santa Julia 870
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Villa O´Higgins: 10,11 y 21.

Abre sus puertas el 21 de junio de 1971 como respuesta a las necesidades de salud de la población luego de una nevada ocurrida en Santiago. En un inicio el centro se ubicó en el sector 3 de la Villa O´Higgins donde actualmente se encuentra el Jardín Infantil Belén O´Higgins y en febrero de 1978 se traslada a la ubicación actual donde fue inaugurado en mayo de 1995.

Poco a poco fue aumentando el número de funcionarios y pasando de un modelo de atención individual a uno familiar, es así como en 1994 se efectuó la primera sectorización como parte de un proyecto SONDECYT patrocinado por la escuela de Psicología de la PUC.

En enero de 2004 fue inaugurado el SAPUDENT lo que fue muy importante ya que permitió mejorar la infraestructura para atender personas adultas con problemas dentales y realizar atenciones de urgencia. Durante ese mismo año se produjo la sectorización actual que comprende a los sectores TAI y HENUA.

En Julio del año 2007 fue inaugurado el SAPU, uno de los dos a nivel comunal que cuenta con servicio las 24 horas. También en el año 2007 se certificó como Centro de Salud Familia, para posteriormente, en el año 2010, lograr obtener el reconocimiento de Centro de Salud Familiar nivel medio superior, a través de esfuerzo y trabajo continuo se logró en el año 2013 se certificar como CESFAM de nivel superior, obteniendo al año siguiente, el primer lugar como centro de excelencia a nivel nacional.

Centro de Salud Familiar Los Castaños:
Dirección: Diagonal Los Castaños 5820
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Los Castaños: 1, 2, 3, 4, 25 y 35.

Fue construido el año 1972 en los terrenos agrícolas colindantes a los campamentos Che Guevara y Nueva La Habana iniciando su proceso de transformación en CESFAM en el año 1998. Las unidades vecinales que atiende abarca el sector de Nuevo Amanecer, Los Húsares, Los Cerros, Lo Cañas, Santa Irene, La Higuera, Las Araucarias y Los Trinos, entre otras.

A contar de agosto 2014 comienza el funcionamiento de las instalaciones clínicas, del nuevo Edificio Universidad Diego Portales en CESFAM Los Castaños, en el marco del convenio docente asistencial vigente entre La Corporación Municipal de La Florida y dicha casa de estudios. Esto ha permitido aumentar el acceso de los vecinos del sector a prestaciones dentales, y a otras correspondientes al nivel secundario., como atención por fonoaudiólogo.

Centro de Salud Familiar Los Quillayes:
Dirección: Julio Cesar 10905
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Los Quillayes: 29, 30, 31, 33, 34 y 37

Su historia se remonta al año 1989, fecha en que se inaugura como un Policlínico Materno Infantil en la misma ubicación actual, atendiendo a gran cantidad de población que se traslada desde diversas comunas de Santiago a la población Los Quillayes y posteriormente a las zonas aledañas de este sector. Desde ahí este CESFAM ha crecido progresivamente, transformándose en la actualidad en el CESFAM con mayor cantidad de inscritos de la comuna. Además cuanta con un SAPU de 24 hrs. dando atención continua a los vecinos del sector.

Centro de Salud Familiar Maffioletti:
Dirección: Avenida Central 301
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Maffioletti: 20, 26, 27 y 28.

El centro de salud Dr. Fernando Maffioletti se encuentra ubicado muy cercano al límite sur de nuestra comuna, colindando con Puente Alto, por lo que una de sus características es que cuenta con una población inscrita de fuera de la comuna considerable, cercana al 30%, la mayoría de ellos de esta comuna. En el año 2005 se inicia la transformación de consultorio a Centro de Salud Familiar (CESFAM), característica que mantiene hasta la fecha.

Centro de Salud Familiar Santa Amalia:
Dirección: Santa Amalia 202
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Santa Amalia: 13, 14 y 18.

El centro de salud fue inaugurado el 21 de diciembre de 2004 bajo el gobierno de Ricardo Lagos. Fue creado para absorber la demanda de los centros de salud Villa O´Higgins y Maffioletti. Este centro ha ido creciendo rápidamente, siendo en la actualidad el segundo de la comuna con más número de inscritos, además de uno de los que más atenciones hace en su SAPU, el que atiende hasta las 24 hrs.

Centro de Salud Familiar Trinidad:
Dirección: Avenida Uno 10021
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM Trinidad: 12, 22 y 32.

Este centro abrió sus puertas el 18 de junio del año 2007, siendo inaugurado el 23 de agosto del mismo año por la Presidenta Michelle Bachelet.

Centro de Salud Familiar La Florida:
Dirección: Avenida La Florida 6015
Unidades Vecinales correspondientes a CESFAM La Florida: 23, 24 y 6

El 1 de octubre del año 2007 se da inicio a la marcha blanca de funcionamiento del nuevo Centro de Salud Familiar La Florida, previa reunión realizada el día 28 de septiembre con dirigentes vecinales y representantes de la comunidad, dando a conocer el lineamiento general del Modelo en Salud Familiar, donde la atención está enmarcada en las intervenciones promocionales y preventivas más que en las recuperativas con el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario y de trabajo en red.

Centro de Salud Familiar José Alvo:
Dirección: Bacteriológico 10817
Unidad Vecinal correspondiente a CESFAM José Alvo: 19

Este nuevo Centro de Salud Familiar surge a partir de la necesidad desde la comunidad de la unidad vecinal 19 y el equipo de salud para descongestionar el Centro de Salud Familiar Maffioletti. La puesta en marcha de este nuevo centro se realiza dentro del modelo "Complejo José Alvo-Maffioletti". Esto significa que ambos centros trabajan de manera colaborativa atendiendo a los usuarios del sector primavera de CESFAM Maffioletti que viven en la unidad vecinal 19 y que fueron trasladados al nuevo CESFAM José Alvo, junto a su equipo de cabecera profesional quienes se trasladaron al nuevo CESFAM.

CESFAM José Alvo es el 9° Centro de atención primaria de la comuna de La Florida. La edificación es de 2.600 metros cuadrados construidos y divididos en 3 sectores, dos pisos y un área de servicios transversal, diseñado para 30.000 habitantes de la comuna.

Inicia su funcionamiento el 1 de Julio del año 2011 e inauguración el 5 de agosto 2011 por el Ministro de Salud Jaime Mañalich y el alcalde Rodolfo Carter.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

Son establecimientos de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia y emergencia[1] de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en un local anexo. Depende técnica y administrativamente de éste o, en su defecto, de quien la autoridad sanitaria local determine, y cumplen la función de entregar prestaciones de emergencia y urgencia médica en horario no hábil, dando continuidad a la atención de los CESFAM.

[1] Como "Emergencia Médica" se entenderá aquella atención de salud no postergable, definida así por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos, y como "Urgencia", la demanda de atención por parte de la población que percibe que la atención de sus problemas de salud no puede ser pospuesta.

Actualmente la comuna de La Florida cuenta con 8 SAPU, los cuales funcionan los 365 días del año.
SAPU Villa O´Higgins, atención al público las 24 horas del día.
SAPU Los Quillayes, atención al público las 24 horas del día.
SAPU La Florida, atención al público hasta las 00:00 horas.
SAPU Los Castaños, atención al público hasta las 00:00 horas.
SAPU Trinidad, atención al público hasta las 00:00 horas.
SAPU Santa Amalia, atención al público hasta las 00:00 horas.
SAPU Maffioletti, atención al público hasta las 00:00 horas.
SAPU José Alvo, atención al público hasta las 00:00 horas.

Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF):

Establecimiento dependiente de un Centro de Salud Familiar de la Corporación Municipal, con base comunitaria, que trabaja con la población inscrita en el establecimiento de salud, ejecutando acciones de promoción, prevención y de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario de la población asignada, a cargo de un equipo de cabecera o de sector.
Santa Teresa dependiente del Centro de Salud Familiar Los Castaños.
Las Lomas dependiente del Centro de Salud Familiar Bellavista (construcción terminada, en espera de su autorización sanitaria para comenzar a funcionar).

Servicio de Atención Médica Continua (SAC):

El Servicio de Atención Médica Continua es una iniciativa Municipal que surge el año 1998, para responder a la demanda de atención médica de nuestros usuarios y tiene como propósito resolver oportunamente las necesidades de atención de salud de personas enfermas, a través de la continuidad de la atención médica a un rendimiento más alto a lo habitual y cuyo objetivo es resolver las consultas médicas que no pueden ser satisfechas a través de la oferta habitual de horas médicas.

Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM):

Es un establecimiento ambulatorio dependiente de la red de salud comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría integral a las personas y familias con trastornos de salud mental en todas las etapas del ciclo vital, con enfoque familiar y comunitario que no pueden ser resueltos a nivel de los centros de salud de la comuna.

Programa Clínico Comunitario de Drogodependencia con compromiso biopsicosocial leve, moderado y severo. Las modalidades de tratamiento constan de: Comunidad Terapéutica de intervención diurna, Comunidad Terapéutica de intervención vespertina y Tratamiento Terapéutico individual.

COSAM establece coordinación en red con salud, educación, redes institucionales y comunitarias, SSMSO, Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, Sistema Comunal de prevención (PREVIENE), red de violencia intrafamiliar entre otras.

Centro Comunitario del Adolescentes SUYAI:

Es un establecimiento ambulatorio dependiente de la red de salud comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría integral a adolescentes entre los 10 a 19 años que

presenten consumo experimental, habitual o problemático de alcohol y/o drogas que se encuentren inscrito en algún centro de salud de la comuna de La Florida y que sean beneficiarios de FONASA.

Entre sus actividades se encuentran las entrevistas de ingreso, atención Psicológica, Psiquiátrica, Social, Psicopedagógica, Orientación Familiar, charlas Psicoeducativas, talleres comunitarios y terapia deportiva entre otras.

Centro de Salud Integral Escolar (SIE):

Es un establecimiento ambulatorio dependiente de la red de salud comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría infantil cuyo propósito es contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de los escolares de la comuna de La Florida, favorecer el éxito en el proceso educacional, resolviendo problemas de salud que afectan el rendimiento escolar y evitando la deserción por problemas biopsicosociales.

El plan de salud mantiene las prestaciones que apoyan el desarrollo normal de los escolares, en el ámbito del crecimiento y en el proceso de aprendizaje. Los escolares constituyen un grupo que, por sus características:
Tienen escasos episodios de enfermedad que requieran atención de salud.
Su desarrollo integral está centrado en el proceso de enseñanza – aprendizaje.
Están sufriendo los cambios producidos por su maduración sexual y afectiva.
En virtud de ello, se busca apoyar a los escolares para favorecer su desarrollo integral, aportando en la prevención de problemas de salud en el establecimiento educativo y resolviendo oportunamente.
El Centro de Salud Escolar presta atención a escolares de enseñanza básica y media de la Comuna de La Florida con un equipo integral, cuyo objetivo es la detección oportuna de patologías propias de los niños entre 6 y 10 años y de los adolescentes entre los 10 y 18 años.

Hospital de Día para Patología Dual "ALSINO":

El hospital de día "ALSINO" nace en octubre de 2002 como un programa del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM). Se trata de un dispositivo o unidad de tratamiento ambulatorio que trabaja con personas que presentan patologías duales, es decir, que tienen una comorbilidad en adicciones severas y patologías psiquiátricas severas.

Este programa se inscribe dentro de las nuevas estrategias de intervención que plantea el Plan Nacional de Psiquiatría, que tiene el propósito de "contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común". Su intervención tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos que presentan principalmente esquizofrenias, trastornos bipolares, daño orgánico cerebral y depresiones mayores y que además presentan un problema de adicción.

Laboratorio Comunal:

Es un establecimiento dependiente de la Red de Salud de la Corporación Municipal, cuyo rol es el análisis de exámenes clínicos y procesos analíticos para el apoyo diagnóstico establecido en la

canasta de exámenes del primer nivel de atención, principalmente aquellos del área de hematología, química clínica, microbiología y orinas.

Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

Inaugurada el 1 de febrero del año 2009, brinda atención especializada que permite aumentar la capacidad resolutiva comunal y disminuir las listas de espera de Oftalmología nivel hospitalario, entregando una solución oportuna a las necesidades de atención oftalmológicas de la población entre 15 y 64 años.

Se realizan exámenes oftalmológicos con equipos especializados, educación a la comunidad, Resolutividad de vicios de refracción, sospecha de patologías GES, pesquisa y control de glaucoma, screening fondo de ojo a pacientes diabéticos. Todas estas actividades están disponibles a los usuarios de la red de salud comunal, que sean derivados por médico de alguno de los CESFAM o CECOSF.

Centros Comunitarios de Rehabilitación Física (CCR):

Centros de referencia comunal para dar respuesta a las demandas de rehabilitación física de patologías musculoesqueléticas y neurológicas. Actualmente la comuna cuenta con 2 CCR distribuidos de la siguiente manera:
CCR Los Castaños: Brinda atención a pacientes derivados por médico de CESFAM Bellavista, Villa O´Higgins, La Florida y Los Castaños.
CCR José Alvo: Brinda atención a pacientes derivados por médico de CESFAM Trinidad, Santa Amalia, Los Quillayes, Maffioletti y José Alvo.

Medicina Mapuche, Salud y Pueblos Indígenas:

La comunidad indígena mapuche Kallfulikan de La Florida, difunde, promueve y desarrolla desde el año 2000 en adelante el modelo y un sistema de salud de acuerdo a sus conocimientos y saberes ancestrales y pone en ejercicio la práctica de la medicina mapuche, haciendo uso de sus métodos preventivos en salud, prácticas curativas y el uso adecuado de las yerbas medicinales, en la ruca ubicada a un costado de CESFAM Los Castaños.

Servicios de Apoyo en Transportes:

Cada centro de salud cuenta con vehículos de Transporte particulares los cuales están destinados para los traslados del equipo de salud a los distintos tipos de visitas domiciliarias, como por ejemplo de pacientes dismovilizados, con fines de tratamiento, de familia y Chile Crece Contigo.

Además 12 vehículos institucionales RPM SALUD distribuidos a cada CESFAM a excepción de Los Quillayes que cuenta con 2 móviles dado la cantidad de población inscrita y el Área Salud cuenta con 2 móviles que potencian el servicio de transporte dispuesto a cada Centro de salud para realizar las distintas actividades clínicas y administrativas.

Además, la comuna cuenta con 8 ambulancias básicas a disposición de la red de urgencia comunal. El funcionamiento de estas ambulancias está relacionado al horario de funcionamiento del SAPU, por tanto, dos de ellas están a disposición las 24 horas del día cuya coordinación está a cargo del médico regulador comunal de CESFAM Los Quillayes.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR):

Para la comuna de La Florida está aprobado la construcción de 3 SAR los cuales se construirán en CESFAM Villa O´Higgins, CESFAM Los Quillayes y CESFAM Los Castaños lo que buscan es solucionar las falencias que pese a los avances en salud siguen existiendo, como son la falta de infraestructura para apoyar a la gestión y resolutividad de la atención primaria.

El objetivo principal de los SAR es descongestionar los servicios de urgencia. Esto significa si el paciente acude por una patología de baja complejidad concurra a un SAR y no a un servicio de urgencia hospitalaria.

Los SAR entregarán atención médica en un horario complementario al funcionamiento del CESFAM y los SAPU, atendiendo a la población con equipo de rayos osteomusculares, kit de laboratorio básico y acceso a telemedicina. Las prestaciones que se entreguen en cada SAR serán consultas médicas para todo grupo etario, procedimientos diagnósticos terapéutico y toma de muestra de alcoholemia.

COMUDEF

DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico Epidemiológico

1.1. Natalidad

La natalidad es una de las principales tasas dentro de las estadísticas vitales y que, en conjunto con la Mortalidad, juega un rol importante en el análisis de la Transición demográfica que Chile, sus regiones y comunas están presentando actualmente.

De acuerdo al último Anuario de Estadísticas Vitales publicado por el INE, en La Florida durante el 2013, nacieron 12,1 niños por cada 1.000 habitantes. En la Tabla N° 13 se aprecia que la Tasa de Natalidad comunal es menor que la observada en la Región y en el país.

Tabla N° 13: Tasa de Natalidad Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2013

Lugar	Tasa de Natalidad (*)
País	13,8
Región Metropolitana	13,9
Comuna de La Florida	12,1

Fuentes: Anuario de estadísticas Vitales 2013, DEIS y Base de datos Comunas: Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020, DEIS
(*) Tasa calculada por cada 1000 habitantes

En cuanto a la edad de la madre, la Tabla N° 14 nos muestra que la prevalencia de embarazos en adolescentes (menores de 19 años) en la comuna, es menor que la prevalencia a nivel regional y nacional, especialmente en el grupo de 15 a 19 años donde existe una diferencia de 4 puntos; lo que se podría explicar por las medidas preventivas y de control del embarazo adolescente desarrolladas a nivel local por el Área de Salud y de Educación.

La prevalencia de embarazos en mujeres de 20 a 34 años y de 35 años y más es discretamente mayor en la comuna de La Florida, en comparación con la observada en la Región y en el País, manteniéndose dentro de los parámetros de normalidad.

Tabla N° 14: Prevalencia de Embarazos Por Grupo Etario en Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	Total	Edad de la Madre				
		Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 y más años	Ignorado
País	243.635	0,36	14,08	68,96	16,58	0,01
Región Metropolitana	99.488	0,31	12,43	69,08	18,15	0,01
Comuna de La Florida	4.697	0,21	10,01	70,93	18,84	0

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS

1.2. Mortalidad

La mortalidad es otra de las estadísticas vitales básicas y que nos da cuenta del número de defunciones ocurridas en un lugar y en un intervalo de tiempo determinado (OMS 2014).

El conocer la caracterización de la mortalidad (frecuencia, distribución por grupo etario y género y cómo ha evolucionado a lo largo del tiempo), permite identificar y/o investigar factores causales asociados a esta, monitorear la situación de salud de la población objetivo y evaluar, de manera indirecta, los indicadores de proceso, resultado o de impacto de los Programas de Salud ejecutados y, por ende, la efectividad de las Políticas Públicas asociadas a estos.

Mortalidad General

La mortalidad general nos indica el número de defunciones (por todas las causas) ocurridas en un lugar y en un tiempo determinado por cada 1000 habitantes.

En el caso de la Tabla N° 15, se aprecia que la tasa de mortalidad en La Florida es menor que la de la Región y la del país.

Tabla N° 15: Tasa de Mortalidad General en Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	Mortalidad general (*)		
	Ambos sexos	Hombre	Mujer
País	5,7	6	5,3
Región Metropolitana	5,3	5,5	5,1
Comuna de La Florida	4,7	4,8	4,7

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS
(*) Tasa calculada por cada 1000 habitante de cada grupo de edad

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil nos indica la cantidad de niños menores de 1 año fallecidos sobre el total de nacidos vivos de un periodo. Además, este indicador habla de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de salud vinculada al parto y atención de RN de un lugar. Se estima que valores inferiores a 10 por cada 1000 nacidos vivos corregidos, son más probables de encontrar en sitios donde se disponen mejores condiciones socioeconómicas y altos niveles de desarrollo (INE 2011).

En Chile, fallecen 7.4 niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos corregidos, siendo uno de los valores más bajo de la región de las Américas (CEPAL, 2005).
La Tasa de Mortalidad Infantil de la Comuna es menor que la de la Región y del País. Predomina en esta tasa el componente Neonatal, que se relaciona con la atención de salud y con problemas congénitos. En cambio, el componente Postneonatal se relaciona con las condiciones de vida de la población. La comuna de La Florida presenta una tasa postneonatal más baja que la Región Metropolitana y el País (Tabla N° 16).

Tabla N° 16: Tasa de Mortalidad Infantil por Componente en Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2013

Lugar	Mortalidad infantil (*)		
	Infantil (defunciones < de 1 año)	Neonatal (defunciones < de 28 días)	Postneonatal (defunciones 28 días a 11 meses)
País	6.9	5.1	1.8
Región Metropolitana	6.7	5.0	1.7
Comuna de La Florida	6.6	5.1	1.5

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2013, DEIS
(*) Tasa calculada por cada 1000 habitante de cada grupo de edad

Mortalidad de la Niñez

Corresponde a las defunciones ocurridas en los grupos de edad de 1 a 9 años. Tal como se aprecia en la Tabla N° 17, la Tasa de Mortalidad de la Niñez que presenta La Florida coincide con la de la Región Metropolitana y la del País.

Tabla N° 17: Tasa de Mortalidad de la Niñez (*) (1 a 9 años) en Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	1-4 años	5-9 años	Total
País	0.3	0.1	0.2
Región Metropolitana	0.3	0.1	0.2
Comuna de La Florida	0.3	0.1	0.2

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS
(*) Tasa calculada por cada 1000 habitante de cada grupo de edad
Mortalidad Adolescente

Esta Tasa indica la cantidad de defunciones ocurridas en los grupos de edad de 10-19 años por cada 100.000 habitantes.

En la Tabla N° 18 se aprecia que la Mortalidad Adolescente en el grupo etario de 15 a 19 años que posee la comuna de La Florida es mayor que la presentada a nivel regional y a nivel país, para ambos sexos.

Cabe destacar que el Anuario de estadísticas Vitales del DEIS, no registraba defunciones de hombres entre 10 a 14 años (+), lo que genera la baja tasa de mortalidad adolescentes en este grupo etario en la categoría “ambos sexos”.

Tabla N° 18: Mortalidad de Adolescencia (*) (10 a 19 años). Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	10-14 años			15-19 años		
	Hombre	Mujer	Ambos Sexos	Hombre	Mujer	Ambos Sexos
Chile	20,1	13,4	16,8	60,1	26,4	43,5
Región Metropolitana	19	13,4	16,2	52,6	24	38,4
Comuna La Florida	0,0(+)	16,5	8,2	64,9	28,9	46,9

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS
(*) Tasa por 100.000 habitantes

Mortalidad Adultos

Esta tasa indica la cantidad de defunciones en edad de 20-64 años por cada 1.000 habitantes.
La tasa de mortalidad en adultos de La Florida, en caso de los hombres es menor que la Región y País. En las mujeres, las tasas en el grupo de edad de 20-44 años son iguales a la del País, pero mayor que las de la Región; en el grupo de 45-64 años es menor que la Región y País.

Tabla N° 19: Mortalidad del Adulto (*) (20 a 64 años). Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	20-44 años			45-64 años		
	Hombre	Mujer	Ambos Sexos	Hombre	Mujer	Ambos Sexos
Chile	1,4	0,6	1	6,1	3,5	4,8
Región Metropolitana	1,2	0,5	0,9	5,8	3,3	4,4
Comuna La Florida	1	0,6	0,8	4,4	2,9	3,6

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS) *Tasa por 1.000 habitante

Mortalidad Adulto Mayor

Son las defunciones en mayores de 65 años. Las tasas de mortalidad de la Comuna en el grupo de 65-79 años, son menores que de la Región y el País. Los hombres fallecen más que las mujeres en este grupo de edad. En el grupo de 80 y más, en nuestra Comuna las mujeres fallecen más que los hombres. Llama la atención el valor de la tasa de Mortalidad del Adulto Mayor en hombres de 80 años y más en La Florida (+), que es 58% menor que la del país y la región.

Tabla N° 20: Mortalidad del Adulto Mayor (*) (65 a 79; 80 y más). Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida. Año 2012

Lugar	64-79 años			80 y más años		
	Hombre	Mujer	Ambos Sexos	Hombre	Mujer	Ambos Sexos
Chile	30,2	18,7	23,8	124,6	104,4	111,8
Región Metropolitana	29,4	17,8	22,8	125,2	96	105,3
Comuna La Florida	19	14,6	16,8	52,7(+)	84,8	69,2

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS
*Tasa por 1.000 habitantes

1.3. Evolución de las Estadísticas Vitales.

La Tasa de Natalidad Comunal ha ido decreciendo desde el 2000 al 2013, observándose una disminución porcentual del 14,8%, que podría explicarse, tal como fue señalado anteriormente, por las medidas de prevención y control del embarazo adolescente locales, desarrolladas por el Área de Salud y Educación de la comuna. En el 2013, hubo un aumento de 4 puntos porcentuales, llegando a 12,1 nacimientos por cada 1000 habitantes, tasa que sigue siendo baja en comparación con lo registrado a nivel regional y nacional. En cuanto a la Tasa de Mortalidad General, durante el período descrito, se observa un aumento del 57,6% en la comuna, lo que se puede explicar en parte, por el aumento progresivo de la cantidad de habitantes de La Florida, lo que ha traído como consecuencia el envejecimiento de la población. La tasa de mortalidad infantil, ha ido decreciendo durante el período, observándose una disminución del 10,8%, siendo los años 2006 y 2007, en los que se registraron las Tasas más bajas del período.

La Tabla N°21 muestra la evolución de las estadísticas vitales de La Florida desde el año 2000 al 2012, cuya principal característica es su dinamismo a lo largo del tiempo.

Tabla N° 21: Evolución de la Natalidad, Mortalidad General y Mortalidad Infantil. Comuna La Florida. Años 2000-2013

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil
2000	14,2	3,3	7,4
2001	13,5	3,4	6,9
2002	12,2	3,4	6,6
2003	13	4,1	7,9
2004	13,1	4,1	8,4
2005	12,8	4	7,7
2006	12,5	4,1	4,5
2007	12,3	4,3	4,9
2008	12,4	4	6,5

2009	12,9	4,2	7,6
2010	12,3	4,8	6,9
2011	11,9	4,7	7,4
2012	11,8	4,7	6
2013	12,1	5,2	6,6

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012 y 2013, DEIS

Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables (DEIS, 2011).

El número de AVPP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite. Esta sumatoria se expresa en años perdidos.
La Tabla N° 22 muestra que la Tasa de AVPP en la comuna de La Florida, en el período 2000-2012, ha estado bajo los 65 años, siendo este valor menor al que presenta la Región Metropolitana y el País.

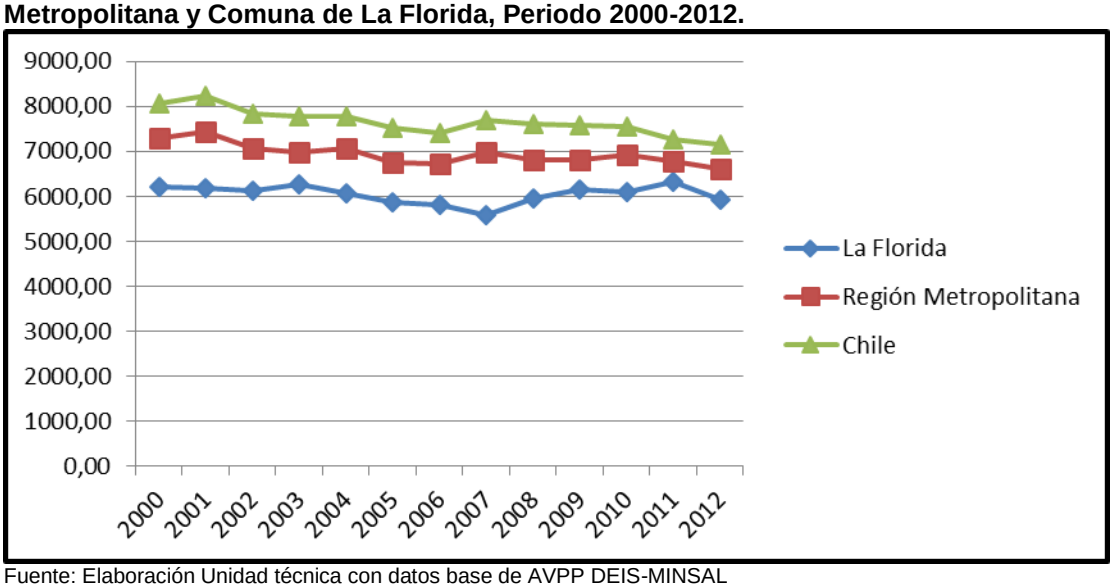
Tabla N° 22: Evolución de las Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos. Chile, Región Metropolitana y Comuna La Florida, Período 2000-2012

Lugar	**AVPP Tasa por 100.000 Habitantes**												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chile	80,6	82,4	78,4	77,8	77,7	75,1	74	77	76,1	75,7	75,5	72,7	71,6
Región Metropolitana	72,8	74,3	70,6	69,8	70,6	67,5	67,2	69,9	68	68,1	69,1	67,9	66
Comuna La Florida	62,2	61,9	61,2	62,7	60,8	58,8	58	55,7	59,6	61,5	60,9	63,1	59,3

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS

En el gráfico N° 4 se observa la tendencia de la Tasa de AVPP para la comuna de La Florida, mostrando la diferencia existente entre esta y la que presenta el País y la Región.

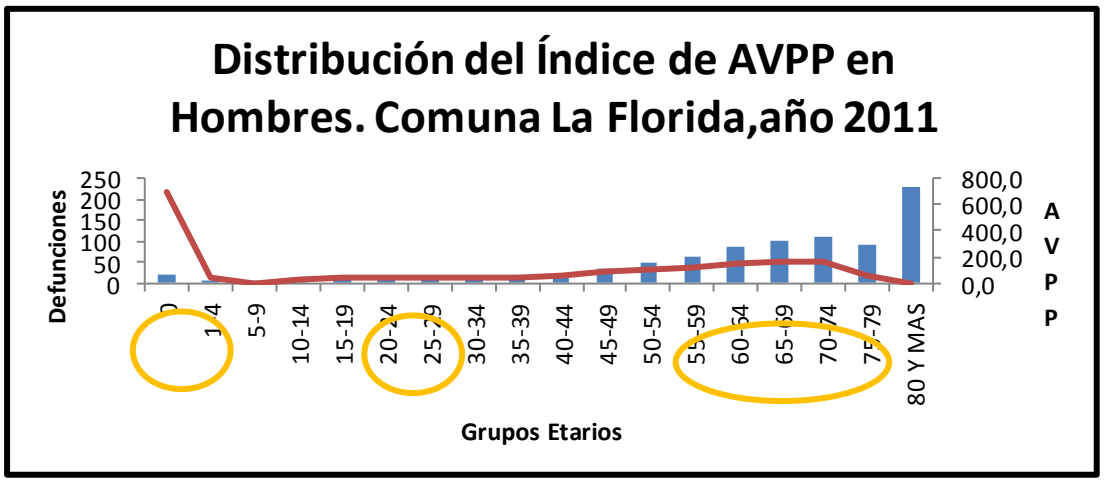
Gráfico N° 4: Evolución de la Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos. Chile, Región Metropolitana y Comuna de La Florida, Periodo 2000-2012.



Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos base de AVPP DEIS-MINSAL

Si se divide el número de AVPP por el número de habitantes (usualmente la población por debajo de la edad límite escogida) y se multiplica por un factor (1.000, 10.000 o 100.000), se llega al Índice de los Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP).
En el gráfico N° 5 se visualiza la distribución de las muertes totales en hombres y los IAPVP por grupos de edad. La distribución presenta tres modos: uno a edades tempranas, que está en relación con la Mortalidad Infantil, otro a edades de adultos jóvenes relacionado probablemente con la Mortalidad por accidentes de tránsito y/o traumatismos y un tercero en los adultos mayores (65 años y más), relacionado con la Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El IAPVP es 4,4 veces mayor en edades tempranas (más prematuras).

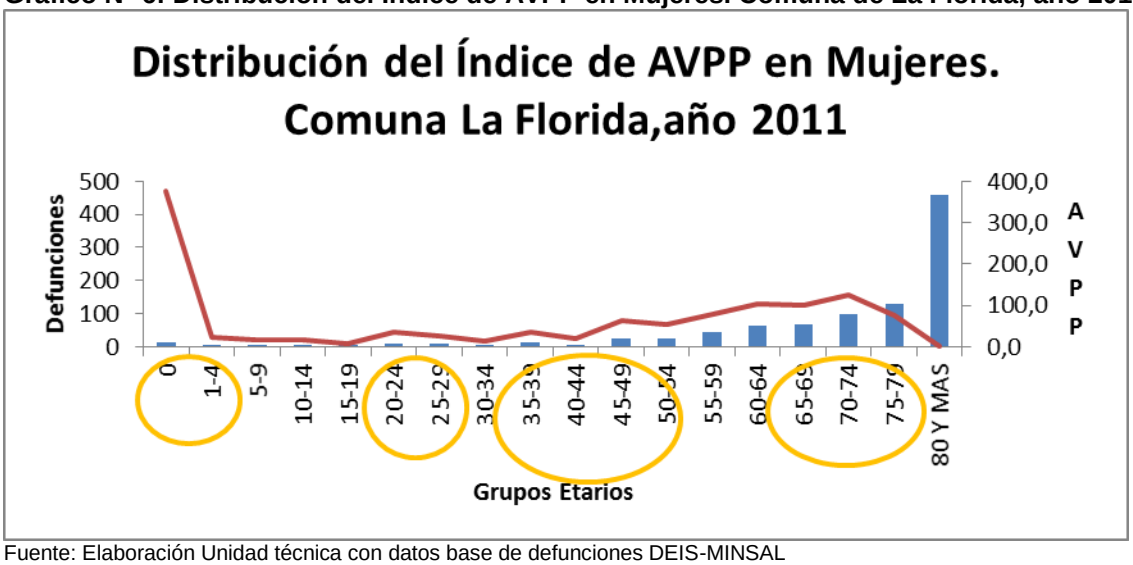
Gráfico N° 5: Distribución del Índice de AVPP en Hombres. Comuna de La Florida, año 2011.



Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos base de defunciones DEIS-MINSAL.

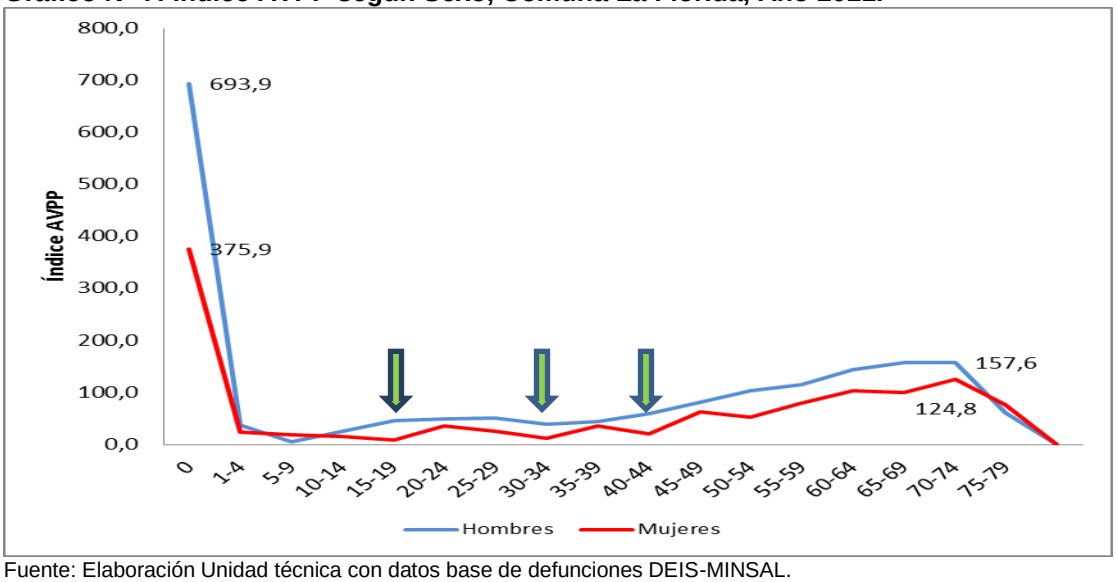
En las mujeres (gráfico N° 6), la distribución presenta 4 modos: uno a edades tempranas, dos a edades de adultos jóvenes y un cuarto en los adultos mayores, probablemente en relación con las mismas causas que en los hombres, adelantándose la Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El IAPVP es 3,3 veces mayor en edades tempranas.

Gráfico N° 6: Distribución del Índice de AVPP en Mujeres. Comuna de La Florida, año 2011.



Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos base de defunciones DEIS-MINSAL

Gráfico N° 7: Índice AVPP según Sexo, Comuna La Florida, Año 2011.



Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos base de defunciones DEIS-MINSAL.

Las mayores diferencias de los IAVPP entre hombres y mujeres se dan en los grupos de edad de 15-19 años, donde es 5,3 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Le siguen los grupos de 30-34 años y 40-44 años, aquí el IAVPP es 3 veces mayor en hombres que en mujeres. Esta tendencia se podría deber principalmente a la mayor Mortalidad por Accidentes de Tránsito y/o Traumatismos que presentan los hombres por sobre las mujeres.

Tabla N° 23: Estimación de Años de Vida Potencialmente Perdidos, según Edad y Sexo, Comuna La Florida, Año 2011

EDAD	Defunciones		Población Media Del Periodo		Edad Media Al Fallecer	Limite Potencial	AVPP		Índice AVPP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	23	12	2635	2538	0.5	79.5	1828.5	954.0	693.9	375.9
01-abr	5	3	10424	9877	2.5	77.5	387.5	232.5	37.2	23.5
05-sep	1	3	12667	12033	7.5	72.5	72.5	217.5	5.7	18.1
oct-14	5	3	12776	12456	12.5	67.5	337.5	202.5	26.4	16.3
15-19	11	2	14939	14399	17.5	62.5	687.5	125.0	46.0	8.7
20-24	14	10	16144	15849	22.5	57.5	805.0	575.0	49.9	36.3
25-29	16	8	16681	16371	27.5	52.5	840.0	420.0	50.4	25.7
30-34	12	4	14569	14699	32.5	47.5	570.0	190.0	39.1	12.9
35-39	15	12	14428	14234	37.5	42.5	637.5	510.0	44.2	35.8
40-44	21	7	13075	13195	42.5	37.5	787.5	262.5	60.2	19.9
45-49	34	26	13439	13299	47.5	32.5	1105.0	845.0	82.2	63.5
50-54	51	26	13522	13506	52.5	27.5	1402.5	715.0	103.7	52.9
55-59	62	44	12123	12451	57.5	22.5	1395.0	990.0	115.1	79.5
60-64	85	64	10379	10771	62.5	17.5	1487.5	1120.0	143.3	104.0
65-69	102	69	8097	8555	67.5	12.5	1275.0	862.5	157.5	100.8
70-74	112	98	5330	5888	72.5	7.5	840.0	735.0	157.6	124.8
75-79	93	128	3832	4961	77.5	2.5	232.5	320.0	60.7	76.9
80 Y MAS	229	459	4425	196705					0	0
TOTAL	891	978	196850	196705						
TOTAL 0-79	662	519	192425	191744	384169		14691.0	9276.5		
					Pérdida promedio AVPP por cada defunción		82.4	47.4		
					Tasa de AVPP * 1000		76.3	48.4		
					Tasa de AVPP * 100000		7634.7	4838.0		

Fuente: Elaboración Unidad Técnica con datos de bases de defunción DEIS-MINSAL.

En general, para el año 2011 por cada defunción en hombre se perdieron en promedio 82,4 años y en mujeres 47,4 años. La Comuna presentó una tasa de AVPP por 100 mil en hombres de 7.634 y en mujeres de 4.838.

1.4. Egresos Hospitalarios

En cuanto a los Egresos Hospitalarios, la información más actualizada obtenida del DEIS, corresponda a la del año 2014.

Las 5 grandes causas de egresos hospitalarios, que representan el 50% del total, durante el 2014 fueron:

- Embarazo, Parto y Puerperio
- Enfermedades Sistema Respiratorio
- Enfermedades del Sistema Digestivo
- Enfermedades del Sistema Genitourinario
- Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

Tabla N° 24: Egresos Hospitalarios por causa, en ambos sexos y en todas las edades, La Florida 2014

Código CIE-10	Gran Grupo De Causas	N° de Egresos
	TODAS LAS CAUSAS	14.751
A00-B99	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	348
C00-D48	Tumores	1.153
D50-D89	Enfermedades de la Sangre y de los órganos Hematopoyéticos	71
E00-E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	294
F00-F99	Trastornos Mentales y del Comportamiento	175
G00-G99	Enfermedades del Sistema Nervioso	171
H00-H59	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	22
H60-H95	Enfermedades del Oído de la Apófisis Mastoides	27
I00-I99	Enfermedades Sistema Circulatorio	1.409
J00-J98	Enfermedades Sistema Respiratorio	2.056
K00-K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	1.815
L00-L99	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	156
M00-M99	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	282
N00-N99	Enfermedades del Sistema Genitourinario	1.233
O00-O99	Embarazo, Parto y Puerperio	2.464
P00-P96	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	421
Q00-Q99	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	191
R00-R99	Signos, Síntomas y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	477
S00-T98	Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1.207
Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0

Fuente: intranet del DEIS

1.5. Accidentes de Tránsito

En accidentes de tránsito se manejan las siguientes definiciones:

- **Índice de Severidad:** Indica la cantidad de víctimas fatales por cada 100 accidentes de tránsito.
- Tasa de Accidentabilidad: Indica la cantidad de accidentes de tránsito por cada 100.000 habitantes, o bien, por cada 10.000 vehículos.
- **Tasa de Mortalidad por accidentes de tránsito:** Indica la cantidad de víctimas fatales por cada 100.000 habitantes, o bien, por cada 10.000 vehículos.
- **Tasa de Morbilidad por accidentes de tránsito:** Indica la cantidad de lesionados por cada 100.000 habitantes, o bien, por cada 10.000 vehículos.

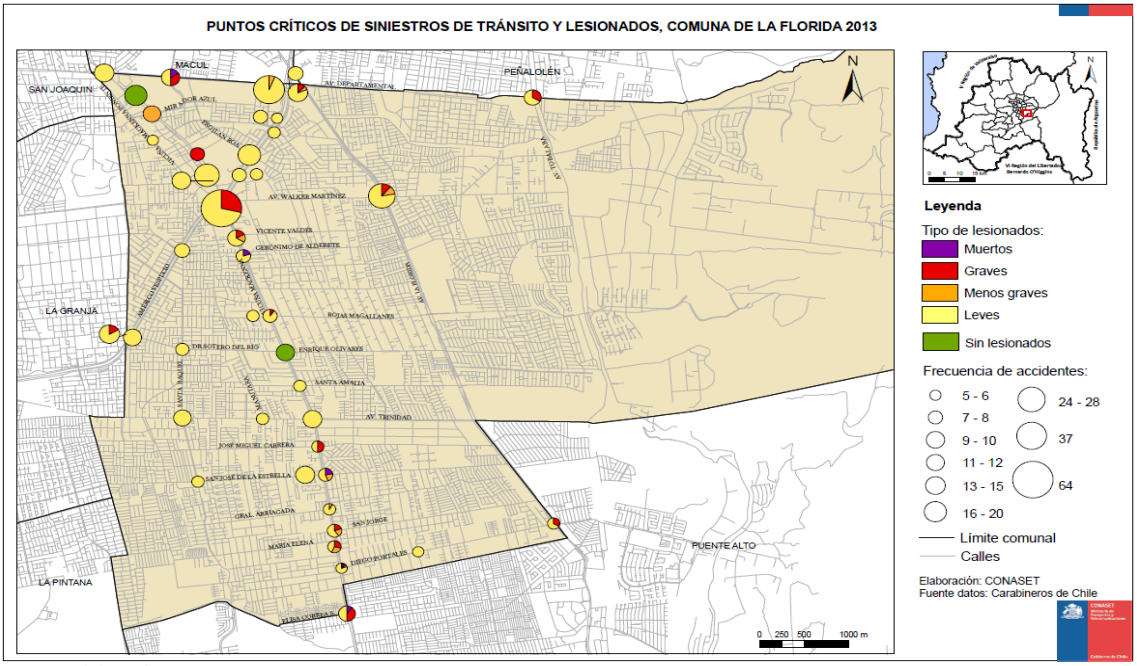
Tabla N° 25: Índice Severidad, Tasa Accidentabilidad, Tasa de Mortalidad y Morbilidad. Comuna La Florida, Región Metropolitana, Chile. Año 2012

Lugar	Índice de severidad	Tasa de accidentabilidad		Tasa Mortalidad		Tasa Morbilidad	
		100.000 habitantes	10.000 vehículos	100.000 habitantes	10.000 vehículos	100.000 habitantes	10.000 vehículos
Chile	2,46	355,07	155,49	8,76	3,83	305,84	133,94
Región Metropolitana	1,6	331,64	143,28	5,31	2,29	220,23	95,15
Comuna La Florida	0,88	217,42	138,4	2,01	1,22	110,94	67,52

Fuente: Información estadística de accidentes de tránsito en Comunas, Distritos, Circunscripciones y Regiones de Chile. CONASET

En general, La Florida tiene el índice de severidad, tasa de accidentabilidad, tasa de mortalidad y morbilidad, menor que la Región y País. No obstante, ocupa el 6to lugar por índice de severidad dentro del Ranking de la Región Metropolitana en el 2012.

Gráfico N° 8: Puntos Críticos de Accidentes de Tránsito. Comuna de La Florida, año 2013.



Fuente: CONASET

En este gráfico del 2013, se observa que la Comuna tiene las siguientes intersecciones como puntos críticos por accidentes de tránsito: Américo Vespucio con Vicuña Mackenna, Departamental con Américo Vespucio, Walker Martínez con Avda. La Florida, San José de La Estrella con Vicuña Mackenna, Trinidad con Vicuña Mackenna, Enrique olivares con Vicuña Mackenna, Vicente Valdés con Vicuña Mackenna y Avda. Tobalaba con Departamental.

2. Diagnóstico Participativo

Desde 1995, el ministerio de salud ha impulsado la creación de instancias de participación social en los establecimientos de salud, entendida como una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático y para el logro del bienestar e integración social. Una de las estrategias realizadas para recoger las opiniones e intereses en salud es el diagnostico participativo, este es instrumento empleado para recoger información respecto a la realidad de una comunidad y los problemas que les afectan, los recursos con los que cuentan para enfrentarlos y las potencialidades propias de la comunidad que pueden ser aprovechadas en beneficio de todos; lo cual, permite identificar, ordenar y jerarquizar los problemas de salud de la comunidad.

“El diagnóstico participativo de la situación de salud, es el proceso que permite identificar y explicar que elementos de una realidad social generan problemas e inequidades en salud a una población determinada, sea esta un territorio o localidad acotada (…) o la comuna en general. Es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los actores o instituciones de un territorio (…). Permite obtener información útil, para visualizar las áreas de mayor interés de la población y observar las responsabilidades en la situación diagnosticada” (MINSAL 2008).

En el año 2015 se dicta la Norma N° 31 de participación ciudadana en la gestión pública de salud, en concordancia con la agenda pro Participación Ciudadana 2014-2018. Esta Norma sectorial reformula y define el marco de participación ciudadana en la gestión pública de salud, que busca asegurar, de manera más amplia, el ejercicio de derechos ciudadanos y el fortalecimiento de mecanismos de participación social.

Se destaca la importancia de realizar un diagnóstico participativo con la comunidad, debido a que mientras analizan las temáticas de discusión, de alguna manera sistemática, van comprendiendo mejor la situación, identificando los problemas y obstáculos que impiden el desarrollo y determinando las prioridades para las posibles soluciones.

Metodológicamente los procesos ejecutivos del desarrollo de los diagnósticos se centran en utilizar metodologías participativas tales como el árbol de problemas, dinámicas grupales y análisis colectivo para la identificación y priorización de problemas. Posterior a esta técnica se promueven propuestas y estrategias que aborden los problemas anteriormente priorizados.

Los diagnósticos que se presentan a continuación, fueron realizados en cada uno de los CESFAM de la Comuna. Considerando que cada uno de los Centros de Salud Familiar cuenta con sectorización, se establece metodológicamente el trabajo por sector (unidad vecinal) el cual pretende dar cuenta de la realidad local de cada territorio. El desarrollo de este mecanismo se funda en el Modelo de Salud Familiar y en los determinantes de Salud, esta última son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan". Circunstancias que son el resultado de la distribución de los ingresos, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por gobiernos y sus naciones. Los Determinantes Sociales de la Salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. (OMS, 2008).
"Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, a su vez serían los responsables del 50% de las causas de las enfermedades, donde es posible citar algunos como por ejemplo: envejecimiento de la población, bajos niveles de participación ciudadana, introducción de nuevas tecnologías, cronicidad de las enfermedades asociadas a la vejez, reducción de la natalidad, etc.. Lo anterior como propio del desarrollo humano, ahora bien, los entornos de los barrios, el uso o no uso de los espacios públicos, los tipos de vivienda, trabajo, estudio, uso de los transportes públicos, tiempo destinado a las actividades recreativas, el estado de las calles y veredas, los animales domésticos, vagos y plagas, también forman parte de las condiciones en cómo vive una comunidad y que formar parte de las necesidades de la población. Estos condicionantes no deberían ser ignorados para desarrollar estrategias de salud coherentes y con sentido para quienes viven en determinadas circunstancias". (Sandoval, Hernán: Comentario "Salud o Medicina"2016)

En este sentido, los diagnósticos participativos que se presentan a continuación han sido elaborados por los equipos de salud de cada CESFAM con participación ciudadana. En ellos se plasman necesidades de resolución inmediata (donde cada establecimiento ha generado planes de trabajo y mejoras) y otras que han sido derivadas a las entidades competentes de solucionar, como por ejemplo los departamentos de higiene ambiental y DIDECO del Municipio.

Conforme con las directrices entregadas desde el Departamento de Participación Social del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, este instrumento se aplica cada 2 años calendario, periodo en el cual se debe ejecutar el plan de acción para intervenir en los problemas priorizados.

Resumen de los elementos obtenidos de los diagnósticos Participativos realizados por los centros de salud familiar, durante los años 2015, 2016 y 2017.

Tabla N° 26 : Resultados de Diagnósticos Participativos, por CESFAM. Realizados durante los años 2015, 2016 Y 2017.

CESFAM BELLAVISTA 2015	
Sector	**Problemas Identificados**
Cordillera	Obesidad y normas de crianza.
	Acceso y consumo de drogas en el sector (adolescentes)
	Adultos no asisten a control
	Adulto no se realizan exámenes preventivos.
	Acceso del adulto mayor al CESFAM o Hospital La Florida
Valle	Obesidad en los niños y niñas.
	Falta de educación sexual en adolescentes
	Falta de horas médicas para los adultos (morbilidad).
	Abandono y soledad del adulto mayor.
Mar	Ausencia de espacios amigables y saludables para niños, jóvenes y adultos mayores.
	Dificultad de acceso al CESFAM
	No se cuenta con traslado.
	Lenguaje poco amigable por parte de los funcionarios.
	Falta de información respecto a las redes que están activas.
	Falta de educación en habilidades parentales.
Las Lomas	Apego y lactancia materna
	Falta de estimulación
	Límites
	Obesidad infantil y sedentarismo
	Alcohol, drogas y sexualidad
	Contaminación por métodos de calefacción (leña)
	Mala comunicación con padres
	Falta de valores
	Falta de educación sexual
	Manejo de redes sociales
	Desinformación
	Estigmatización al servicio público
	Problemas con Call Center
	Problemas con el traslado
	Salud Dental

	Entrega de exámenes
	Falta de cupos para morbilidad
	Desconocimiento de los programas de salud
	Falta de comunicación con CDL
CESFAM JOSÉ ALVO 2016	
Sector	**Problemas Identificados**
Verde	Pautas de Crianza y mal manejo con hijos por parte de los padres
	Ausencia de recursos comunitarios en el territorio
	Consumo de Alcohol y Drogas
	Embarazo adolescente
	Demora de las horas de especialidades de Hospital La Florida
	Dificultad de traslado, principalmente para adultos mayores
	Falta de preferencia de Atención de Adultos mayores
	Ausencia de redes sociales para el Adulto mayor
Azul	Sedentarismos
	Mal Nutrición
	Maltrato o Bullying en el colegio
	Depresión y Trastornos emocionales
	Embarazo adolescente
	Consumo de Alcohol y Drogas
	Ausencia de recursos comunitarios en el territorio
	Falta de continuidad de atención por un profesional
	Demora de las horas de especialidades de Hospital La Florida
	Dificultad de traslado, principalmente para adultos mayores
	Falta de preferencia de Atención de Adultos mayores
	Ausencia de salas cunas y jardines infantiles en el territorio
Rojo	Falta de oferta de talleres y atenciones para niños y niñas
	Información lenta y de difícil acceso
	Dificultad para acceder a horas
	Falta de áreas verdes y recreativas infantiles
	Falta de horas de especialidades
	Obesidad
	Drogas y Alcohol
	Falta de educación sexual
	Caries y problemas dentales
	Dificultad en el acceso a horas de atención

	Falta de Información
	Dificultad en el acceso a CESFAM
	Trato
	Ausencia de oferta de actividades para los adultos mayores
	No hay atención preferencial
	Falta de resolutividad de horas de especialidad
CESFAM LOS QUILLAYES 2015	
Sector	**Problemas Identificados**
Tierra	Falta protocolos de indicación de reposo en enfermedades infectocontagiosas
	Inasistencia a los controles de niño sano
	Baja difusión de talleres y actividades
	Obesidad infantil
	Falta de actividades al aire libre, en la comunidad, carnaval infantil
	Consumo Drogas
	Falta de interés de los padres
	Falta de utilización de espacios de recreación
	Desinformación de actividades y funcionamiento del CESFAM
	Poca educación en relación a patologías
	Falta de horas e inasistencias
	Falta de horas médicas
	Falta de horas podología para personas no diabéticas
	Falta de difusión y promoción de talleres
	Falta de horas dentales
Cielo	Solicitud de hora médica en la mañana por inseguridad del sector
	Falta de red de apoyo
	Falta de educación en actividades saludables
	Falta de educación sobre patologías
	Falta de información sobre el funcionamiento de los programas
	Dar horas de morbilidad durante todo el día
Sol	Maltrato de padres a hijos
	Trato al usuario en CESFAM
	Limpieza en el CESFAM
	Alimentación “comida chatarra”
	Espacios para niños en el CESFAM
	Falta de higiene corporal

	Agresividad infantil (déficit atencional)
	Enfermedades respiratorias (conducta o cuidados de los padres)
	Pediculosis
	Alimentación no saludable (obesidad)
	Caries dentales
	Madres adolescentes
	Drogadicción
	Falta de fuentes laborales
	Deserción escolar
	Escolaridad incompleta
	Drogadicción (PBC)
	Hipertensión arterial
	Diabetes Mellitus
	Delincuencia
	Falta de horas médicas
	Falta atención podológica para usuarios no diabéticos
	Falta difusión programas y talleres del CESFAM
	Dental
	Poco tiempo de atención en consulta
	Artralgia
	Poca hora cardiovascular
	Poca variedad de medicamento
	Poco tiempo de atención en consulta
	Enfermedades musculoesqueléticas
	Depresión
	Sobrepeso/ obesidad
	Desconocimiento de preparación alimentos de adulto mayor
CESFAM LOS CASTAÑOS 2017	
Sector	**Problemas Identificados**
Estrella	Consumo de Alcohol y Drogas
	Poca resolutividad de Oftalmología
	Acceso a horas dentales.
Sol	Obesidad
	Desconocimiento Programa Chile Crece Contigo
	Depresión
	Violencia

	Embarazo Adolescente
	Consumo de Alcohol y drogas
	Acceso a horas del CESFAM
	Atención poco preferente para el Adulto Mayor.
Luna	Obesidad
	Conducta Sexual de Riesgo en Jóvenes
	Violencia Social, insatisfacción social, falta de comunicación y estrés
	Hipertensión y diabetes
	Poca coordinación de servicios de salud (acceso, atención y tratamiento) generando una atención insatisfactoria
Lucero	Obesidad y sobrepeso
	Mala higiene
	Consumo de drogas
	Enfermedades cardiovasculares
	Crisis de angustia
	Problemas de memoria
	Mala administración de fármacos
CESFAM MAFFIOLETTI 2015	
Sector	**Problemas Identificados**
Primavera	Falta de sala especial de amamantamiento
	Falta de controles médicos en todas las etapas del ciclo vital en especial infantil.
	Falta de horas de control sano en horario de extensión y sábados
	Solicitud de Talleres para adultos y adultos mayores
	Falta de sala de rehabilitación para adultos y adultos mayores.
	Falta de número telefónico para agendar horas dental.
	Se visualiza quiosco de alimentos poco saludables.
	Falta de vehículo o ambulancia para traslado de pacientes a centro de salud.
Otoño	Dificultades para la comunicación con los usuarios para cambio de horas.
	Largos tiempos de Espera para atenciones.
	Latencia en las Interconsultas.
	Error en registro de llegada
	Mejorar Higiene y Funcionamiento de baños
	Dificultades con la claridad de la letra en indicaciones de carnet de control.
	Largos tiempos de espera en farmacia
	Falta de acercamiento del Profesional a la comunidad
	Dificultad para solicitar horas a dental, no contestan el teléfono de línea 800
Verano	Continuidad en la atención de la niñez a la adolescencia en cuanto a malnutrición por exceso y posibles trastornos psicológicos

	Falta de información sobre los programas y talleres del CESFAM
	No concuerdan los horarios de controles de salud general y odontólogo, con los horarios libres de padres que trabajan.
	Falta de recurso sillones dentales para satisfacer demanda de la población
	Consumo de drogas, venta en colegios.
	Bullying
	Falta de cuidados, tiempo de los padres.
	Falta de herramientas de crianzas.
	Problemas de tiempo para asistir a controles por motivos laborales.
	Problemas de tiempo de espera de la atención en salud
	Falta de educación a la comunidad en temas de salud
	Falta de participación de adulto en talleres
	Falta accesibilidad
	Desconocimiento de usuarios en patologías GES
	Déficit ambulancia para rescate de pacientes cuando se necesitan en las cercanías del CESFAM.
	Falta de medicamentos de pacientes sin red de apoyo cuando ingresan a Clínica Familia
	Falta capacitación uso de extintores a funcionarios del CESFAM
	Desconocimiento de usuarios en trámites para obtener pensión Talleres
CESFAM TRINIDAD 2016	
Sector	**Problemas Identificados**
Verde	Falta Realizar Talleres o actividades para adultos mayores en Junta de vecinos
	Falta de empatía de los funcionarios de primera línea hacia la tercera edad
	No contar con odontólogos exclusivos para la atención de tercera edad
	Falta de difusión de talleres de gimnasia en CESFAM
	Infraestructura deficiente a la entrada
Azul	Falta vinculación entre SENAMA y CESFAM
	Falta vinculación entre Municipalidad y la comunidad
	Falta de recursos económicos en Municipalidad para apoyo social para problemáticas de salud
	Falta de control de acceso a baños del CESFAM
	Falta de control en la inscripción de usuarios de otras comunas al CESFAM
	Bajo sentimiento de partencia de los usuarios con el CESFAM
	Micro tráfico en la comunidad
	Extensas jornadas laborales de los usuarios para el acceso a exámenes preventivos
	Falta de interés y participación ciudadana

	Usuarios de la hospedería Noche Digna
	Poca resolutividad y tiempos de espera en atención secundaria
Rojo	Insuficiente importancia de buscar nuevas estrategias para adolescentes
	Falta de actividades infantiles en espacios comunitarios
	Falta de talleres para padres y apoderados en temas de salud
	Falta mayor promoción de temas de salud, en material impreso
	No existencia toma de toma de exámenes los días sábado
	No se entrega más de una hora medica por llamado
	Falta de representantes de la comunidad en CESFAM
	Franja territorial no cuenta con juntas de vecinos
	Existencia de pocas instituciones para el trabajo en red

CESFAM VILLA O´HIGGINS 2016	
Sector	**Problemas Identificados**
Tai	Maltrato y abandono de adultos mayores
	Plazas usadas por alcohólicos
	Inundación de calles
Henua	Consumo de drogas
	Tenencia irresponsable de perros callejeros
	Maltrato y abandono de adultos mayores
	Inundación de calles
	Basurales
	Falta de seguridad en pasarela del metro

CESFAM LA FLORIDA 2017	
Sector	**Problemas Identificados**
Rojo	Poca planificación en la crianza
	Obesidad.
	Faltan instancias de actividad física preadolescente.
	Aumento de patologías crónicas
	Aumento de niños con diagnósticos de síndromes de déficit atencional e hiperactividad
	Consulta tardía de población inmigrante.
	Drogadicción y alcoholismo
	Violencia en las calles
	Hacinamiento
	Dificultad de incorporación a servicios de población migrante

	Soledad y Abandono de los adultos mayores
	Por rotación: desamparo, confusión e inseguridad.
	Aumento de patologías de salud mental, inseguridad, falta de confianza
	Aumento de ITS
	Aumento de 2do Embarazo adolescente
	Deserción escolar, bajo rendimiento académico
Azul	Deserción escolar, bajo rendimiento académico
	Aumento de patologías de salud mental, inseguridad, falta de confianza.
	Aumento de ITS
	Aumento de 2do Embarazo adolescente.
Verde	Aumento de patologías de salud mental, soledad, apoyo emocional.
	Tiempos extendidos sin adulto responsable en el hogar.
	Acciones de promoción y prevención descontextualizadas y poco atractivas.
	Adolescentes parentalilzados
CESFAM SANTA AMALIA 2016	
Factores de Riesgo	
Sector Verde	Falta de información y desconocimiento del trabajo y funcionamiento del CESFAM.
	Déficit en distintos temas relacionados con la salud y el autocuidado.
	Mejorar el trato interpersonal entre usuarios y funcionarios.
	Necesidad de más trabajo con la comunidad
	Desmotivación por parte de los usuarios para informarse sobre los temas de salud y funcionamiento del CESFAM.
	Déficit de información asociada a la salud ambiental.
	Solución de dificultades administrativas como el cambio de hora sin previo aviso por ausencia de profesional.
	Rendimientos insuficientes para realizar atenciones de salud más integrales
	Inseguridad en los alrededores del CESFAM
	Venta de alimentos poco saludables en el entorno del CESFAM
	Horario de cierre de SAPU no siempre se cumple

	Consumo de Alcohol y drogas
	Animales Vagos, tenencia irresponsable de perros y gatos, plagas de palomas
	Existencia de Locales de venta de sustancias adictivas clandestinos
	Veredas con desniveles, por crecimiento de raíces de árboles antiguos, que constituyen riesgo de caídas.
	Locomoción no es suficiente desde todos los lugares del sector verde para trasladarse de manera expedita.
Sector Azul	Presencia de animales vagos, con riesgo de ataques a personas y foco de contaminación porque eliminan desechos en las llaves.
	Mal estado de vías y veredas para el tránsito de peatones
	Adultos mayores viviendo solos con necesidades de salud
	canchas y entornos no acondicionados para el autocuidado
	Usuarios residentes en la unidad 18 del sector azul carentes de impacto de actividades preventivas y de promoción de la salud
	Falta de directivas de juntas de vecinos vigentes que conduzcan la organización vecinal
	Desmotivación de las personas de participar socialmente.
	Trato al usuario no adecuado
	Escasa coordinación entre redes de apoyo social de la comuna.

Fuente: Unidad Técnica COMUDEF

Determinantes Sociales de la Salud

Esta lista de problemas fueron priorizados y extraídos de los Diagnósticos Participativos recientemente presentados, y definido como factores determinantes de la salud en la comuna de La Florida. Si bien estos problemas no están asociados a enfermedades, cada uno de ellos afecta directamente en la salud y la condición de vida de los habitantes de nuestra comuna. Es importante considerar que la Salud Pública tiene como intención articular las Redes existentes tanto a nivel comunitario como Institucionales, que se generen estrategias para su abordaje, no necesariamente desde los dispositivos de Salud, sino de la articulación de la Redes disponibles en un territorio, los cuales pueden ayudar a mejorar los estilos de vida de sus habitantes.

Problemas:

- Delincuencia
- Inseguridad Ciudadana
- Deserción Escolar
- Escolaridad incompleta
- Horarios de Trabajos (población general)
- Uso de Espacios Públicos
- Contaminación
- Acceso a matriculas de Jardines Infantiles
- Problemas con el traslado
- Falta de áreas verdes y recreativas infantiles
- Falta de fuentes laborales
- Violencia Social, insatisfacción social, falta de comunicación
- Bullying
- Inundación de calles
- Déficit de información asociada a la salud ambiental.
- Tenencia irresponsable de perros, gatos, animales vagos
- Falta manejo de plagas (palomas)
- Existencia de Locales clandestinos
- Problemas con las veredas

COMUDEF

EVALUACION

1. Salud Familiar

El Sistema de Salud chileno está definido como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.
El Modelo de Atención Integral de Salud se define como: "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"

Este modelo es de carácter familiar y comunitario y entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado.
En la comuna de La Florida, el desarrollo del Modelo de Salud Familiar tiene una larga historia. El CESFAM Los Castaños fue uno de los primeros Centros de Salud Familiar certificados del país, a fines de los años 90. Por otro lado, el CESFAM Villa O´Higgins trabajó, desde inicios de la década pasada y por muchos años, en conjunto con la Universidad Católica de Chile, en el Programa de Familia (PRODEFA).

Esta larga experiencia, junto con el constante desarrollo y desafío de los equipos clínicos y gestores de los Centros de Salud, llevó a la comuna de La Florida a obtener la certificación de Centros de Salud Familiar de Nivel Superior, de todos sus Centros, en el año 2013.

Tabla N° 27: Certificación De Centros De Salud Familiar De Nivel Superior

	CERTIFICACIÓN				
CESFAM	**2010**	**2013**	**2014**	**2015**	**2017**
Los Castaños	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Bellavista	Desarrollo Medio	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Villa O'Higgins	Desarrollo Medio-Superior	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Maffioletti	Desarrollo Medio	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Los Quillayes	Desarrollo Medio	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Santa Amalia	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
Trinidad	Desarrollo Medio-Superior	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM

La Florida	Desarrollo Medio-Superior	Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM
José Alvo		Desarrollo Superior	Desarrollo Superior	CESFAM	CESFAM

Fuente: Unidad Técnica

Durante el año 2015, el Ministerio de Salud, publicó la Orientación Técnica del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), modificando y actualizando, de esta forma, el proceso y el instrumento utilizado hasta el año 2014, para la certificación CESFAM, poniendo énfasis en los principios del Modelo de Salud Familiar, tales como la Integralidad de la Atención, la Continuidad de los cuidados y los procesos de atención clínica centrado en las personas. De este modo, el Ministerio intenciona nuevos desafíos en el desarrollo y consolidación del Modelo de Salud Familiar en Atención Primaria.

1.1. Certificación CESFAM 2015 y 2017

Los CESFAM de la comuna han tenido dos procesos de certificación bajo la pauta del Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria (MAIS), durante los años 2015 y 2017.

La pauta de certificación contempla los siguientes ejes temáticos, con sus principios y respectivas ponderaciones.

Tabla N° 28: Pauta de Ponderaciones para Certificación.

EJES	PRINCIPIOS			PUNTAJE POR EJE	Porcentaje del EJE con respecto al puntaje total
	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	CENTRADO EN LAS PERSONAS		
TOTAL EJE PROMOCIÓN	14			14	18,67 %
TOTAL EJE PREVENCIÓN	4	3	7	14	18,67 %
TOTAL EJE ENFOQUE FAMILIAR	2	2	2	6	8,00 %
TOTAL EJE CALIDAD	4	2	2	8	10,67 %
TOTAL EJE INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD	1	3	1	5	6,67 %
TOTAL EJE CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA	2	1	4	7	9,33 %
TOTAL EJE TECNOLOGIA	3	1	2	6	8,00 %
TOTAL EJE PARTICIPACIÓN	4	1	1	6	8,00 %
TOTAL EJE DESARROLLO DE LAS PERSONAS	9			9	12,00 %
PUNTAJE MÁXIMO DE LA PAUTA	**20**	**13**	**19**	**75**	**100%**

Pauta MAIS, MINSAL 2015

El proceso de certificación CESFAM 2015, se inició con la auto aplicación del instrumento de evaluación por parte de cada establecimiento. Esto permitió que los equipos identificaran sus logros y sistematizaran la información, visibilizando sus brechas con el propósito de generar planes de mejora para trabajar en disminuir o eliminar estas brechas identificadas

La segunda etapa, comprendió la evaluación en terreno por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. En esta evaluación, los Referentes del Servicio de Salud, aplicaron la pauta y evaluaron los medios verificadores presentados por cada Centro de Salud. . Este proceso se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2015.

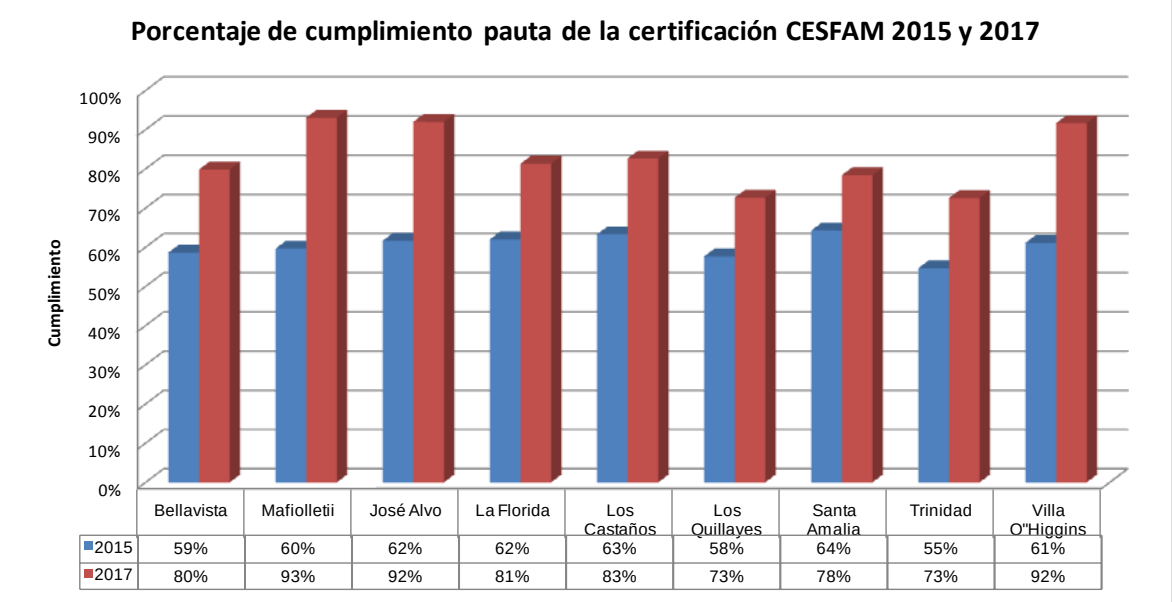
Durante el Segundo semestre del año 2015, los equipos gestores de los Centros de Salud Familiar, comenzaron a desarrollar sus planes de mejora 2015-2016. Durante el año 2016, estos planes de mejora, fueron ejecutados, al menos en un 70%, por todos los Centros de Salud.

La aplicación de estos planes de mejora se ve fuertemente reflejada en el proceso de certificación CESFAM 2017, donde los resultados obtenidos superan ampliamente a lo registrado durante la evaluación del año 2015.

La metodología para el proceso de certificación CESFAM 2017 fue la misma, realizando en primera instancia una autoevaluación por parte de cada establecimiento entre los meses de Abril y Mayo. Luego, durante los meses de Junio y Julio del mismo año representantes del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente realizaron la evaluación en terreno de cada Centro de Salud, aplicando la pauta y solicitando los medios verificadores según el ámbito.

Los resultados alcanzados por los Centros de Salud Familiar de la Comuna de la Florida en ambos procesos, se describen en gráfico N° 9.

Gráfico N° 9: Cumplimiento de Pauta de Certificación CESFAM 2015 y 2017



	Bellavista	Mafiolletii	José Alvo	La Florida	Los Castaños	Los Quillayes	Santa Amalia	Trinidad	Villa O"Higgins
2015	59%	60%	62%	62%	63%	58%	64%	55%	61%
2017	80%	93%	92%	81%	83%	73%	78%	73%	92%

Fuente: Unidad Técnica con datos extraídos de Plataforma MINSAL de registro del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

El promedio comunal obtenido el 2017 fue de 82,7%, un incremento importante en comparación con el promedio obtenido el año 2015, que corresponde a un 60,37%. Cabe destacar que todos los Centros superaron el porcentaje mínimo requerido en la pauta MAIS para obtener la certificación CESFAM, manteniendo de esta forma, el estatus de reconocimiento de Centro de Salud Familiar, destacando la Comuna de La Florida, en la red de Salud Sur Oriente.

1.2. Programa de Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la Salud

El programa de buenas práctica está fundado en entregar "apoyo a buenas prácticas de promoción de la salud en el modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria en la atención primaria" "permitirá validar y difundir estrategias innovadoras en temas prioritarios de salud", "potenciando la consolidación del Modelo de Atención integral de salud, la valoración y posicionamiento del trabajo que realizan los equipos de salud en atención primaria" (Bases de Convocatoria: Programa de apoyo a Buenas Practicas de Promoción de la Salud en el Modelo de Atención de Salud Integral y Comunitario en la Atención Primaria)
Desde el año 2015 se ha logrado intencionar y potenciar experiencias exitosas dentro de la Red Sur Oriente y también así en la comuna de La Florida. Durante el año 2017, se desarrolló la tercera Jornada de Buenas Prácticas en APS a nivel comunal, con el propósito de reconocer las prácticas exitosas de cada Centro de Salud Familiar de la comuna.

La tercera versión del Proyecto de Buenas Prácticas, se llevó a cabo con la siguiente metodología:

- 1era. Etapa: enero 2017. Se abren las postulaciones y se envían las bases a todos los CESFAM de la comuna
- 2da. Etapa: febrero 2017. Postulación, en la comuna de La Florida se postulan 14 Buenas Prácticas.
- 3era. Etapa: Marzo 2017. Evaluación de los Proyectos a cargo de la Comisión evaluadora compuesto por; un representante de la entidad administradora, por el Jefe de Atención Primaria del SSMSO, La Referente Técnico del Modelo de Salud Familiar del SSMSO, la Encargada del Programa de Buenas Practicas y un representante de CONFUSAM
- 4ta. Etapa: Selección de 10 Buenas Prácticas a Nivel Comunal.
- 5ta. Etapa: 15 de Junio 2015. Ceremonia de Premiación, presentación de 3 Proyectos de Buenas Practicas Comuna de La Florida

Tabla N° 29: Buenas Prácticas Premiadas.

CESFAM	Práctica presentada
Bellavista	Intervención en Redes Sociales como Medios de Promoción
Bellavista	Yoga Infantil en Pre Escolares.
La Florida	Comunicados hacemos mejor Salud
La Florida	Espera Saludable
La Florida	Taller Yoga Prenatal
Los Quillayes	Fortalecimiento en el uso de Plantas Medicinales
Los Quillayes	Atención niños, niñas necesidades especiales
Los Quillayes	Taller de Cocina

Santa Amalia	Taller Psicoeducativo de Salud Mental
Trinidad	Grupo de Autoayuda Construyendo Salud Mental

Fuente: Unidad Técnica COMUDEF

COMUDEF

EVALUACION DE PRINCIPALES ACTIVIDADES POR CICLO VITAL

SALUD EN LA INFANCIA

Las prestaciones y actividades de salud para los niños y niñas son actividades dirigidas a promover su salud en forma integral y detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. A través de la supervisión de salud integral, se espera además acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil y sus familias. En este contexto reconocemos la importancia de identificar a las familias con algún tipo de vulnerabilidad psicosocial, para apoyarlas y ayudarlas, vinculándolas con la cadena de servicios existentes tanto en la red asistencial de salud como en las redes comunales.

Este es un proceso continuo, que comienza al ingreso al centro de salud antes de los 10 días de vida, y sigue durante su crecimiento y desarrollo a lo largo de su niñez.

1. Características de la Población

La comuna, al año 2017 cuenta con 34.260 niños inscritos validados en alguno de los 9 CESFAM, lo que corresponde al 11,8% de todos los inscritos en la comuna.

Revisaremos las Poblaciones Bajo Control (PBC) de los diferentes CESFAM, entendiéndose esto, de una manera sencilla, como los niños inscritos en el CESFAM que realmente se mantiene bajo controles periódicos. El total del PBC de la comuna es de 29.720 niños y niñas. En consecuencia, el 86,7% de los niños y niñas inscritos en los CESFAM se mantiene con su controles de salud vigentes.

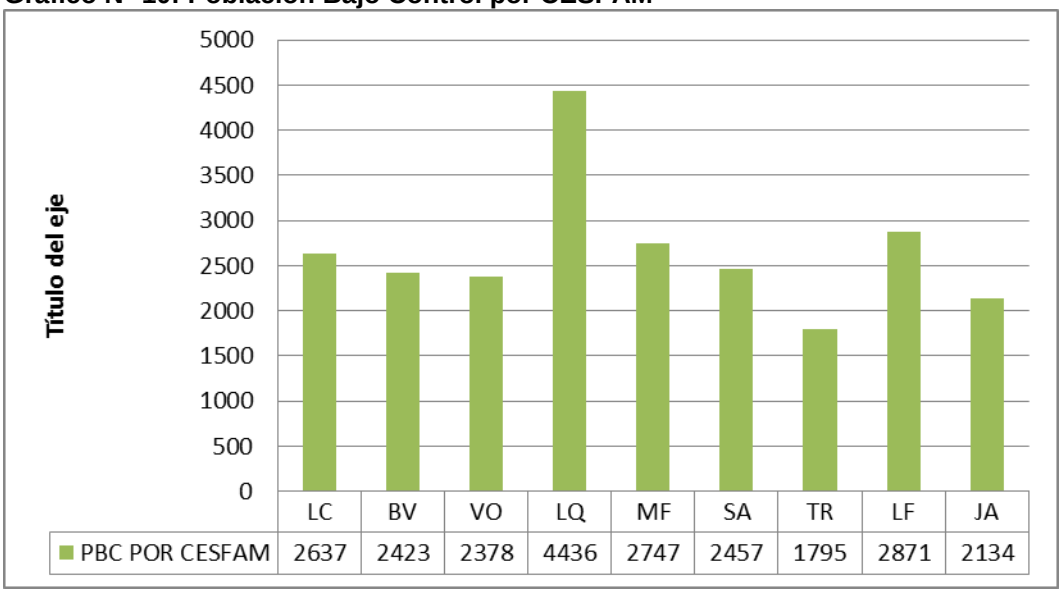
Tabla N° 30: Población Bajo Control por CESFAM y grupo Etario.

CESFAM	Menores de 6 meses	Menores de 12 meses	Menores de 6 años	De 6 a 9 años	TOTAL
LC	111	268	1514	1123	3016
BV	151	302	1475	948	2876
VO	165	311	1574	804	2854
LQ	231	501	2701	1735	5168
MF	190	378	1775	972	3315
SA	177	421	1866	591	3055
TR	128	250	1248	547	2173
LF	731	1120	2067	804	4722
JA	138	269	1462	672	2541

Fuente: DEIS.

El CESFAM que cuenta con mayor PBC es el CESFAM Los Quillayes, con 5.168 menores de 10 años en control, seguidos por La Florida y Maffioletti (con 4.722 y 3.315 respectivamente). Lo que se evidencia en el Gráfico N° 10.

Gráfico N° 10: Población Bajo Control por CESFAM



Fuente: Serie P. Junio 2017

Tabla N° 31: Progresión de la Población Bajo Control del Programa Infantil del 2015 al 2016.

	Bellavista	Los Castaños	Los Quillayes	Maffioletti	Villa O'Higgins	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	José Alvo	TOTAL
PBC Año 2017	2423	2637	4436	2747	2378	2457	1795	2871	2134	23878
PBC Año 2016	2262	2247	4438	2423	2574	2247	1676	2339	1849	22055
Variación Anual PBC	161	390	-2	324	-196	210	119	532	285	1823
Niños(as) inscritos 2017	3219	2845	5777	3736	3747	4799	3208	3676	3253	34260
Niños(as) inscritos 2016	3567	2981	5770	3850	3772	5331	3175	3703	3304	35453
Variación Anual Inscritos	-348	-136	7	-114	-25	-532	33	-27	-51	-1193
% de los inscritos en PBC (2017)	75,3%	92,7%	76,8%	73,5%	63,5%	51,2%	56,0%	78,1%	65,6%	69,7%
% de los inscritos en PBC (2016)	63,0%	75,0%	77,0%	63,0%	68,0%	42,0%	53,0%	63,0%	56,0%	62,0%
Variación Anual cobertura	12,3%	17,7%	-0,2%	10,5%	-4,5%	9,2%	3,0%	15,1%	9,6%	7,7%
% niños inscritos	9%	8%	17%	11%	11%	14%	9%	11%	9%	

v/s total inscritos										

En esta tabla podemos evaluar algunos datos interesantes en relación a la progresión de la población infantil en los CESFAM, considerando los niños inscritos, aquellos que se encuentran en la PBC y su relación. Con respecto a los inscritos, podemos ver que la tendencia a nivel comunal ha sido a la disminución, siguiendo la progresión de los últimos años en general en relación a los inscritos de todas las edades, solo presentan aumento en los inscritos los CESFAM Los Quillayes y Trinidad. La disminución total de inscritos en población infantil a nivel comunal es de 1193. En este dato hay que considerar además el factor de envejecimiento de la población, con una reducción en la natalidad y en consecuencia una disminución en el ingreso de "nuevos niños", los que por otro lado, al crecer, dejan de ser considerados en este grupo etareo.
En relación a la PBC, se ve que en la gran mayoría de los centros han mejorado en comparación al año 2016, destacando el caso de Los Castaños, donde el 92% de los niños inscritos se encuentran bajo control, con la mayor cobertura de la comuna. Por otro lado destacan los aumentos de cobertura del mismo Los Castaños, además de la Florida y Bellavista. Solo bajaron su cobertura Villa O´Higgins y Los Quillayes.
En tercer lugar se evalúa la población infantil por CESFAM en relación a toda la población de la comuna, dato que está directamente relacionado con el número de inscritos. Es así como vemos que el centro que tiene más inscritos, Los Quillayes, atiende al 17% de la población infantil de la comuna.

2. Morbilidad

Durante el año 2015, se realizaron en la comuna, un total de 345.096 consultas de morbilidad, de las cuales 63.028 son de menores de 10 años, lo que corresponde al 5,47% del total. En el año 2016 las morbilidades en general fueron 352.106, aumentando en 7.010 atenciones anuales (un 2% de aumento). De estas, 63.069 fueron realizadas a la población infantil, lo que corresponde a un 5,58% del total, manteniendo casi sin variaciones el porcentaje del año 2015.

Si recordamos los datos poblaciones que revisamos al inicio de esta sección, la población menor de 10 años inscrita en los CESFAM de la Comuna es de 34.260 niños y niñas, lo que corresponde al 11,8% del total de los inscritos. Sin mayores cambios a los visto el año 2015.

Un dato relevante a la hora de evaluar la concentración de consultas de morbilidad en una población es la tasa de consulta de morbilidad. A nivel comunal, el promedio alcanza 1.84, lo que significa que en nuestra comuna, cada uno de los inscritos recibió al menos una consulta de morbilidad durante el año 2016, en promedio. Obviamente este es un indicador, y puede que algunos niños hayan recibido múltiples atenciones mientras otros no hayan ido a su CESFAM.

Tabla N° 32: Atenciones de Morbilidad Infantil por CESFAM, porcentaje del total de atenciones de morbilidad y tasa específica para la edad, La Florida 2016.

CESFAM	Edad				Inscritos	Tasa de consulta
	TOTAL	< 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años		
Los Castaños	8.418	1.661	4.075	2.682	2.845	2,96
Bellavista	3.915	650	1.869	1.396	3.219	1,22
Villa O´Higgins	8.414	1.316	3.926	3.172	3.747	2,25
Los Quillayes	11.503	2.170	5.522	3.811	5.777	1,99
Maffioletti	5.479	1.208	2.532	1.739	3.736	1,47
Santa Amalia	3.746	812	1.613	1.321	4.799	0,78
Trinidad	7.166	1.461	3.111	2.594	3.208	2,23
La Florida	8.054	1.497	3.496	3.061	3.676	2,19
José Alvo	6.374	1.088	2.998	2.288	3.253	1,96
TOTAL	63.069	11.863	29.142	22.064	34.260	1,84

Fuente: DEIS – MINSAL.

El CESFAM con más atenciones de morbilidad infantil es Los Quillayes, que vimos con anterioridad es el CESFAM que cuenta con mayor población infantil en números totales. A pesar de esto, el Centro que más atenciones ha realizado, en relación a su población inscrita, es Los Castaños, con una tasa de consulta de 2,96, lo que signifique que en promedio, cada uno de sus inscritos recibió casi 3 consultas de morbilidad en el año. Lo siguen por Villa O´Higgins y Trinidad, con tasas de 2,25 y 2,23 respectivamente.
Por otro lado, el centro que presenta una menor tasa de consulta en niños es el CESFAM Santa Amalia, con un 0,6, lo implica, que no todos los niños fueron atendidos, y que aproximadamente el 40% de ellos no se acercó a su CESFAM por hora. Probablemente el sector en el que se

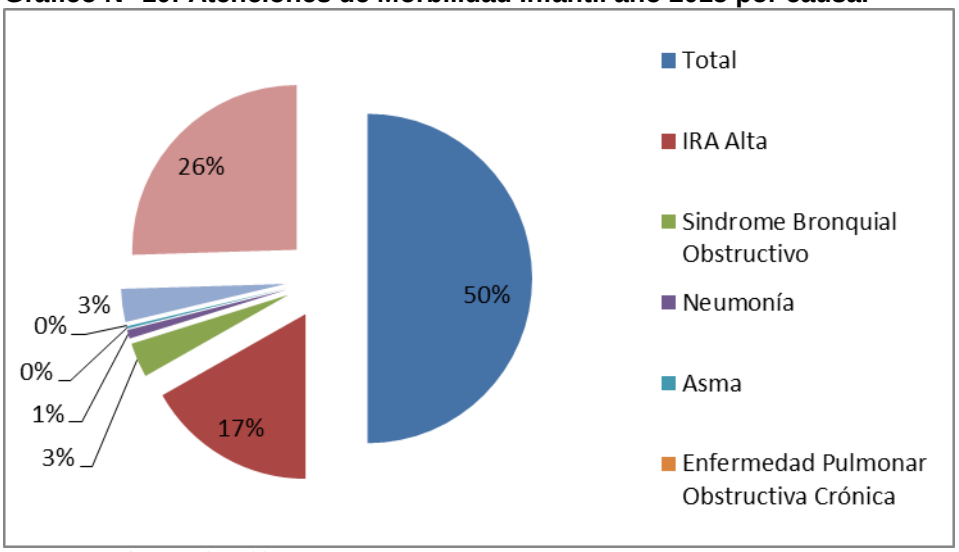
encuentra emplazado este CESFAM podría ser una causa de este indicador, con una población de nivel socioeconómico medio y con mucha oferta de consultas particulares alrededor.

Para evaluar las atenciones, el DEIS del MINSAL, las divide en los siguientes sub grupos:

- IRA Alta
- Síndrome Bronquial Obstructivo
- Neumonía
- Asma
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Otras Respiratorias
- Obstétrica
- Ginecología
- Ginecológica por infertilidad
- Infección Transmisión Sexual
- VIH-SIDA
- Otras Morbilidades

Incluiremos en el análisis solo aquellas que se presentaron en niños y niñas en lo que va corrido de año, que en la práctica significa las enfermedades de origen respiratorio y las calificadas como "Otras Morbilidad".

Gráfico N° 10: Atenciones de Morbilidad Infantil año 2015 por causa.



Fuente: DEIS – MINSAL 2015.

Si bien la gama de diagnóstico que analiza esta fuente de información no es muy amplia, podemos rescatar datos interesantes, como, por ejemplo:
50% de todas las atenciones de morbilidad en niños y niñas es por causa respiratoria, siendo el grupo con mayor peso en la morbilidad infantil.

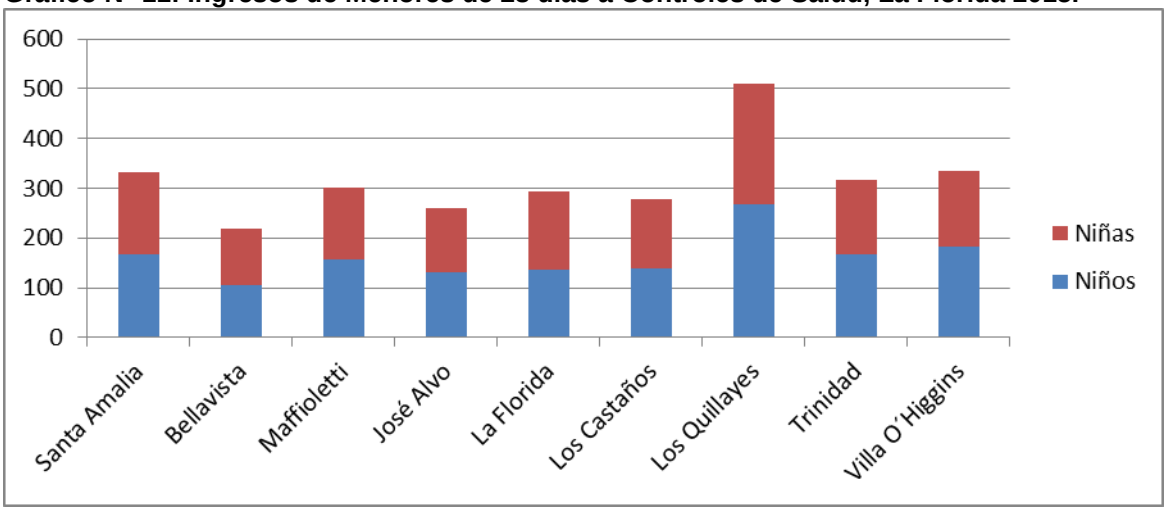
Dentro de la Patología Respiratoria, un 52% corresponde a las denominadas Infecciones Respiratorias Agudas Altas (IRA alta), lo que concentra, resfríos, rinofaringitis, faringitis y laringitis fundamentalmente.
El 50% de las patologías corresponde a "otras morbilidades", lo que incluye cualquier duda que adulto responsable del niño quiera resolver. Del punto de vista de las enfermedades, las enfermedades del tracto digestivo, urinarios y de la piel son frecuentes de ver en la práctica clínica.

El desglose y detalle del análisis de las enfermedades respiratorias se debe a la monitorización que se lleva a nivel ministerial, considerando que son las patologías que aumentan considerablemente en forma estacional, específicamente en invierno. El monitoreo continuo nos permite estimar cuándo comenzará el pick de enfermedades invernales para preparar una respuesta que busque contener este aumento de demanda.

3. Control de Salud: Vigilancia del Crecimiento

El control de salud es una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse durante su crecimiento y desarrollo. Se espera además que a lo largo de los controles de salud los profesionales del CESFAM puedan acompañar y orientar este proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil, y en el caso de las familias con vulnerabilidad psicosocial vincularlas con la cadena de servicios existentes tanto en la red asistencial de salud como en las redes comunales. ("Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales" Chile Crece Contigo, diciembre 2012).

Gráfico N° 11: Ingresos de Menores de 28 días a Controles de Salud, La Florida 2015.



Fuente: REM A05 2016, DEIS-MINSAL

Durante el 2016, se ingresaron 2.844 niños y niñas a los diferentes CESFAM de la comuna, siendo un 49% niñas, muy similar a lo observado el año 2015, donde se ingresaron 2846 menores de 28 días, con 47% de mujeres. El CESFAM que más pacientes ingresó fue Los Quillayes, lo que es consistente con ser el centro que tiene más inscritos y a su vez mayor población infantil.

Tabla N° 33: Controles de Salud por CESFAM y Profesional, La Florida 2016.

Controles de salud por profesional y CESFAM											
Profesional/CESFAM	**LC**	**BV**	**VO**	**LQ**	**MF**	**SA**	**TR**	**LF**	**JA**	**COMUNA**	**SSMSO**
Médico	533	651	675	954	602	637	541	462	513	5.568	17.676
Enfermera/o	3.392	2.332	3.778	6.271	3.414	3.711	3.163	3.687	2.848	32.596	118.782
Matrón/a	0	0	0	0	3	0	0	51	56	110	817
TOTAL	3.925	2.983	4.453	7.225	4.019	4.348	3.704	4.200	3.417	38.274	137.275

Fuente: REM A01 2016, DEIS-MINSAL

Los números totales no permiten sacar muchas conclusiones, pero podemos destacar que:
Los Quillayes es el centro que más controles realiza, lo está directamente relacionado, como lo hemos dicho anteriormente, con ser el centro que mayor población infantil tiene.
Hay un subregistro de las atenciones de diada por matrona, ya que en la mayoría de los CESFAM no están contabilizadas.

Más allá del número total de controles, es relevante evaluar otros indicadores en relación a ellos:

Tabla N° 34: Controles de Salud por Profesional, La Florida 2016.

Profesional	N	% por profesión	% del SSMSO
Médico	5.568	14,5%	31,5%
Enfermera/o	32.596	85,2%	27,4%
Matrón/a	110	0,3%	13,5%
TOTAL	38.274	100,0%	27,9%

Fuente: REM A01 2016, DEIS-MINSAL

Estos datos confirman lo que vemos en el esquema de controles de salud que tiene los centros de salud, donde el profesional predominante es la enfermera, quien concentra el 85% de todos los controles que se realizan en niños.

Tabla N° 35: Tasa de Controles por Profesionales en menores de 1 año, La Florida 2016.

TASA DE CONTROLES EN MENORES DE 1 AÑO							
Controles CESFAM	**PBC < 1 año 2016**	**Médico (2)**		**Enfermera (5)**		**Total (7)**	
		N	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Los Castaños	153	530	3,5	1401	9,2	1931	12,6
Bellavista	182	585	3,2	993	5,5	1578	8,7
Villa O´Higgins	275	671	2,4	1580	5,7	2251	8,2
Los Quillayes	361	954	2,6	2241	6,2	3195	8,9
Maffioletti	278	601	2,2	1428	5,1	2029	7,3
Santa Amalia	249	631	2,5	1544	6,2	2175	8,7

Trinidad	286	541	1,9	1334	4,7	1875	6,6
La Florida	203	461	2,3	1503	7,4	1964	9,7
José Alvo	187	513	2,7	1468	7,9	1981	10,6
TOTAL	2.174	5487	2,5	13492	6,2	18979	8,7

Fuente: REM A01 2016, DEIS-MINSAL

Llaman la atención los datos entregados en el DEIS; puesto que lo programado es que un niño menor de 1 año reciba 7 controles de salud entre médicos y enfermera, pero según estos registros, se estarías haciendo 8,7, lo que implicaría más controles que niños, o que se están haciendo más controles de los que se necesitan, lo que es improbable considerando la inasistencia que suele verse en los CESFAM: Queda el desafía de revisar como se están reportando estos antecedentes, que distan de los obtenidos el 2015, con un promedio comunal de 3,4 controles por niño.

3.1. Evaluación de Presión Arterial

Desde el control de los 4 años de edad se toma la presión arterial, con el fin de detectar precozmente eventuales casos de pre hipertensión o hipertensión arterial contribuyendo a disminuir los riesgos fundamentalmente a futuro, ya que una detección y tratamiento precoz mejora el pronóstico a largo plazo de esos niños y niñas.

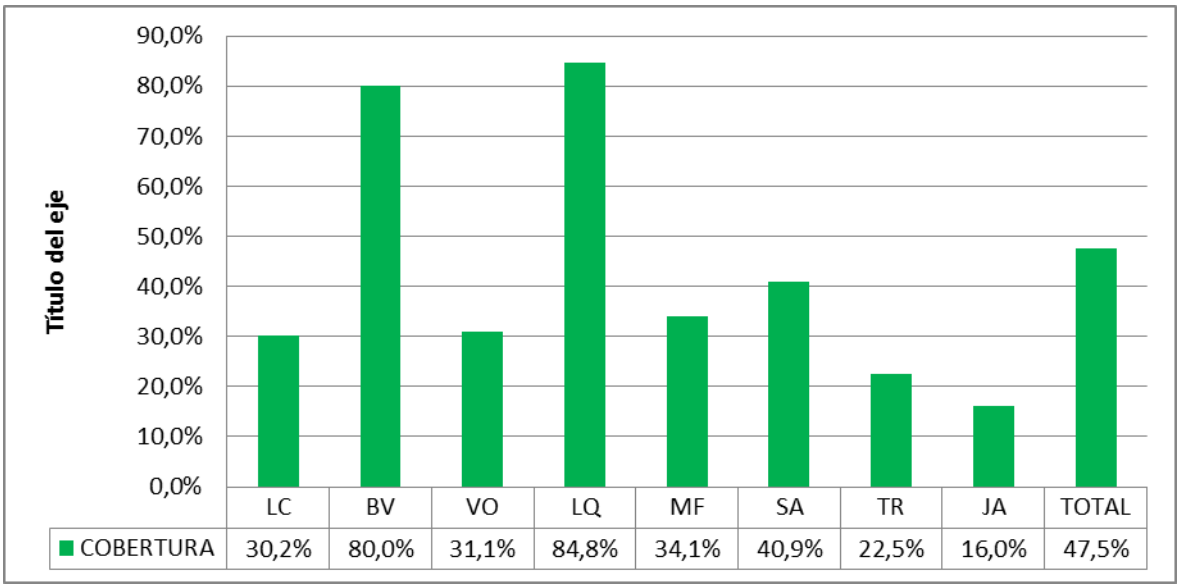
Tabla N° 36: Tomas de Presión Arterial por Diagnóstico año 2016

CLASIFICACIÓN	LC	BV	VO	LQ	MF	SA	TR	JA	TOTAL	%
NORMAL (PA menor al percentil 90)	449	1.216	463	2.278	530	464	204	253	5.857	96,6 %
PRE-HIPERTENSIÓN (PA entre percentil 90 al 95)	7	14	1	79	0	19	13	4	137	2,3%
ETAPA 1 (PA entre percentil 95 al 99)	5	5	0	36	1	12	2	2	63	1,0%
ETAPA 2 (PA mayor al percentil 99)	0	0	0	4	0	5	0	0	9	0,1%

Fuente: Datos extraídos de registros COMUDEF.

Durante el 2016, se hicieron 6.066 tomas de PA de las cuales prácticamente el 97% resultaron con cifras normales según los estándares definidos por el MINSAL. En consecuencia, solo alrededor del 3% de los niños(as) resultaron con alteraciones en su presión arterial, por lo que debieron ser derivados a evaluación médica para definir el estudio a seguir y la eventual derivación a nivel secundario para completar el estudio.

Gráfico N° 12: Cobertura de toma de PA en niños año 2016



	LC	BV	VO	LQ	MF	SA	TR	JA	TOTAL
COBERTURA	30,2%	80,0%	31,1%	84,8%	34,1%	40,9%	22,5%	16,0%	47,5%

Como en otros casos, más allá de la cantidad de tomas de PA, es importante tener una estimación de cuantos de niños que se encuentran en nuestra PBC están siendo evaluados en su presión arterial. En este punto tenemos mucho que avanzar, puesto a nivel comunal, solo 48 de cada 100 niños tienen evaluación de su PA. Por otro lado destacan los casos de los Quillayes y Bellavista, que han desarrollado estrategias para estimular esta medición con muy buenos resultados.

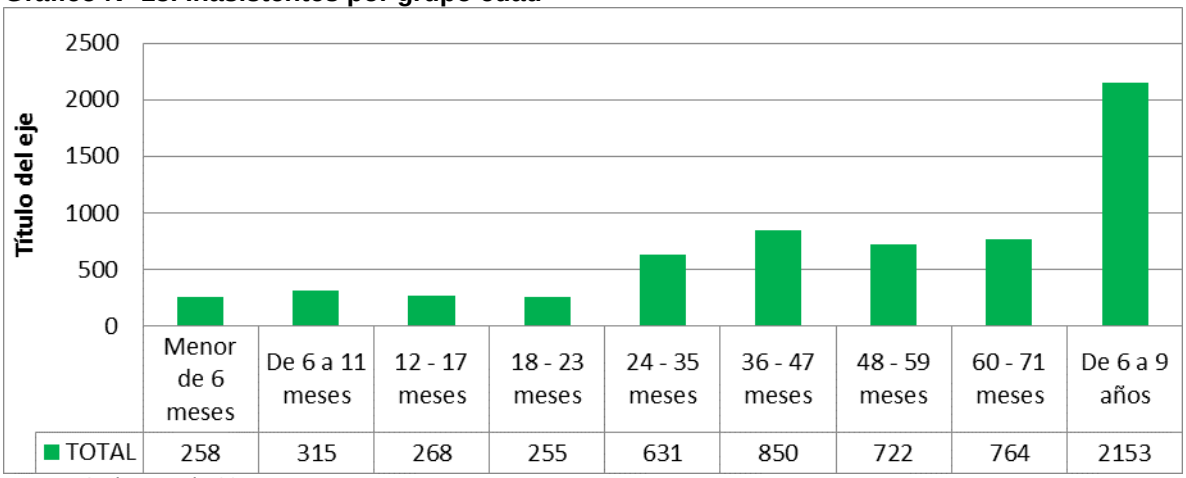
3.2. Inasistentes

Un tema importante, y que es muy difícil de manejar, que se trata de aquellos pacientes que solicitan una hora de atención, se les asigna una hora y finalmente no vienen. Esto es un problema que afecta a todos los pacientes, ya que esa hora se pierde, sin poder ser asignada en la mayoría de los casos a alguien más.

En total, a nivel comunal se perdieron, solamente durante el primer semestre del año 2017 un total de 6.216 horas de control de salud, lo que corresponde a un 26,1% de la población bajo control (23.759) a Junio del 2017.

En el gráfico siguiente podemos ver además que en la medida que los niños crecen se pierden más horas, con un 34,6% del total de las horas perdidas.

Gráfico Nº 13. Inasistentes por grupo edad



Fuente: Serie P Junio 2017

4. Evaluación Nutricional

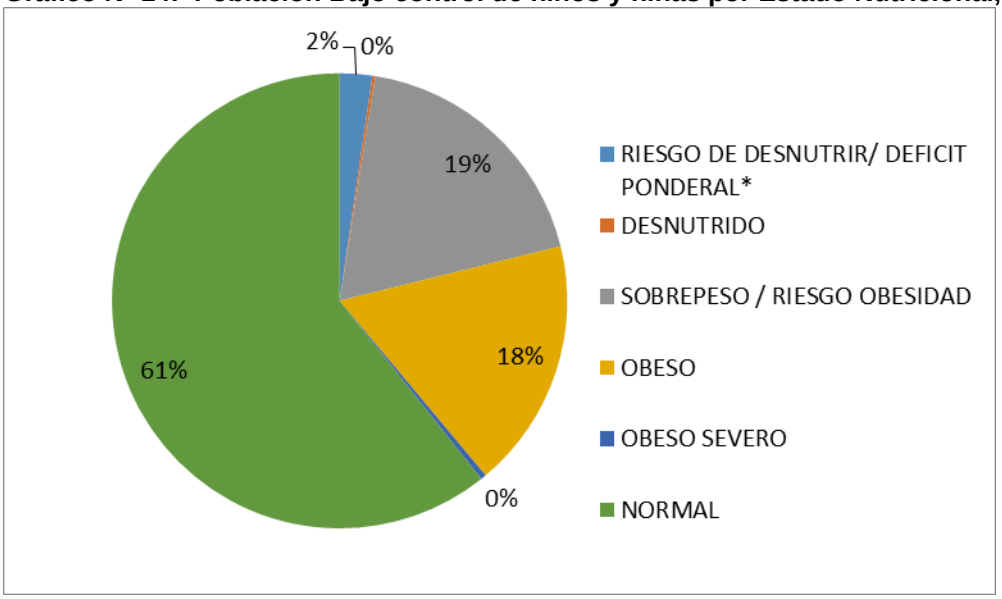
Uno de los principales parámetros evaluados en la Población Infantil es el diagnóstico nutricional, considerando el estado nutricional como el resultado de diferentes variables y del balance que se produce entre la ingesta y requerimientos de nutrientes. Durante los primeros años el diagnóstico nutricional es muy importante, dado que en esta etapa es donde se produce el mayor crecimiento, para lo cual es esencial una adecuada nutrición. Además, en este momento se adquieren y consolidan los hábitos alimentarios, que, si bien son modificables en etapas posteriores, es aquí cuando son más moldeables.

Tabla N° 37: Diagnóstico Nutricional Comunal por sexo total PBC menores de 10 años.

	Menores de 6 años			De 6 a 9 años			TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Riesgo de desnutrir	599	337	262	189	102	87	788	439	349
Desnutrido	71	47	24	17	9	8	88	56	32
Sobrepeso	3.400	1.715	1.685	1.526	778	748	4.926	2.493	2.433
Obeso	1.414	763	651	1.456	758	698	2.870	1.521	1.349
Obeso severo	0	0	0	32	22	10	32	22	10
Normal	10.077	5.056	5.021	4.972	2.503	2.469	15.049	7.559	7.490
Subtotal	15.561	7.918	7.643	8.192	4.172	4.020	23.753	12.090	11.663
Desnutrición secundaria	2	2	0	4	2	2	6	4	2
T O T A L	15.563	7.920	7.643	8.196	4.174	4.022	23.759	12.094	11.665

Fuente: DEIS/MINSAL.

Gráfico Nº 14: Población Bajo control de niños y niñas por Estado Nutricional, Junio 2017.



En la población infantil bajo control, el 61% de los Niños y niñas tienen un estado nutricional normal para su edad, mejorando en un 3% en relación al año 2016, y el 18% tiene un estado nutricional de Obesidad. Si consideramos el diagnóstico de malnutrición por exceso, un 37% de los niños lo tiene, (sobrepeso u obesidad), por lo que tiene su riesgo cardiovascular a largo plazo aumentado.

Tabla Nº 38: Población Infantil eutrófica según riesgo de malnutrición por exceso.

RESULTADO	TOTAL	%
Sin riesgo	6338	72,7%
Con riesgo	2380	27,3%
TOTAL	8718	

Fuente: Serie P, Junio 2017

Dentro de la población eutrófica, se hacen evaluaciones para ver las posibilidades de que mantengan en esta condición o para determinar si tienen riesgo de subir de peso. Para eso se aplica la pauta de evaluación de riesgo de malnutrición por exceso. Según esta evaluación, el 27,3% de los niños eutróficos (con peso normal), tiene riesgo de subir de peso, considerando sus hábitos actuales.

4.1. Lactancia Materna

La lactancia materna tiene múltiples beneficios demostrados para la salud del lactante y para su desarrollo, dentro de ellas disminuye el riego de obesidad, mejora el vínculo con su madre y ayuda a prevenir enfermedades como cuadros diarreicos, otitis y neumonías, por los componentes inmunitarios que transfiere.

Tabla Nº 39: Lactancia materna exclusiva por CESFAM a los 6 meses

CESFAM	LME a los 6 meses
Los Castaños	48,1%
Bellavista	57,2%
Villa O´Higgins	62,8%
Los Quillayes	55,5%
Maffioletti	50,9%
Santa Amalia	39,2%
Trinidad	51,6%
La Florida	44,1%
José Alvo	58,4%
Comuna	52,6%

Fuente: DEIS 2016

Por lo expresado anteriormente es que uno de los datos que se evalúa es que porcentaje de los niños que están bajo control llegan a los 6 meses de vida alimentándose solo con lactancia materna o lactancia materna exclusiva (LME).
La meta impuesta por el ministerio es de un 60%, lo que es difícil de lograr, a pesar de las múltiples estrategia que se implementan para ello. Es así como el promedio del SSMSO es de 51,5%. A nivel comunal nos encontramos 1 punto porcentual por sobre la cobertura de todo el SSMSO. Destaca el caso del CESFAM Villa O´Higgins, donde se supera el 60% de LME a los 6 meses.

4.2. Programa Vida Sana Obesidad En Niños

El programa Vida Sana Obesidad el año 2016 – 2017 continua en su enfoque en reducir los factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en niños y niñas a través de una intervención en los hábitos de alimentación y actividad física. Los objetivos específicos se evalúan por tramo etario y este grupo específico se refuerzan las acciones considerando el rol de los padres o adultos significativos de manera de ir potenciando las fortalezas y habilidades de ellos en cuanto a su adquisición de hábitos y conductas saludables en su entorno familiar.
La estrategia de trabajo del año 2016 al 2017 presentó una variación respecto a la forma de intervención cuyo objetivo es lograr la mejor adherencia y eficacia de los resultados en los usuarios que pertenecen al programa.

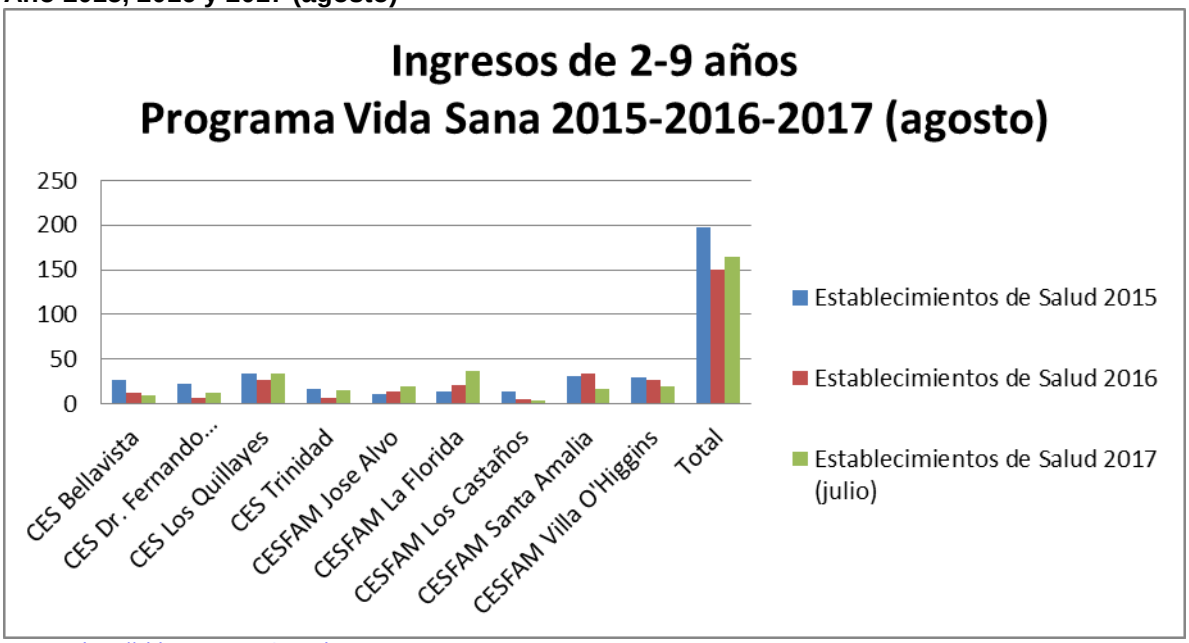
Para niños y niñas entre 2 y 5 años los objetivos específicos a lograr son los siguientes:

- Mejorar su diagnóstico nutricional integrado o Zscore de peso/talla según edad y sexo
- Mejorar o mantener la condición física, en términos de capacidad motora
- Lograr al menos un 60% de asistencia a las sesiones de actividad física.

Los criterios de inclusión para este grupo etareo son los siguientes:

- Ser beneficiario de FONASA
- Contar con consentimiento informado y carta de compromiso de padres, madre o tutor responsable.

Grafico N° 15 : Ingresos de niños de 2 a 9 años Vida Sana Obesidad. Comuna De La Florida, Año 2015, 2016 y 2017 (agosto)



Fuente: http://vidasana-MINSAL.cl

Como lo demuestra el grafico, los 3 últimos años se ha mantenido un ingreso similar que responde a los cupos programados para nuestra Comuna. La línea base de la estrategia continua siendo la misma con un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades ya sea en el entorno educativo u otras organizaciones distintas al centro de salud, para lo cual se requieren alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas que cumplen un importante rol en los hábitos de vida saludable, potenciando la intervención con los espacios de la vida cotidiana que favorezcan una modificación de la conducta y hacer sustentables sus cambios.
En todos los ciclos vitales se ofrece al usuario actividades individuales con médico, nutricionista, psicólogo y profesional de actividad, cada uno con sus respectivas evaluaciones, con el propósito de conocer la condición de ingreso del usuario, definir plan de intervención y hacer su seguimiento en el marco de su entorno familiar. Las prestaciones grupales, referidas a los Círculos de Vida Sana (talleres del equipo multidisciplinario) y sesiones grupales de actividad física y ejercicio, con el fin de apoyar el cambio de hábito y las mejoras en su condición.

Proyecciones 2018

El Programa VIDA SANA busca tener mayor impacto en la población beneficiaria. Optimizar los recursos comunales y realizar estrategias con los equipo de salud que permitan visibilizar el programa y que más niños y niñas se vean beneficiados de esta estrategia.

Fotografía de clase VIDA SANA. CESFAM Los Quillayes.

Fotografía Programa VIDA SANA CESFAM Los Quillayes.

5. Evaluación y Estimulación Desarrollo Psicomotor

La evaluación periódica y sistematizada del desarrollo psicomotor durante los primeros años de la vida tiene como objetivo detectar oportunamente rezagos, riesgos y retrasos y posibilitar una intervención oportuna que evite su cronificación y permita al niño(a) alcanzar su máximo potencial de desarrollo. Los resultados de estas evaluaciones periódicas se resumen a continuación.

Tabla N° 40: Evaluación Desarrollo Psicomotor con resultado de Riesgo y retraso.

EVALUACIÓN DEL DSM			
Diagnóstico	**N**	**%**	**SSMSO**
Normal con rezago	439	31,9%	37,7%
Riesgo	693	50,4%	38,9%
Retraso	199	14,5%	10,5%
Otra vulnerabilidad	45	3,3%	12,9%
TOTAL	1.376	100,0%	

Fuente: DEIS/MINSAL.

De todas la evaluación de DSM realizadas a niños de la comuna, en un 32% de los casos se encontró que el desarrollo era normal. Por lo tanto el 68% restante presenta algún tipo de alteración, las que son derivadas a sala de estimulación para retomar su desarrollo normal, potenciando un crecimiento sano.

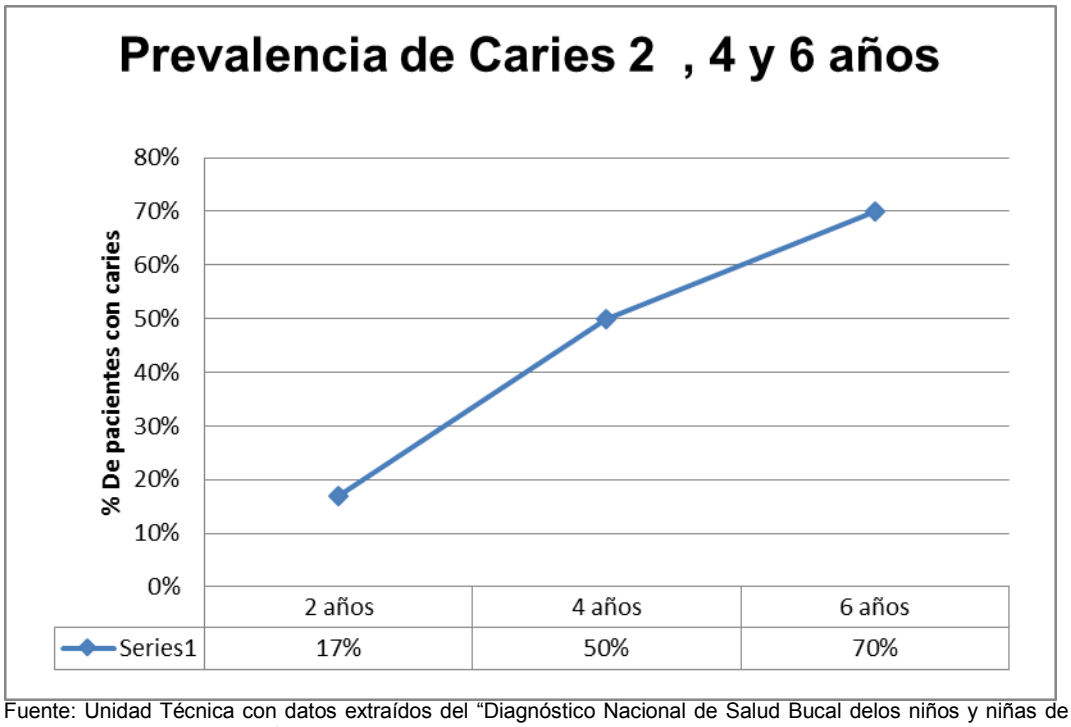
Para todos los niños(as) que presentan algún grado de alteración en su DSM normal, ya sea rezago, riesgo o retraso, están definidas distintas intervenciones de educación en estimulación a los padres, intervenciones de juego en la sala de estimulación, seguimiento y controles, y en los pacientes que a pesar de la intervención siguen con retraso, se derivan a nivel secundario para estudio por especialidad.

Los niños(as) que tiene evaluaciones normales siguen su calendario habitual de controles, donde de todas maneras se educa a las madres para que adquieran herramientas de estimulación que les permitan guiar de buena manera el crecimiento y desarrollo de sus hijos(as).

6. Salud Oral de Niños y Niñas

Las enfermedades bucales son las más comunes de las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y son consideradas como un problema de Salud Pública, debido a la alta prevalencia en la población, al impacto que generan tanto a nivel individual como comunitario y al alto costo que implican los tratamientos (Sheiham A, 2005).
La caries es un problema de salud pública que presenta una alta prevalencia en la infancia. Según los datos obtenidos del “Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007- 2010”, se evidencia que los niños de dos años de edad tienen una prevalencia de caries de alrededor del 17% y un índice ceod de 0,46 en el país. El mismo estudio muestra una prevalencia de 50% para niños de 4 años de edad con un índice ceod de 2.25. Para la población de niños de 6 años, los datos nacionales publicados muestran una prevalencia de 70% y un índice de ceod de 3,71. Si se hace un análisis por nivel socioeconómico medio y bajo presentan mayor enfermedad, demostrando que los determinantes sociales son muy fuertes en la expresión de la caries dental.

Gráfico N° 16: Prevalencia de caries en niños de 2, 4 y 6 años.



Fuente: Unidad Técnica con datos extraídos del "Diagnóstico Nacional de Salud Bucal delos niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia . Chile 2007-2010".

Las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con secuelas de la enfermedad como pérdida de dientes, afectando enormemente la calidad de vida de las personas. Frente a esto, es que surge una de las metas sanitarias para la década 2011-2020 en nuestro país, que considera aumentar en un 35%, la población de 6 años libres de caries.

Para esto fue necesario identificar, en niños en etapa de sala cuna y párvulos, posibles factores de riesgo, con el propósito de eliminarlos o corregirlos tempranamente, así como reconocer factores protectores para potenciarlos y trabajar en establecer, de manera precoz, la formación de hábitos favorables a la salud, involucrando a los padres y a la comunidad educativa, para que estas medidas de prevención, logren dar resultados positivos en el tiempo (SEREMI 2012).

La comuna de La Florida reconoce la importancia de la Promoción y de la Prevención como ejes estructurales de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y se suma a los esfuerzos del resto del país por aumentar la prevalencia de población infantil libre de caries y contribuir con esto, a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas de Chile.

6.1. Control Odontológico del Niño Sano de 2 y 4 años

Hasta el año 2016, el control odontológico del niño sano, buscaba ser el primer control del niño con el odontólogo, de manera de identificar precozmente, factores de riesgo que pudiesen afectar el correcto desarrollo de las estructuras bucodentarias y orientar a los padres y/o cuidadores en alimentación y formación de hábitos saludables. Esta intervención se considera de carácter prioritaria por su costo-efectividad y por estar estrechamente ligada, al Objetivo de Salud Bucal de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, de "Prevenir y Reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables".

En la comuna de la Florida, la cobertura odontológica de niños de 2 años ha ido en aumento, llegando al 80%% en el año 2016, tal como lo muestra la Tabla N° xx.

Tabla N° 41: Evolución Cobertura de Control Odontológico en Niños de 2 años. Comuna La Florida, periodo 2011-2015.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CONS 2 Años	2.422	2.590	2.275	2.372	2.494	2.667
Inscritos	4.426	4.553	3.860	3.707	3603	3.301
Cobertura	54,72%	56,88%	58,93%	63,98%	69.22%	80.79%

Fuente: DEIS, Inscritos Validados por Comuna Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

En cuanto al tipo de alta odontológica dada a los niños de 2 años de la Comuna de La Florida durante el año 2016, la mayor parte corresponde a altas odontológicas preventivas. La Tabla "Distribución altas odontológicas en niños de 2 años. Porcentaje comunal v/s porcentaje nacional, 2016", muestra que las altas odontológicas preventivas en niños de 2 años de La Florida son mayores a las dadas a nivel nacional en casi 6 puntos porcentuales.

Tabla N° 42: Distribución del Tipo de Alta Odontológica dada a niños de 2 años en Chile y Comuna La Florida. Año 2016.

Altas	Comunal	Nacional
Preventivas	95.2%	89.3%
Integrales	4.8%	10,7%

Fuente: DEIS, Registro Estadístico Mensual 2016

En relación al porcentaje de niños de 2 años libres de caries (ceo=0) durante el 2016, la Tabla 44 indica que la comuna de La Florida registra una prevalencia del 84.66%, porcentaje mayor al registrado a nivel regional (81.42%) y nacional (82,23%).

Tabla 43: Prevalencia de Niños de 2 Años con Índice ceo=0 y ceo≠0 en REM 2016 en Chile, Región Metropolitana, Comuna La Florida. Año 2016.

Lugar	Ceo	
	ceo=0	ceo≠0
Chile	82.23%	17.77%
Región Metropolitana	81.42%	18.58%
La Florida	84.66%	15.34%

Fuente: DEIS, Registro Estadístico Mensual 2016

El control odontológico en niños de 4 años en La Florida presenta una tendencia al alza, exceptuando el año 2014 donde hubo una caída, que puede deberse a la etapa de consolidación del Programa Preventivo para Preescolares que se ejecutaba en los Jardines JUNJI e INTEGRA de nuestra comuna. Sin embargo, el 2016 se puede observar un aumento en la cobertura de más de 10 puntos porcentuales.

Tabla N° 44: Evolución cobertura de control odontológico en niños de 4 años, comuna de La Florida, Periodo 2010 – 2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
C.O.N.S. 4 años	2.360	2.487	2303	1929	2134	2197
Inscritos	4.173	4.309	3.741	3.855	3.686	3518
Cobertura	56,55%	57,70%	61,56%	50,03%	57.89%	62.45%

Fuente: Registro Estadístico Mensual 2016

En cuanto al tipo de Alta Odontológica dada a los niños de 4 años de la Comuna de La Florida durante el año 2016, se puede observar en la Tabla N°45 el Porcentaje comunal v/s Porcentaje Nacional, 2016", que tanto las altas odontológicas preventivas como las integrales, son similares a las dadas a nivel nacional.

Tabla N° 45: Distribución altas odontológicas en niños de 4 años. Porcentaje comunal v/s Porcentaje nacional, 2016.

Altas	Comunal	Nacional
Preventivas	64.28%	63.55%
Integrales	35.72%	36.45%

Fuente: DEIS, Registro Estadístico Mensual 2016

En relación al porcentaje de niños de 4 años libres de caries (ceo=0) durante el 2016, la Tabla N° 56 indica que la comuna de La Florida registra una prevalencia del 51,2%, porcentaje similar al registrado a nivel regional (51,5%) y levemente superior al nacional (50.3%).

Tabla N° 46: Prevalencia de niños de 4 años con índice ceo=0 y ceo≠0 en REM 2016 en Chile, Región Metropolitana, Comuna La Florida. Año 2016.

Lugar	Ceo	
	ceo=0	ceo≠0
Chile	50.3%	49.7%
Región Metropolitana	51.5%	48.5%
La Florida	51.2%	48.8%

Fuente: Registro Estadístico Mensual 2016

La evidente tendencia a la baja de la prevalencia de los niños libres de caries a medida que aumenta la edad, a nivel comunal, regional y nacional, hace visible la gran tarea que tiene el Área de Salud, que es la de aumentar las medidas de promoción en los grupos de párvulos y fomentar el autocuidado con la adquisición de hábitos saludables. Se debe involucrar a los cuidadores, a la comunidad educativa y al intersector.

En el año 2012 comenzó la ejecución de un programa piloto con el Servicio de Salud, "Convenio Programa GES Preventivo en Salud Bucal en Preescolares en Atención Primaria", que el año 2013 cambió su nombre a "Programa Preventivo de Salud Bucal en Preescolares" el cual tiene como propósito reforzar el componente preventivo del Programa de Prevención y Promoción en Preescolares. Pretende mejorar la salud bucal de la población preescolar beneficiaria del Sistema Público de Salud, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas.

El año 2015, cambia de nombre nuevamente transformándose en el Programa "Sembrando Sonrisas". Este programa consta de dos componentes, uno educativo y otro preventivo, cuyos objetivos son promover la higiene bucal y fomentar el autocuidado en salud bucal en niños y niñas preescolares de 2 a 5 años de edad y aumentar las acciones preventivas en salud bucal mediante la aplicación de flúor barniz comunitario en niños y niñas preescolares, respectivamente.

El programa realiza mediante una sesión educativa y la entrega anual de un kit de higiene bucal, el cual, según características técnicas específicas, incluye 2 cepillos de dientes para niños y una pasta dental de niño con 1.100 partes por millón de ion flúor. Autocuidado, a niños que asistan a educación preescolar en Jardines Infantiles y en Establecimientos Municipalizados de la comuna. De esta manera se realizan acciones de promoción de la salud y se fomenta el autocuidado.

En el año 2016, se realizó el componente educativo a 7.134 niños de 2 a 5 años de 105 Jardines Infantiles JUNJI e INTEGRA y Establecimientos Educacionales Municipalizados de La Florida. Se realizaron 7112 aplicaciones de flúor barniz, obteniéndose más de un 100% de cumplimiento de la meta comprometida.

Al final el año 2016 se realizó la cuarta Mesa Comunal en Salud Oral" Sembrando Sonrisas, con el objetivo formalizar el trabajo Intersectorial entre el Área de Salud y Educación, reafirmar el compromiso de las autoridades locales con la Promoción y la Prevención y trabajar en el mejoramiento del Programa Sembrando Sonrisas. A esta mesa, han asistido: Jefe del Área de Educación de La Florida, miembros de la Unidad Técnica del Área de Educación que trabajan en temáticas de Educación de Párvulos, Jefa del Área de Salud de La Florida, Jefe de la Unidad Técnica del Área de Salud, Referente Comunal de Promoción y Participación Ciudadana, Encargada Comunal del Programa Chile Crece Contigo, Asesor Técnico Comunal del Programa

Infantil, Referente Odontológico Comunal y Encargada de Módulo Dental de JUNAEB, Ejecutores del Programa Sembrando Sonrisas, Directoras de Jardines Infantiles JUNJI e INTEGRA, encargada se Salud de Establecimientos Educacionales Municipalizados, Referentes Odontológico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y representantes de la Comunidad.

En octubre de 2017, se han entregado cerca de 8.000 Kit de Higiene Oral con la respectiva Actividad Educativa en 110 Jardines Infantiles JUNJI, INTEGRA y en Establecimientos Educacionales de La Florida. Se han realizado 7.693 aplicaciones de flúor barniz en los 110 Establecimientos de la comuna. Además, en La Florida, se ha mantenido la atención odontológica en los Centros de Salud, a las funcionarias de los Jardines Infantiles JUNJI e INTEGRA que participan en el Programa Sembrando Sonrisas, a través del Programa Más Sonrisas para Chile, el cual será detallado en el ciclo del Adulto.
La comuna de La Florida se ha comprometido con la tarea de disminuir las inequidades en salud bucal en los niños, acercando medidas preventivas específicas a los grupos de párvulos más vulnerables, aumentando la cobertura comunal.

La Tabla N° 47 Muestra la evolución cuantitativa del Programa Preventivo, desde su inicio en la Comuna hasta octubre de 2017.

Tabla N° 47: Evolución del Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral para Preescolares, La Florida, período 2012-Corte octubre 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	Oct 2017
Jardines Infantiles y Escuelas Intervenidas	24	46	51	56	105	110
Educación y Entrega de Kit de Higiene Oral	2.596	4.317	4.097	7.119	7134	7816
Aplicación Flúor Barniz	0	5.274	6.014	9.080	7112	7693

Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos de DEIS-MINSAL

Registro Fotográfico Desarrollo Programa Sembrando Sonrisas, Comuna de La Florida, 2016- 2017

Ejecución Programa Sembrando Sonrisas, 2016. Fuente: Área de Difusión, COMUDEF

Componente Educativo Programa Sembrando Sonrisas, 2017.Teatro de Títeres Fuente: Área de Difusión, COMUDEF

Componente Educativo Programa Sembrando Sonrisas, 2017.Teatro de Títeres Fuente: Área de Difusión, COMUDEF

6.2. Salud Oral Integral del Niño de 6 años (GES)

Los 6 años es una edad propuesta por la OMS para realizar vigilancia epidemiológica, pues coincide con la erupción de las primeras piezas definitivas. La erupción de los primeros molares permanentes, a los 6 años de edad, constituye un hito importante en la evolución de la dentición, frente al cual se deben brindar las acciones odontológicas conducentes a mantener dichas piezas dentarias sanas (MINSAL, 2007).

En Chile, se planteó como objetivo sanitario, aumentar la prevalencia de niños de 6 años libres de caries para la década 2011-2020. Además, la atención odontológica integral de los niños de 6 años forma parte del Régimen General de Garantías en Salud y constituye, además, una de nuestras metas sanitarias.

Se ha logrado un aumento constante de la atención de estos niños debido a las múltiples estrategias de difusión a la comunidad, que han generado valoración de la Salud Bucal de los niños por parte de padres y apoderados, así como el reconocimiento de la gran importancia que tiene la visita al odontólogo a esta edad, no sólo como un profesional que ejecuta procedimientos clínicos, sino también como una persona capaz de entregar y socializar la información necesaria para el cuidado de salud oral de un individuo en pleno crecimiento.

La atención odontológica consiste en una atención de nivel primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener a lo largo del tiempo, una buena salud bucal.

La Tabla N° 48 muestra la evolución de la cobertura en relación a las Altas odontológicas en niños de 6 años.

Tabla N° 48: Evolución cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años. Comuna La Florida, periodo 2010-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Altas GES 6 Años	2.668	2.791	2916	3.009	3.080	3075
Inscritos	3.859	3.966	3.862	3.612	3.598	3661
Cobertura	69,13%	70,37%	75,50%	83,30%	85,60%	83.99%

Fuente: DEIS, Inscritos Validados por Comuna Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Tabla Nº 49: Prevalencia de niños de 6 años con índice ceo=0 y ceo≠0 en REM 2016 en Chile, Región Metropolitana, Comuna La Florida. Año 2016.

Lugar	Ceo	
	ceo=0	ceo≠0
Chile	35,60%	64,40%
Región Metropolitana	37%	63%
La Florida	39%	61%

Fuente: Registro Estadístico Mensual 2016

Para el 2020 la meta nacional es llegar a una prevalencia de niños de 6 años libres de caries del 40%. Como se observa en la tabla 49, La Florida en el 2016 está a 1 punto porcentual de alcanzar la meta. Para este objetivo, debemos seguir ejecutando estrategias de promoción de la salud y prevención de caries.

6.3. Atención Odontológica Módulo JUNAEB

El trabajo conjunto con diversos colegios municipalizados de nuestra comuna, ha permitido en los últimos años, el desarrollo de actividades educativas, de promoción y prevención en salud bucal, previas al ingreso a tratamiento odontológico de cada uno de los niños matriculados en dichos colegios. Hasta Agosto del 2017 se efectuó la atención odontológica de los niños y niñas cursando pre kínder, kínder, 1°, 3°, 5°, 7° u 8° año básico, además de niños de 4° y 6° que pertenecen al programa Chile Solidario.

Desde la fecha indicada, se realizó una modificación al Decreto N° 209 que regula el programa, donde se realizan dos importantes y positivos cambios para el trabajo que actualmente se desarrollan en nuestros Módulos Dentales :

1.- Financiamiento de Atención Dental Integral para alumnos de 4° y 6° básicos

2.- Financiamiento de Atención Dental Integral para todos los alumnos registrados en el Sistema Informático del Programa de Salud Oral validados por los datos del Sistema de Información General de Estudiantes (SIGE) del MINEDUC de los establecimientos educacionales adscritos al convenio del PSO (sin distinción de sistema previsional de Salud).

Las actividades odontológicas del Módulo JUNAEB se llevan a cabo en el Centro de Salud Santa Amalia, lugar al cual acuden alumnos de 24 colegios de nuestra comuna.

La Tabla N° 50 nos muestra el aumento de prestaciones realizadas por el Módulo Dental JUNAEB de La Florida, reflejando el compromiso presenta en la comuna por acercar la atención dental a los niños más vulnerables y disminuir así, las inequidades en Salud Bucal en este grupo etario. Las prestaciones realizadas en el Módulo incluyen: Altas Odontológicas de Ingresos, Altas Odontológicas de Controles de mantención, Urgencias Dentales y Radiografías Intraorales.

Tabla N° 50: Evolución del número de prestaciones realizadas por el Módulo Dental JUNAEB, La Florida período 2010- 2016.

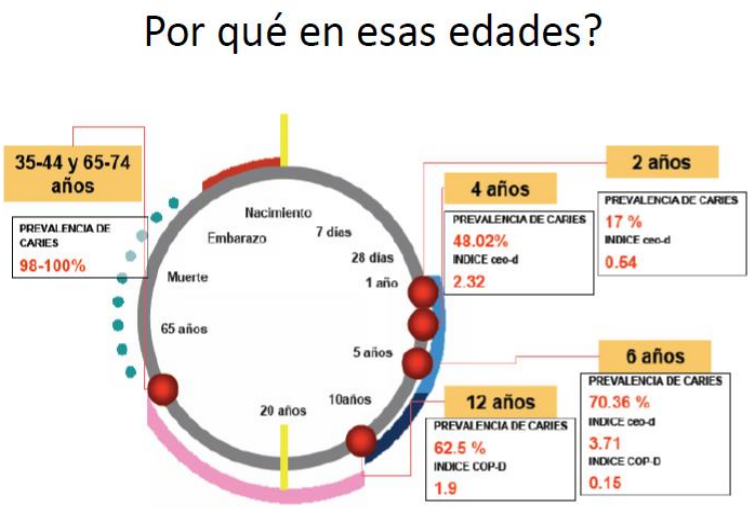
Actividad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N° De Prestaciones	1.750	2.496	3.008	3.057	2.870	2.843	2133

Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos de Nóminas JUNAEB

6.4. Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)

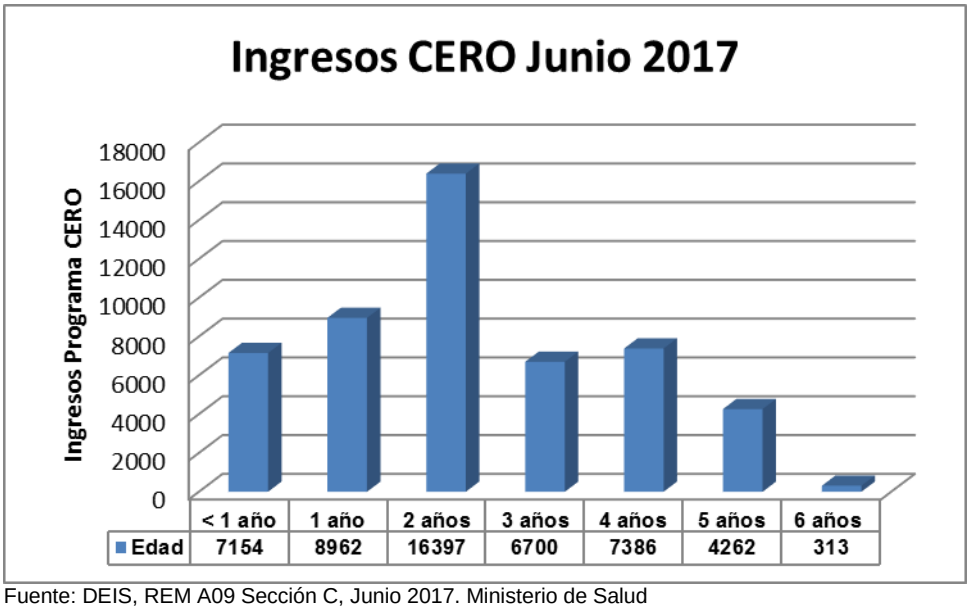
En la actualidad, entendemos a la caries dental como una enfermedad crónica no transmisible mediada por bacterias, en la cual un desequilibrio ecológico es el responsable que bacterias comensales de nuestro biofilm se transformes en bacterias patógenas capaces de producir ácidos que van a provocar una lesión de caries. Es por esto que el tratamiento de caries dental debe restablecer este equilibrio mediante el control regular de los factores de riesgo y no es base a altas aisladas. Se debe procurar le modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud.
Es por esto que surge un cambio en nuestro paradigma de atención de salud, pasando desde un enfoque centrado en la administración de la enfermedad y focalizado en la recuperación del daño, a un enfoque centrado en mantener la salud, aumentando la población sana y manteniéndola en esa condición.
A partir del año 2017 comienza la implementación en forma incremental del Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), donde se busca construir una población en control infantil, con controles odontológicos de salud según riesgo y con metas de cobertura de población sana. Este nuevo desafío responde a la evidencia actual y pretende hacernos cargo de nuestros usuarios y salud.
Durante el 2017 se indicó que el ingreso a este programa se debía realizar a beneficiarios del sistema público de salud a los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos una vez al año a control (según riesgo presentado) hasta el egreso al cumplir los 6 años. La indicación para el año 2018 es realizar el egreso del programa a los pacientes que cumplan los 7 años.

Los ingresos a control odontológico son de derivación interna de Establecimiento de Salud por otros profesionales, técnicos o personal de SOME en controles de programa infantil, Chile Crece contigo o consulta espontánea. La derivación desde programas no es sólo de usuarios con patologías, sino que también de aquellos que se encuentren sanos.
La justificación del ingreso al programa a edades tempranas, responde al aumento considerable de la prevalencia de caries registrada, a medida que se avanza en el ciclo vital. Por lo tanto es necesario realizar una intervención temprana en padres y/o tutores, donde se fomenten hábitos saludables de higiene y dieta, y así disminuir el riesgo de caries.



Fuente: DEIS, REM A09 Sección C, Junio 2017. Ministerio de Salud

Durante el primer semestre del 2017, con corte en Junio, se realizaron un total de 51.174 ingresos al Programa CERO a nivel nacional, de los cuales 7.154 correspondieron a pacientes menores de un año



Fuente: DEIS, REM A09 Sección C, Junio 2017. Ministerio de Salud

El Programa CERO sustituye a la programación de los controles sanos de niños de 2 y 4 años.

Además con el fin de respaldar esta implementación se realizarán cambios en los indicadores que tributarán a la población CERO. A continuación describiremos las modificaciones:

- Meta 21 IAAPS 2017: Se pidió una línea basal de la proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en la población inscrita.
- Meta 21 IAAPS 2018: Para el próximo año la proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en la población inscrita debe alcanzar un 70%.

El año 2018 , en la Meta 11 Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total, se mantiene la meta 2017 (24%), sin embargo se reduce el universo de la población inscrita , donde el denominador corresponde a todos los inscritos entre 7 y 19 años. Esto se debe a que toda la población menor de 7 años debe ser ingresada al Programa CERO, donde los pacientes no se dan de alta, si no que se mantienen en controles hasta su egreso al cumplir los 7 años.

7. Salud Mental de Niños y Niñas

Durante el año 2016 y primer semestre del 2017 las actividades ejecutadas desde el programa de Salud Mental están en coherencia con las orientaciones programáticas que definen el trabajo de Promoción - Prevención; Tratamiento - Rehabilitación en base al modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario.

7.1. Promoción y Prevención

El trabajo de promoción y prevención iniciado hace 6 años en establecimientos educacionales y junta de vecinos, ha permitido consolidar el trabajo requerido por profesores, apoderados, alumnos y directivas de manera que lo trabajado en los años iniciales se ha reforzado debido al trabajo continuo.
El trabajo en red y colaborativo permite abordar los temas propuestos por los actores de la comunidad considerando sus propias necesidades.

Tabla Nº 51: Talleres de Prevención y Promoción. Programas Salud Mental año 2016- 2017. La Florida

Ciclo Infantil	
Nombre	**Tema**
Promoción de Autoestima Infantil en las Aulas	Autoconcepto infantil
Problemas conductuales en niños	Trastornos conductuales en la infancia
Taller de regulación emocional Yoga Infantil	Control emocional
Taller de Crianza	Pautas de crianza
Taller de manejo conductual efectivo en el aula.	Manejo de conflictos
Taller Pautas de Crianza en Pre escolares.	Pautas de crianza
Taller Buen Trato entre compañeros.	Prevención Bullying
Autocuidado Educadores	Prevención burnout
Taller de pautas de crianza para niños entre 5 -9 años.	Pautas de crianza
Taller de Padres de Preadolescentes	Pautas de crianza
Trabajo comunitario con establecimientos educacionales	Redes comunitarias
Talleres en temáticas de salud mental para profesores y apoderados	Trastornos Emocionales, VIF, SDA y preguntas que realizan los participantes.
Talleres en SDA	Déficit atencional

Fuente: DEIS. REM A27 2015-2016

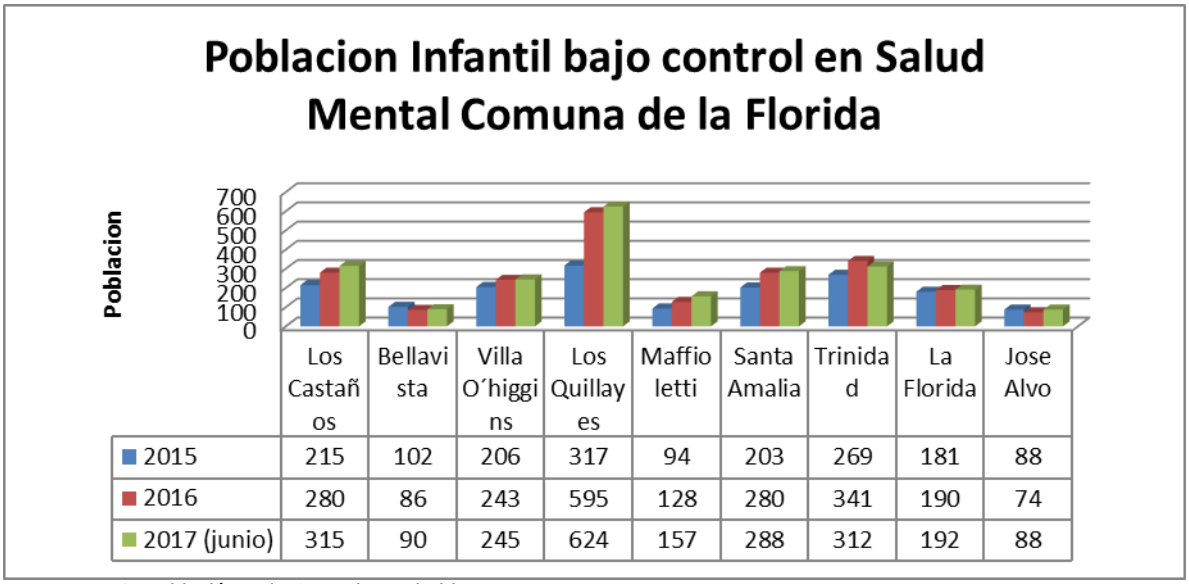
Los talleres preventivos y de promoción se realizan según el diagnóstico que cada equipo de salud define con su territorio y en base a las necesidades específicas de un grupo. Los tiempos para la realización de estas actividades están protegidos en los CESFAM por lo que la coordinación es fundamental para que se otorguen cada año.
Si comparamos los talleres que se realizaron en el año 2016-2017, en este grupo etareo no hubo grandes cambios y lo que se realizó fueron los mismos temas del año anterior.

7.2. Tratamiento y Rehabilitación

La población infantil en control en salud mental presentó un relativo aumento tomando en consideración lo realizado en año 2016 y la población bajo control de este año 2017. CESFAM Los Quillayes es el que presenta una mayor población bajo control en este grupo etario. En esta oportunidad el que mayor incremento tuvo respecto del año anterior fue Los Castaños que incrementó en mayor porcentaje la PBC de niños en salud mental. Los Centros de Salud de la

Comuna que más niños en control de salud mental poseen son Trinidad, Los Castaños, Santa Amalia y Villa O´Higgins.

Gráfico N° 17: Población Infantil Bajo Control en Salud Mental años 2015-2017 (junio) Comuna de la Florida.



	Los Castaños	Bellavista	Villa O´higgins	Los Quillayes	Maffioletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	Jose Alvo
2015	215	102	206	317	94	203	269	181	88
2016	280	86	243	595	128	280	341	190	74
2017 (junio)	315	90	245	624	157	288	312	192	88

Fuente: DEIS. Población Bajo Control. La Florida

En relación a los diagnósticos más prevalentes de la población infantil, se destacan el trastorno hipercinético, los trastornos emocionales, seguido de los trastornos de ansiedad. En menor proporción, se presentan las patologías de trastorno generalizado del desarrollo, (aunque en aumento en el último año), retraso mental y trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos hipercinéticos lideran la prevalencia en este grupo etario. Como se puede ver en Tabla inicial del ciclo, se traduce en la realización de talleres preventivos y promocionales del tema: Taller de yoga para regulación emocional, manejo de conflictos en aulas y taller de déficit atencional para abordar el problema propiamente tal. Cuando el SDA presenta una comorbilidad con otra patología, el niño o niña es derivado a Salud Mental Integral Escolar (SIE) donde se aborda el problema de salud mental por un equipo de especialista que abordan al niño o niña considerando no solo el grupo familiar, sino además el escolar.

Tabla N° 52: Diagnósticos prevalentes Salud Mental en Niños de 0 a 9 años Comuna de la Florida, año 2016.

Diagnósticos más prevalentes en niños de 0 a 9 años. Comuna de la Florida				
	0 a 4 años		5 a 9 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Trastorno Hipercinético	35	8	643	188

Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	109	40	419	216
Trastornos de Ansiedad	90	43	262	126

Fuente: DEIS. Población Bajo Control año 2016.

En los CESFAM de nuestra comuna, la atención en salud mental al niño y niña el enfoque esta puesto en la prevención y promoción de la salud, no obstante cuando se padece una patología en salud mental se pueden ofrecer distintas prestaciones como: Psicodiagnóstico, Psicoterapia breve, Consejerías, Controles médicos; todos estos tienen la finalidad de brindar la atención de calidad al usuario que consulta por un problema de esta índole. Para este grupo es fundamental y prioritario el apoyo e incorporación de la familia o adultos significativos a los procesos que se inicien con el usuario. Por eso es fundamental el trabajo interdisciplinar y colaborativo con los demás profesionales que componen el equipo de salud.

8. Centro Salud Integral Escolar - SIE

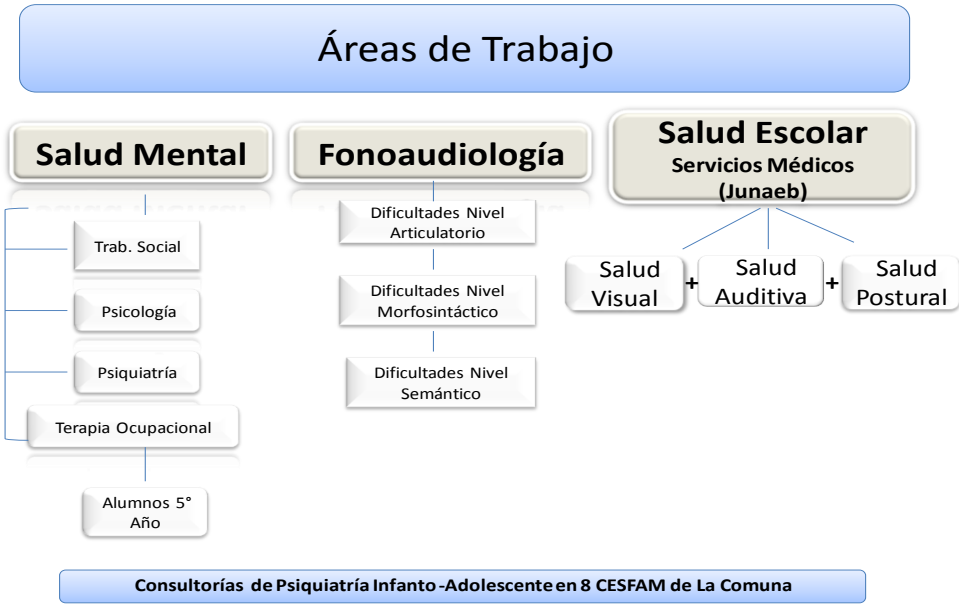
Presentación

Salud Integral Escolar [2]([3]), es un centro que atiende niños y adolescentes entre los 4 y 18 años, para poder abordar temas de la salud mental, trastornos de lenguaje y otras áreas de la salud también vinculadas al rendimiento e integración escolar, tales como: problemas de visión, audición y columna de los alumnos(as) de La Florida.

Junto con desarrollar prestaciones de salud individual y grupal, realiza un trabajo con los CESFAM, hospitales y otros dispositivos de la Red, especialmente con los distintos establecimientos educacionales municipalizados y gratuitos de la comuna. Esta atención se extiende progresivamente a los establecimientos particulares subvencionados y particulares pagados.

([2]) Es un Programa que surge en el año 1992 como iniciativa del Área de Salud y Educación de la comuna de La Florida con el fin de desarrollar un trabajo en red, específicamente con los distintos establecimientos educacionales municipalizados del territorio para abordar en forma conjunta los temas de la salud mental y problemas de lenguaje de nuestros escolares. Durante el año 2009 el programa de salud mental se fusiona con el programa de salud escolar (ambos dependientes de la COMUDEF) incorporando prestaciones de salud auditiva, visual y columna de la población infanto-juvenil para el total de colegios municipalizados, así como también para algunos colegios particulares subvencionados.

La atención integral de los niños y jóvenes pertenecientes a este grupo etáreo implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques y niveles de atención, lo que permite visualizarlos como sujetos de derecho para su sano desarrollo biopsicosocial.



Objetivo General

Contribuir a disminuir el grado de inequidad existente entre los alumnos, favoreciendo el máximo desarrollo de sus capacidades y potencialidades en las áreas cognitiva, emocional, familiar y social, a través de las diferentes prestaciones.

Objetivos Específicos

Promover y potenciar espacios de prevención, detección precoz, manejo y tratamiento de las situaciones de mayor complejidad que pongan en riesgo el sano desarrollo biopsicosocial en las distintas etapas del ciclo vital de los niños(as), adolescentes y sus familias.

Constituirse en un espacio de orientación a la comunidad escolar, así como a los usuarios y sus familias, para fortalecer tanto los vínculos interpersonales como la salud, entendida en su dimensión integral.
Para el desarrollo de los objetivos propuestos, el Centro cuenta con un equipo profesional multidisciplinario, compuesto por psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional (acompañado de un grupo de terapeutas ocupacionales en formación), así como también un equipo externo de profesionales en las áreas de salud visual, auditiva y columna, además de apoyo administrativo.
La programación de nuestras actividades está enfocada en la búsqueda de un trabajo colaborativo, de apoyo y resolutivo de las dificultades observadas en las diferentes áreas de trabajo de nuestro centro en al ámbito de la salud infanto-adolescente y de la comunidad escolar.

8.1. Área de Salud Mental

Tabla N° 53: Prestaciones Salud Mental Escolar 2016-2017.

Prestaciones	Actividades
Atención Asistente Social	Realización de los ingresos de todos los usuarios que requieren atención en áreas de salud mental y fonoaudiología. Desarrollo de intervenciones sociales de apoyo, intervenciones individuales, en duplas psicosociales, consejerías y/u orientación a las familias y usuarios(as). Realización de visitas domiciliarias y seguimientos de casos en establecimientos educacionales y redes.
Tratamiento Psicológico	Realización de psicoterapias individuales, evaluaciones psicodiagnósticas e intervenciones familiares y escolares.
Tratamiento Médico Psiquiatra	Evaluación diagnóstica, tratamiento psicofarmacológico e intervenciones a nivel individual, familiar y escolar.
Tratamiento Terapia Ocupacional	Atenciones individuales y grupales, con el objetivo de compensar las disfunciones que puedan existir, así como minimizar o prevenir el deterioro y promover la salud y el bienestar de los niños(as) y adolescentes.
Trabajo con las familias	Se desarrolla un trabajo de intervención con dupla psicosocial con aquellas familias que lo requieran, orientado a fortalecer los factores protectores y potenciar herramientas de cada familia.
Trabajo con los establecimientos educacionales	Actividad colaborativa y sistemática en conjunto con los agentes de cada uno de los 25 establecimientos COMUDEF (orientadores, educadores diferenciales, psicólogos, psicopedagogos, jefes de UTP, inspectores y directores) donde se desarrollan actividades de orientación, seguimiento, reuniones para la búsqueda de estrategias para favorecer el tratamiento y desarrollo del niño(a) y adolescente, desde una mirada más integral. Desde el año 2017 se incorpora la atención de alumnos(as) de establecimientos particulares subvencionados derivados desde CESFAM.
Trabajo con los CESFAM de la Comuna	Coordinación, referencia y contrarreferencia de casos que revisten mayor complejidad en los problemas de salud mental y lenguaje.

Consultoría de Salud Mental	Asesoramiento ambulatorio y continuo (mes por medio), a los equipos de salud mental de los CESFAM de la Comuna, que tiene como principal objetivo apoyar en tratamiento, prescripción farmacológica y/o derivación de casos de salud mental de la población infanto-adolescente de mayor complejidad. Esta actividad es realizada por médicos psiquiatras de Salud Integral Escolar.
Coordinación con Equipo de Educación de COMUDEF	Realización de mesas de trabajo en conjunto con el Programa de Convivencia Escolar de COMUDEF, con la finalidad de analizar y resolver casos de diversa complejidad relacionados con las áreas de convivencia, prevención de deserción escolar, detección precoz de vulneración de derechos, levantamiento de necesidades de capacitación continua y elaboración de estrategias de intervención para la comunidad escolar de los establecimientos COMUDEF.
Actividades para la Promoción y Prevención:	Están dirigidas a potenciar los factores protectores de la población infantoadolescente, sus familias y comunidad escolar, a través de actividades informativas y educativas que buscan sensibilizar sobre los diferentes problemas relacionados con la salud mental, que pudiesen constituir riesgo en las diferentes etapas del desarrollo. Entre las actividades realizadas se destacan los Talleres de Nadie es Perfecto, de Maltrato Infantil y Pautas de Crianza.

Fuente: Registro SIE 2016-2017

8.2. Área Fonoaudiología

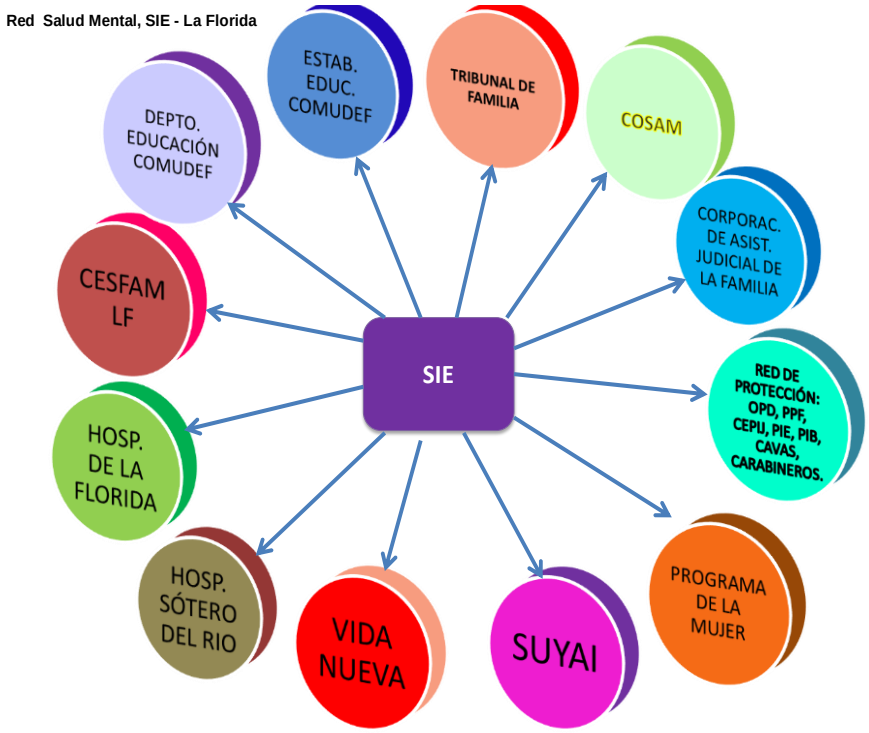
Tabla N° 54: Prestaciones Fonoaudiología.

Prestaciones Fonoaudiología
Busca establecer o restablecer las habilidades y funciones de la comunicación, a través de un trabajo de prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento especializado para casos de la población infantoadolescente que presenten trastornos del lenguaje y que sean derivados por los CESFAM, colegios y jardines infantiles de la comuna.
Con el objetivo de apoyar la detección temprana de problemas relacionados con trastornos del lenguaje, es que se realizan intervenciones coordinadas en aulas de jardines infantiles y talleres educativos a docentes que lo requieran.
Se realizan evaluaciones y tratamientos a alumnos derivados de jardines infantiles y establecimientos municipales de la Comuna, y desde el 2017 de establecimientos particulares subvencionados derivados desde los CESFAM de La Florida, que presenten dificultad en las áreas de nivel articulatorio, morfosintáctico y semántico.

Fuente: Registro SIE 2016-2017

8.3. Red Salud Mental

Salud Integral Escolar (SIE), es un centro que presta atención especializada y que se encuentra integrado a la red, prestando colaboración directa a la gestión de salud comunal, en atención, seguimiento y coordinación de casos con las diferentes redes existentes, según se muestra en imagen;



Cada usuario atendido en SIE se encuentra inscrito y está activo en un CESFAM de La Comuna.

Tabla N° 55: Población bajo control en SIE año 2016 y primer semestre 2017, inscritos en CESFAM de la Comuna, según se muestra en la siguiente tabla:

CESFAM	N°
Los Castaños - Sta. Teresa	50
Los Quillayes	94
Dr. Fernando Maffioletti	27
José Alvo	16
Bellavista	33
La Florida	56
Santa Amalia	30
Trinidad	25
Villa O'Higgins	69
Total	400

Fuente: Registro SIE 2016-2017

Desde el año 2016 se incorpora el ingreso de alumnos(as) pertenecientes a establecimientos particulares subvencionados derivados desde los CESFAM de La Comuna, que requieran atención en las áreas de salud mental, fonoaudiología o terapia ocupacional.

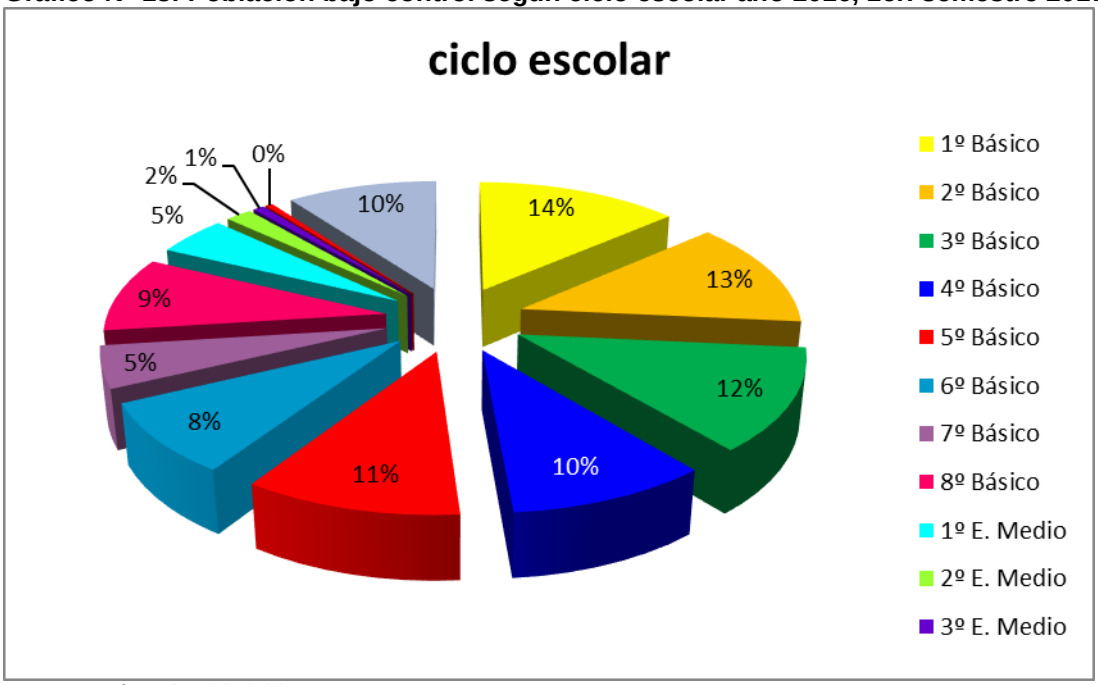
Es posible observar una baja en la demanda de atención debido a que durante el año 2016, se restringió las derivaciones directas desde los colegios para dar mayor cobertura a las derivaciones de los CESFAM, lo que no sucedió según lo esperado, teniendo que reformular la estrategia para el año 2017.

Tabla Nº 56:

Establecimientos educacionales	N° Casos por estab. educacional		Establecimientos educacionales	N° Casos por estab. educacional
Alto Cordillera	6		**Los Cerezos**	15
Andrés Bello	24		**Los Navíos**	21
Bellavista I	23		**Los Quillayes**	11
Bellavista II	7		**L.P.M**	2
Capitán Pastene	8		**Maestra Elsa Santibáñez**	32
Cardenal Samoré	9		**Marcela Paz**	15
Benjamín Vicuña Mackenna	4		**María Elena**	9
Guardiamarina E. Riquelme	13		**Nuevo Amanecer**	9
Indira Gandhi	31		**Oscar Castro**	22
Jardines infantiles	15		**Santa Irene**	12
Las Araucarias	7		**Sol de Illimani**	17
Las Lilas	6		**Sótero del Río**	7
Lo Cañas	13		**Estab. P. Subv. adscritos a CESFAM**	62
Los Almendros	12		**Sin colegio**	1
	400			

Fuente: Registro SIE 2016-2017

Gráfico N° 18: Población bajo control según ciclo escolar año 2016, 1er. semestre 2017.



Fuente: Registro SIE 2016-2017.

COMPOSICION DE LA DEMANADA

Pre-básica
- Prekinder – Kinder 10% de la atención

Primer ciclo escolar básico
- 1° a 4° básico con un 49% de la atención

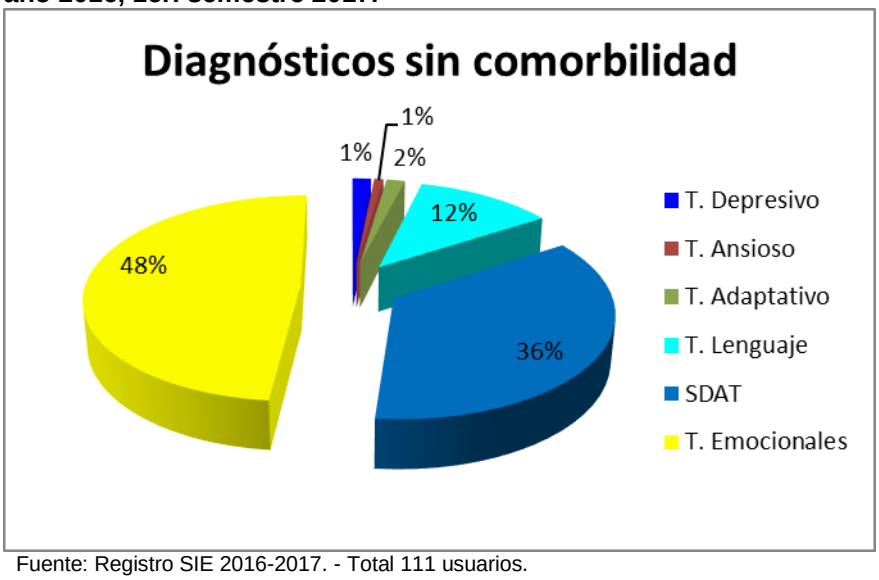
Segundo ciclo escolar básico
- 5° a 8° básico con un 33% de la atención

Enseñanza media
- 1° a 4° Medio 8% de la atención

Al igual que años anteriores, se observa que la mayor demanda está centrada en el primer ciclo escolar básico.
Las cifras nacionales e internacionales dan cuenta de un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia (de la Barra, 2011). Un tercio de la población infanto-juvenil chilena presenta algún tipo de trastorno mental (Vicente et al., 2012), por lo que frecuentemente nos encontramos en la búsqueda de estrategias de intervención integral,

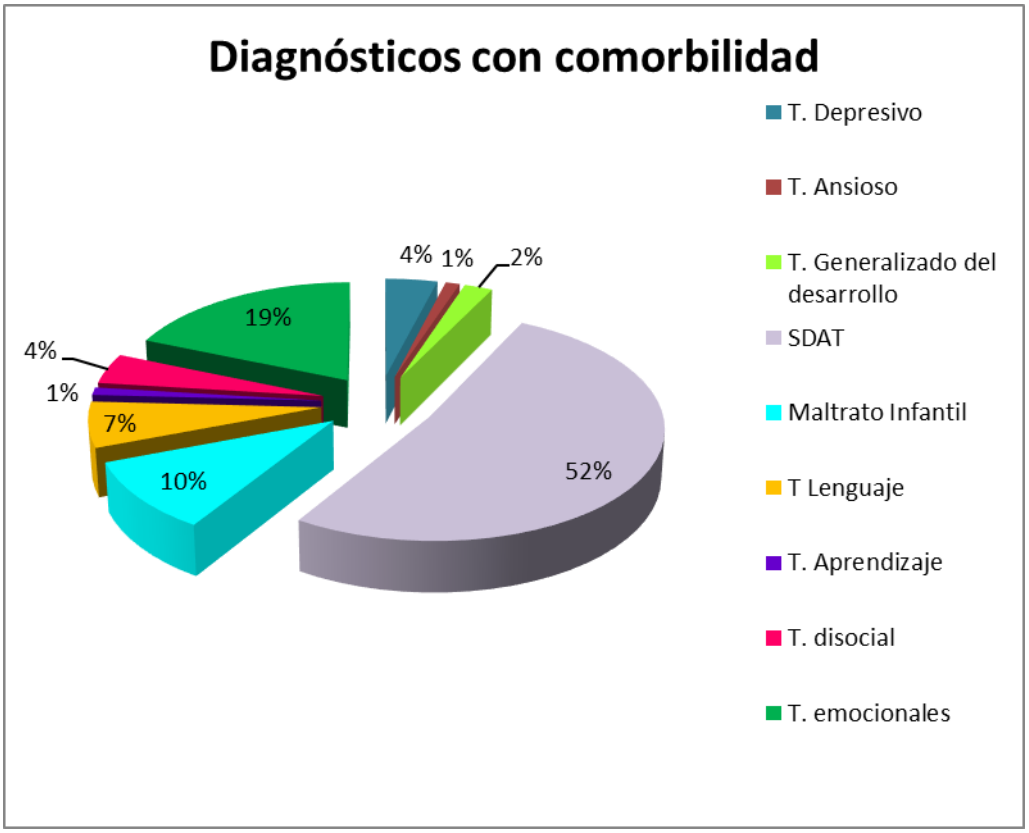
enfocadas en lo preventivo, dando mayor énfasis en la promoción de factores protectores, específicamente fortaleciendo el trabajo en los establecimientos educacionales y familias ([4]).

Gráfico N°19: Diagnósticos más frecuentes de la Población Bajo Control atendida durante el año 2016, 1er. semestre 2017.



Fuente: Registro SIE 2016-2017. - Total 111 usuarios.

([4]) La escuela presenta una oportunidad única para impartir conocimientos sobre la salud, fomentar estilos de vida saludables y, especialmente, fortalecer el desarrollo psicosocial y físico para este grupo poblacional. A su vez, la escuela, como centro de enseñanza, aprendizaje, convivencia y crecimiento, es un espacio privilegiado para implementar actividades y programas integrales de promoción de la salud, transformándose los establecimientos educacionales en escuelas promotoras de la salud, incluidos docentes, estudiantes y sus familias. (OMS, 2004).



Fuente: Registro SIE 2016-2017

Del análisis de los resultado de la población atendida en nuestro centro, se observa un porcentaje mayor de usuarios con más de un diagnóstico, lo que está relacionado con un funcionamiento familiar alterado, la edad, la presencia de psicopatología en la familia, no vivir con ambos padres, la falta de apego a la figura primaria y problemas de consumo, reflejando un mayor riesgo en la presencia de trastornos de salud mental con comorbilidad.

8.4. Convenio Programa Prestaciones Valoradas (PPV), Suscrito con El SSMSO.

Tabla N° 57: Cumplimiento año 2016

Canasta (Tr. Mensual)	Meta Anual	Ejecutado 2016	% Cumpl.
Trastorno Hipercinético, Trat. Ambulatorio Nivel Especialidad	2000	2217	111%

Maltrato Infantil	620	966	156%
Depresión Unipolar y Distimia, menores de15 años, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado	160	205	128%
Trastorno del Comportamiento, emocionales de la Infancia y Adolescencia, Trat. Nivel especialidad	1650	1418	86%

Fuente: SIGGES 2016 – SSMSO

Es importante destacar que de los trastornos mencionados en cuadro precedente, la coexistencia de síntomas existentes es cada vez mayor, lo que de acuerdo a lo observado en nuestro trabajo se debe muchas veces al reforzamiento negativo por parte de las familias, la progresión y reforzamiento de conductas inapropiadas en los niños, la falta de límites en la educación de los niños en edad preescolar, las respuestas parentales patogénicas (como el abuso y la negligencia), los factores ambientales (como estilos de crianza punitivos, abuso de la pareja, aislamiento y abuso de sustancias). Lo anterior refuerza la necesidad de trabajar aún más en áreas preventivas con los establecimientos y la comunidad en general.

Tabla Nº 58: Población Bajo Control Por Grupo Etario y Sexo 2016, 1er semestre 2017

Población			
Rango Etario	**Masculina**	**Femenina**	**Total**
0-4a	4	5	9
5ª-9	123	38	161
10-14a	135	44	179
15-19	33	18	51
Total	295	105	400

Fuente: Registro SIE 2016-2017

Al igual que años anteriores destaca la población masculina con mayor consulta, observándose que al ser más expresivos al exteriorizar sus emociones a través de la actividad presentan mayor demanda por problemas de conducta y distractibilidad.

Tabla N° 59: Detalle Altas SIE 2016- 1er semestre 2017

Altas	**N°**
Abandono	206
Clínica	2
Derivados	33
Renuncia a tratamiento	3

Otros (Isapre, Capredena, egresos por edad, cambios de domicilio o colegio)	55
Total	299

Fuente: Registro SIE 2016-2017.

8.5. Actividades Preventivas 2016- 1er semestre 2017

Durante el año 2016 se mantuvieron como actividades preventivas los Talleres de "Nadie es perfecto" para padres, madres y/o cuidadores de niños en Jardines Infantiles de la Comuna.

Capacitación de 10 facilitadores de Nadie es Perfecto en el SSMSO-Minsal.

Apoyo en orientación y talleres en manejo de conflictos a docentes en algunos establecimientos educacionales de la Comuna.

Talleres de detección de trastornos del Lenguaje, realizados por Fonoaudiólogo en jardines y establecimientos educacionales de la Comuna.

8.6. Área de Salud Escolar – Prestaciones Médicas 2016, 1er semestre 2017.

El Área de Salud Escolar de Servicios Médicos-Junaeb, tiene como objetivo principal contribuir a mejorar la salud de los escolares de establecimientos municipales y particulares subvencionados, resolviendo problemas de salud relacionados con el desempeño e integración al proceso educativo y colaborando con la mantención y éxito en el sistema educacional.

Para el logro del objetivo propuesto este programa entrega prestaciones a niñas, niños y jóvenes, de 4 a 18 años de edad, que presentan problemas visuales, auditivos y de columna, a través de pesquisas, diagnóstico, exámenes, tratamientos y control, realizados por profesionales especialistas de cada área médica, entregando para ello productos y servicios integrales de calidad, que contribuyan a la igualdad de oportunidades.

El modelo de intervención comunal contempla tres ejes que se interrelacionan entre sí:

Entrega servicios médicos (atenciones, exámenes y tratamientos), que conforma el área asistencial propiamente tal, con la resolución integral de los casos recepcionados, respecto del diagnóstico y su supervisión durante toda su trayectoria educativa.

Gestión local de trabajo en red con la comunidad escolar de los establecimientos educacionales de la comuna y CESFAM.

Promover y sustentar el grado de compromiso, y sentido de pertenencia con el Programa de Servicios Médicos, de padres, profesores, alumnos y comunidad educativa en general.

8.7. Especificaciones del Programa de servicios Médicos

El programa está dirigido a los establecimientos educacionales de la comuna, siendo de carácter obligatorio para los municipalizados, y voluntario para los particulares subvencionados.

Dentro del marco de trabajo en Red, desde el año 2012 se amplía la cobertura hacia los CESFAM para realización de derivaciones directas (con interconsulta), para aquellos niños/as y adolescentes que presenten dificultad en alguna de las áreas de intervención.

Red Salud Escolar - SIE

BENEFICIARIOS:

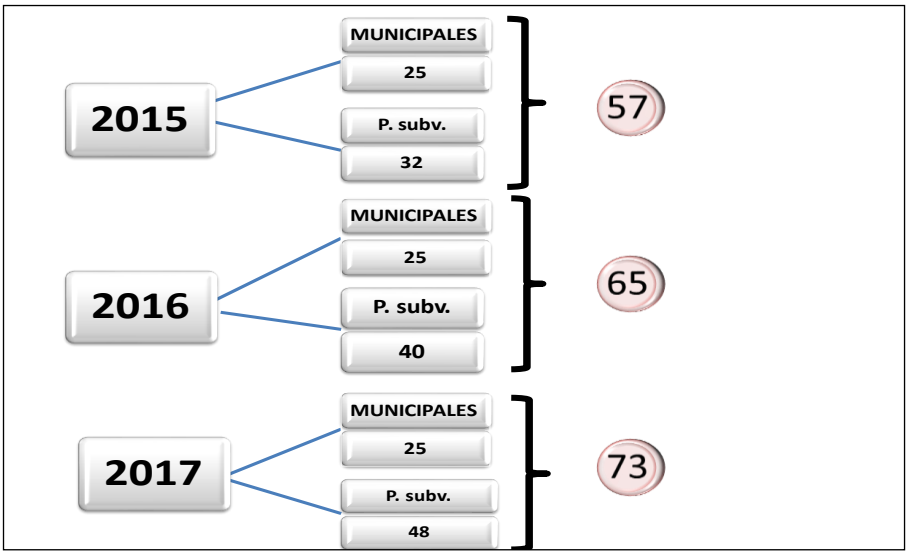
- Alumnos cuyo sistema de salud corresponde al **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**, o Sistema de Salud Privado **(ISAPRE)**
- Alumnos pertenecientes al **Sistema Chile Solidario**

Fuente: Registro SIE 2016-2017.

Al igual que en otros años, en el mes de marzo se realiza una convocatoria masiva para la continuidad e incorporación de los establecimientos educacionales de la Comuna.

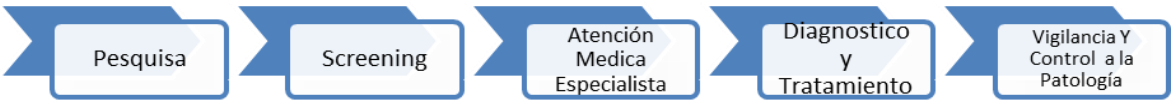
El éxito del programa ha permitido que año tras año, existan más establecimientos interesados en ser parte de este gran equipo para beneficio de nuestros alumnos, según se observa en la imagen siguiente.

Tabla N° 60: Establecimientos educacionales participantes, últimos 3 años.



Lo anterior nos indica que cada año se visibiliza más el programa, logrando ampliar la cobertura a más establecimientos educacionales, favoreciendo a cada vez más a una mayor cantidad de alumnos.

Las prestaciones de salud escolar de servicios médicos, cuentan con diferentes etapas de trabajo, tales como:



Para el desarrollo de cada una de estas etapas, es necesario establecer un fuerte vínculo de trabajo y coordinación con los diferentes establecimientos educacionales, cuerpo docente, padres, apoderados, técnicos y especialistas.

Tabla N° 61: Prestaciones y etapas de Salud Escolar – Servicios Médicos

ETAPAS	QUÉ	ÁREA	¿QUIÉN LO/A REALIZA?	¿CÓMO?	BENEFICIO
1a.	Pesquisa Escuela	Otorrino	Profesores Jefes	Encuesta para Padres	
		Oftalmología	Educadora de Párvulos/Prof. Jefe	Tabla Snellen Abreviada	
		Columna	Profesor de Educación Física	Examen de Columna	

2a.	Screening	Otorrino	Fonoaudiólogos o Tecnólogo Médico	Emisiones Otacústicas (pre-escolar)	
				Audiometrías Universales	
		Oftalmología	Tecnólogos Médicos	Test de Hirschberg - Cover test	
		Columna	Kinesiólogos	Test de Adams	
3a.	Consulta Médica y exámenes	Otorrino	Médico Otorrino	Audiometrías BERA Impedanciometría	
		Oftalmología	Médico Oftalmólogo	Consulta Médica, examen autorrefractómetro	
		Columna	Kinesiólogo	Radiografías	
4a.	Entrega y Control de tratamientos	Otorrino	Centros Audiológicos	Derivación e indicación de especialistas	Audífonos, cintillos Óseos, implantes Coclear, Plan de Audífonos, Medicamentos
		Oftalmología	Ópticas		Lentes ópticos o de contacto, tratamientos Ejercicios Ortópticos, Tratamiento con Parche de oclusión
		Columna	Centro de Especialidades Médicas		Corsé, Realce, Tratamientos Kinésicos
			Centros Médicos		
			Farmacias		
5a.	Control regular a escolares con indicación de tratamiento	Otorrino	Médicos otorrino	Control cada 6 meses o 1 vez al año, según patología	
		Oftalmología	Médicos Oftalmólogos y Tecnólogos Médicos con Mención en Oftalmología a nivel Regional		
		Columna	Traumatólogos		

Tabla N° 62: Focalización por cursos.

Patologías	Cursos Focalizados
Oftalmología	Cursos de PK- K - 1° y 6° básico, más escuelas especiales (entre 4 y 18 años)
Otorrino	Se realiza pesquisa auditiva en los cursos de PK-K y 1°basico, más escuelas especiales (entre 4 y 18 años)
Columna	Se realiza pesquisa de Columna en todos los 7° básicos, más escuelas especiales (entre 4 y 18 años)
Los cursos NO focalizados pueden tener atenciones en las tres áreas, siendo derivados por Interconsulta o con receta de médico que especifique diagnóstico.	

Fuente: Registro Salud Escolar -SIE 2016-2017.

Composición de la demanda Área Salud Escolar

El total de alumnos matriculados el año 2016, entre establecimientos municipales y particulares subvencionados de la comuna, perteneciente al programa es de un total de de 33.392 y de 34.977 alumnos para el año 2017. Observando un aumento en las matriculas para este año.

Durante el año 2016-1er semestre del 2017, la pesquisa realizada en cursos focalizados equivale a un total de 10.344 alumnos, de los cuales 1765 fueron atendidos por especialistas, según se muestra en tabla siguiente;

Año 2016

Total alumnos Curso Focalizados	11.567

PESQUISA/LEVANTAMIENTO BARRIDO AÑO 2016			TOTAL		CONTROLES 2016			TOTAL
VISUAL	AUDITIVA	COLUMNA			OFT	OTO	COL	
1946	935	534	3415		714	71	136	921

Año 2017

Total alumnos Curso Focalizados	12.106

PESQUISA/LEVANTAMIENTO BARRIDO AÑO 2017			TOTAL		CONTROLES 2017			TOTAL
VISUAL	AUDITIVA	COLUMNA			OFT	OTO	COL	
5371	605	943	6919		675	53	116	844

Es importante señalar que existe una pequeña diferencia en total de las pesquisas realizadas, en relación a otros años, debido a que 2017 no se realizaron barridos.

Total Año 2016 más 2017

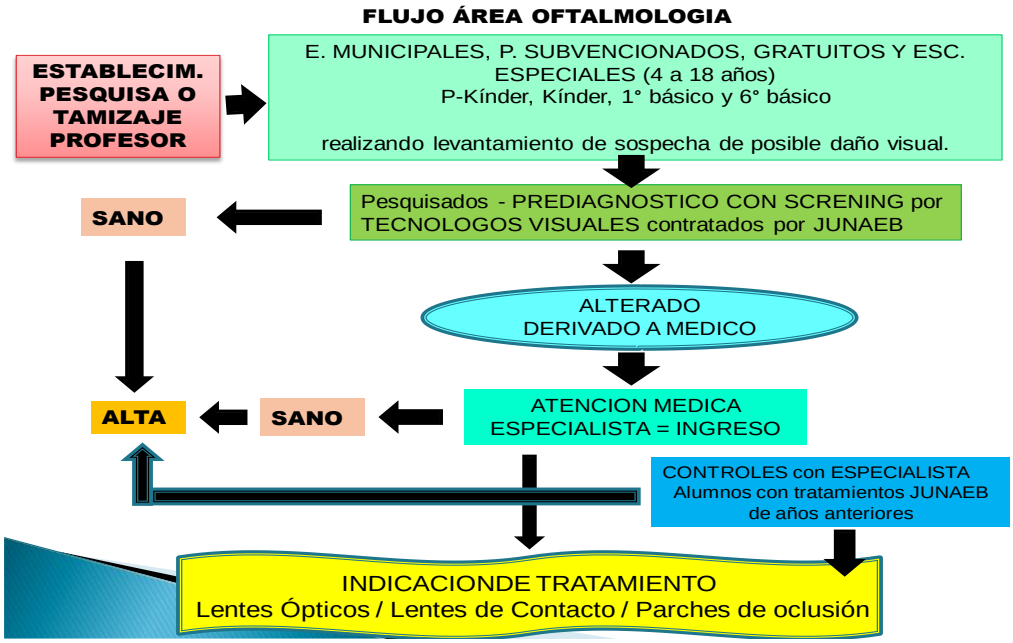
PESQUISA/LEVANTAMIENTO BARRIDO AÑO 2016 + 2017			TOTAL		CONTROLES 2016 + 2017			TOTAL
VISUAL	AUDITIVA	COLUMNA			OFT	OTO	COL	
7317 (*)	1540	1477	10334		1389	124	252	1765

Fuente: Registro Salud Escolar –SIE

(*) El aumento de pesquisa en oftalmología se debe a que durante el 2017 se realizó un estudio que permitió la incorporación de 2.000 alumnos más de pre-básica.

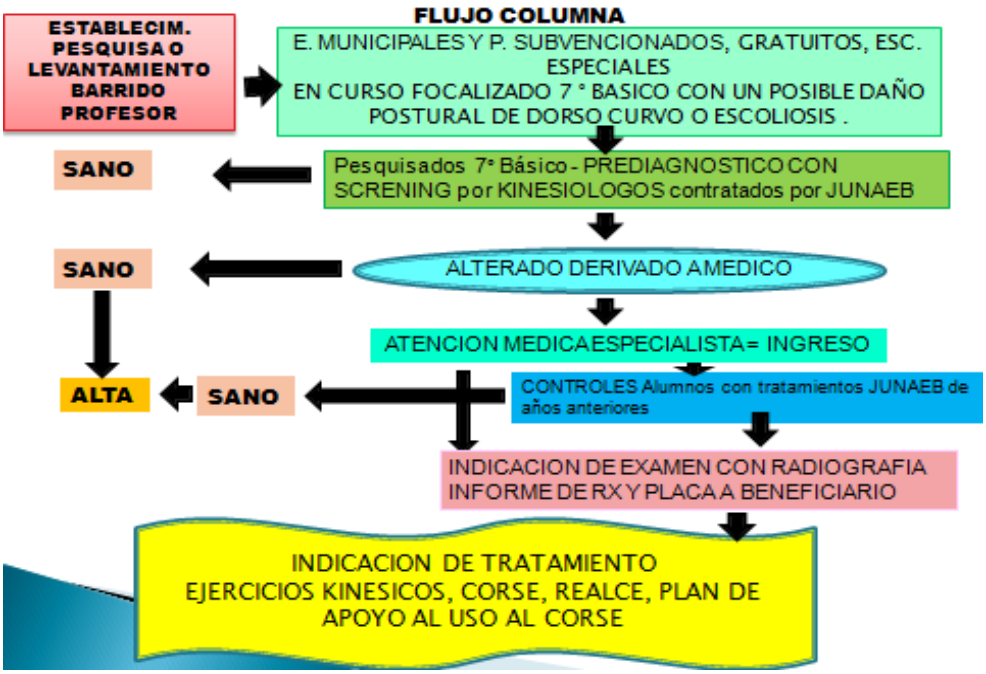
(*) Durante el año 2016-2017 se entrega un total de 14 audífonos, a alumnos que se encuentran bajo control de años anteriores. En control del año 2017 después de evaluación médica no se pesquisaron alumnos nuevos con necesidad de audífonos.

Flujos de atención por áreas médicas



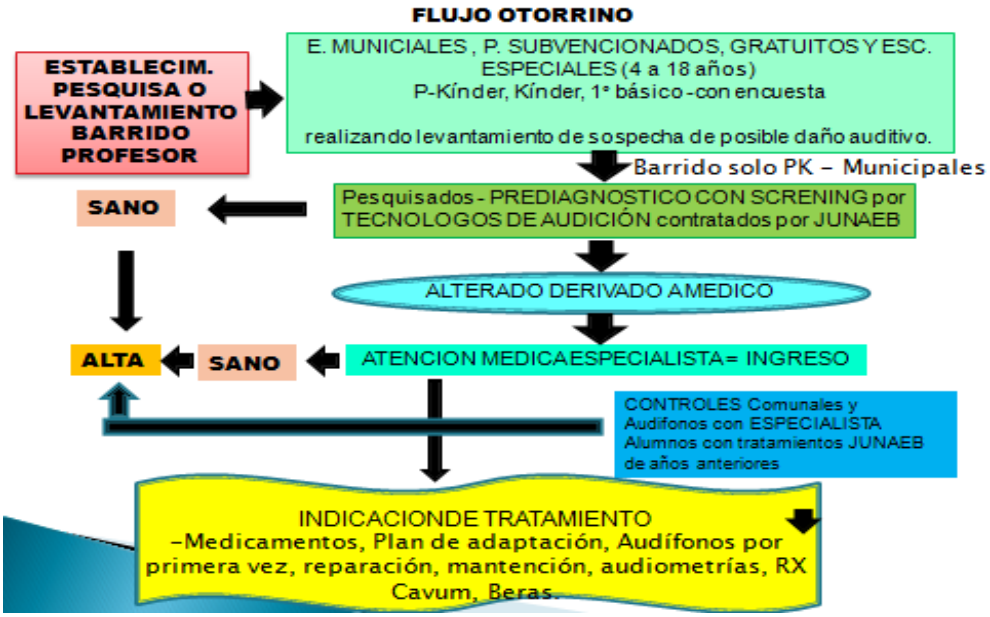
El presupuesto anual para cubrir las diversas prestaciones del área de oftalmología de los alumnos de la comuna atendidos es de aproximadamente $36.000.000 de pesos, que se distribuyen en atenciones de profesionales especializados y entrega de lentes ópticos, o de contacto, tratamientos con parche de oclusión.

Se destaca que el equipo de profesionales se traslada a la comuna para brindar la atención a cada alumno que lo requiere, así como también la óptica donde pueden elegir el modelo y color de sus lentes.



El presupuesto anual para cubrir las diversas prestaciones del área de columna de los alumnos atendidos es de aproximadamente $30.000.000 de pesos, que se distribuyen en atenciones de profesionales especialistas y entrega de corsé, realce y tratamientos kinésicos.

Se destaca que el equipo de profesionales se traslada a la comuna para brindar la atención a cada alumno que lo requiere.



El presupuesto anual para cubrir las diversas prestaciones del área de Otorrino de los alumnos atendidos es de aproximadamente $20.000.000 de pesos, que se distribuyen en atenciones de profesionales especialistas y entrega de audífonos, reparaciones, mantenimientos, plan de adaptación de los mismos, cintillos óseos y medicamentos.

Además de la entrega de una tarjeta para compra de medicamentos en farmacias con un total de $30.000, lo que permite que ningún alumno(a) quede sin tratamiento por falta de recursos económicos.

8.8. Proyecciones área de salud mental 2018

Nuestro centro busca lograr realizar una atención integral que considera la intervención en red tanto, sanitaria como intersectorial, en la lógica del respeto por el ejercicio y protección de derechos de los niños(as) y adolescentes, lo que nos orienta a seguir buscando estrategias que nos permitan realizar una pesquisa precoz para un diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que sabemos que el logro de este objetivo, aumenta exponencialmente la factibilidad de alcanzar resultados favorables de mantención de conductas sanas, recuperación de daño o vulnerabilidad, reinserción escolar, familiar y social de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.

Es en este sentido que durante el año 2016 se amplió la cobertura para el ingreso de alumnos de establecimientos particulares subvencionados derivados desde los Cesfam y durante el año 2017 se amplió para todos los establecimientos de la comuna.

El desafío para el año 2018 además de continuar con las prestaciones ya existentes, es poder abrir progresivamente los ingresos directos de establecimientos particulares subvencionados

comunales que presenten un Índice de vulnerabilidad alta, transformándonos de esa forma en una red de apoyo más expedita, y continuar cumpliendo con la necesidad comunal de apoyar la gestión de una forma más directa.

Una tarea pendiente es poder trabajar más en promoción y prevención con la comunidad en general, en realización de capacitaciones, talleres educativos y actividades orientadas a desarrollar estrategias lúdicas de intervención, orientada a la reducción del impacto negativo de los factores de riesgo (agresividad, bajos logros cognitivos, hiperactividad, timidez) y la potenciación de factores protectores (comunicación, sociabilidad, expresión de sentimientos y asertividad) con el propósito de estimular el desarrollo de competencias y habilidades en los niños/as de manera integrada y adaptativa, aumentando de esa forma las probabilidades de obtener mejores resultados.

También nos hemos planteado como desafío, el poder brindar mayor cobertura de atención a los niños, niñas y adolescentes con trastornos generalizados del desarrollo en un trabajo colaborativo con profesionales de los Cesfam y del hospital de La Florida.

Sigue siendo un deseo para nuestro centro poder continuar siendo campo clínico para las distintas áreas de trabajo (psicología clínica, comunitaria, terapeuta ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía y psiquiatría), a través de convenios con las distintas universidades avaladas por COMUDEF.

El establecimiento paulatino de horarios diferido, implementado el año 2016, nos ha permitido una mayor adherencia a tratamientos debido a que se facilita el acceso para las familias que deben trabajar todo el día. Nos queda pendiente aumentar la cobertura en esos horarios para la integración de otras miradas como como atenciones clínicas psicoterapéuticas con orientación sistémica.

En cuanto al trabajo que se realiza en el área de Salud Escolar- Servicios Médicos, se presenta como un desafío importante el lograr disminuir las inasistencias a controles, para lo cual se procurara ampliar la difusión y visibilizarían de las prestaciones otorgadas a través del apoyo de la jefatura del área de educación, depto. de comunicaciones de Comudef, asistencia a reuniones de apoderados para que padres y apoderados comprendan y dimensionen la importancia que tiene para sus hijos poder contar con este tipo de apoyo, así como mayor presencia en establecimientos particulares subvencionados.

De esta forma se mantiene nuestra línea de acción focalizada el trabajo en Red, de los servicios de salud de La comuna.
En relación a las necesidades que se consideran adecuadas y pertinentes para dar cumplimiento a la demanda existente en atención de salud mental, sigue siendo prioritario contar con capacitaciones continuas en temáticas propias de nuestra labor, mejora de la infraestructura y mayor atención en horario diferido.

8.9. Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS

Programa de Acompañamiento a Niños, Niñas Adolescentes y Jóvenes de familias con Alto Riesgo Psicosocial en la Atención Primaria

En junio del año 2016 se dio inicio al plan Piloto de Acompañamiento Psicosocial, cuyo propósito de inicio estuvo orientado a brindar atención de acompañamiento psicosocial a familias con integrantes de alto riesgo psicosocial en el marco del Modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, esto principalmente con acciones de prevención, detección, monitoreo y seguimiento, donde el propósito fundamental era mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.
Las acciones específicas a desarrollar se formularon de la siguiente manera:

Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.

Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.

Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.

Durante el año 2017 el Programa de Acompañamiento, deja de ser Piloto y cobra relevancia al incorporase los equipos en los equipos de sector y hacerse cargo de casos de complejidad elevada que muchas veces por la gran carga asistencial de atención primaria, no logran ser monitoreados con la regularidad que le ofrece la dupla de trabajo formada por un profesional Psicólogo o Trabajador Social y Agente comunitario.

Tabla N° 63: Metas por Centros de Salud para el año 2016 y 2017. Programa de Acompañamiento Psicosocial Comuna de la Florida.

CESFAM	Meta CESFAM 2016	Realizado 2016	Meta CESFAM 2017	Realizado a Julio 2017
Bellavista	59	59	56	56
Los castaños	44	51	42	49
Los quillayes	78	85	76	59
Maffioletti	61	65	59	60
Villa O'Higgins	54	72	53	84
Santa Amalia	66	64	64	65
Trinidad	38	44	39	21
Las Florida	48	48	49	20
Jose alvo	40	42	40	30
Total	488	530	478	444

Como se puede reflejar en tabla, los casos complejos de alta vulnerabilidad social y emocional que requieren de mayor articulación y seguimiento siempre estarán presentes en CESFAM y es por esta razón que las metas se realizan y se superan sin inconveniente.

8.10. Consultoría Infanto-Juvenil

La consultoría para este grupo etareo es encabezada desde año 2012 por el equipo de psiquiatras que pertenecen a Salud integral Escolar (SIE). El enfoque general de la consultoría, se enmarca dentro de los lineamientos que el Ministerio propone como orientación del Modelo de gestión para las consultorías en donde menciona tres principios de gran relevancia, siendo estos: Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado, siendo de carácter familiar y comunitario, entendiendo la atención de salud como un proceso integral y continuo centrado en las personas, sus familias y la comunidad.

Esta actividad tiene regularidad en el tiempo ya que se realiza desde hace 4 años por equipo estable de profesionales que pertenecen a SIE. Se realiza de manera bimensual y cuenta con la participación del equipo de salud de APS que atiende usuarios que presenten patologías de salud mental. Esta metodología propicia la discusión de casos, retroalimentación de procesos que se llevan a cabo con usuarios y cuando lo requiere, la determinación que el usuario debe asistir al dispositivo de complejidad mayor para ser atendido por el problema de salud mental que lo aqueja.

9. Rehabilitación Infantil

En el año 2013 el SSMSO comienza a trabajar una estrategia entre NANEAS y el Área de Salud de La Florida, para la atención de usuarios de la comuna que están inscritos en el programa niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) en el CCR Los Castaños. Esto por un lado dado la gran demanda de pacientes en NANEAS y acercar el proceso de rehabilitación de los pacientes a su territorio.

El programa de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud está enfocado en “Aquellos usuarios menores de 18 años de edad que presenten o están en riesgo de presentar una enfermedad crónica de salud (física, conductual o emocional) y que además requieren de mayor uso de los servicios de salud.

La estrategia utilizada desde el programa comprende la articulación de servicios existentes en la red de Salud Metropolitana Sur Oriente, para el abordaje de las necesidades específicas de cada niño o adolescente y sus familias.

Los usuarios NANEAS beneficiarios de esta estrategia en el CCR Los Castaños, están inscrito en alguno de los 9 CESFAM de la comuna. Según las necesidades de atención, los niños y adolescentes son vinculados a los diversos programas existentes en los centros de salud familiar, por ejemplo, estimulación temprana y rehabilitación comunitaria.

9.1. Criterios de Inclusión y Población Objetivo

La población objetivo se establece en base a 5 criterios:

- Edad: recién nacidos hasta los 19 años.
- Estado general de salud: Padecer de una condición de salud crónica que afecte uno o más ámbitos (físico, conductual o emocional)
- Consecuencias del proceso salud y enfermedad: Una disminución de la calidad de vida del niño/adolescentes y su familia estimada en 12 meses o más.
- Participación social: Dificultad para participar en actividades acordes a su edad.
- Necesidades especiales de atención en salud: Necesidades de atención y/o prestaciones no habituales en salud, sumado a una mayor frecuencia en la utilización de servicios requeridos para la edad respectiva.

Con el fin de categorizar a los pacientes y adecuar los recursos y cuidados especiales, la Sociedad Chilena de Pediatría, clasifica las necesidades especiales de atención de salud en 6 tipos:

- Atención por especialista.
- Medicamentos de uso crónico.
- Alimentación.
- Tecnología médica.
- Rehabilitación.
- Educación especial.

Cada uno de estos criterios se categoriza ya sea en menor complejidad o mayor complejidad y se utilizan para clasificar el caso.

Tabla N° 64: Clasificación de necesidades especiales según La Sociedad Chilena de Pediatría, año 2008.

Categoría	Categoría Menor	Categoría Mayor
Atención por especialista	≤3 especialistas	≥ 4 especialistas.
Medicamentos de uso crónico	≤ 4 medicamentos de administración oral	≥ 5 medicamentos o requerimiento de endovenosa o requiere administración con asistencia en hospital.
Alimentación	Alimentación enteral con formula	Alimentación parenteral.
Tecnología Médica	Uso de elementos externos	Ventilación mecánica.
Rehabilitación	Transitoria (<a 12 meses)	Permanente (>a 12 meses).

Educación Especial	Escuela especial o adaptación curricular	Escuela hospitalaria más allá del periodo de hospitalización.

Fuente: SOCHIPE.

En base a las 6 categorías mencionada en la Tabla anterior, se clasifican a los usuarios según su nivel de complejidad en tres tipos:

- NANEAS de baja complejidad: Son usuarios un máximo de 2 necesidades de complejidad mayor (exceptuando la necesidad de nutrición parenteral o ventilación mecánica). En general son pacientes estables con familias autovalentes.
- NANEAS de mediana complejidad: Son usuarios con 3 o más necesidades en categoría de mayor complejidad (exceptuando la necesidad de nutrición parenteral o ventilación mecánica). Estos usuarios requieren de cuidados frecuentes o permanentes, se recomienda derivar a CDT o CRS para centralizar cuidados.
- NANEAS de alta complejidad: Son usuarios con fragilidad médica extrema, con limitaciones funcionales severas y permanentes. Presentan todas las necesidades en categoría mayor y requieren frecuentemente de periodos de hospitalización cerrada, se recomienda derivar a servicios de cuidados complejos).

Para realizar la atención en CCR Los castaños de pacientes NANEAS de baja complejidad pertenecientes a la comuna de La Florida, se incorpora con un terapeuta ocupacional, el cual fue capacitado por el equipo profesional NANEAS cuyas tareas han estado enmarcada en lo siguiente:

Realizar orientaciones y capacitación a las encargadas de las salas de estimulación temprana de los 9 CESFAM de la comuna desde el año 2015, cuyo objetivo es:

- Entregar información respecto a las orientaciones del programa NANEAS (criterios de ingreso, flujos, etc.).
- Entregar herramientas teórico prácticas para la evaluación y manejo de niños con sospecha de patología crónica.
- Articular recursos en salud para la atención y seguimiento de usuarios pertenecientes al programa.
- Atención en sala de estimulación como un proceso continuo que tiene como objetivo principal estimular a los usuarios en las distintas esferas del desarrollo psicomotor (tanto física, mental, afectiva y social) a fin de facilitar un desarrollo y crecimiento normal.
- Visitas domiciliarias integrales, articulando los recursos disponibles desde los programas infantiles, los equipos de postrados y trabajo de familia, es posible realizar visitas en terreno, las cuales tienen como objetivo realizar la pesquisa y evaluación de niños pertenecientes a NANEAS, así como de realizar un diagnóstico integral situado en la realidad particular de cada usuario.

Ingreso y tratamiento de usuarios NANEAS en rehabilitación: El ingreso a rehabilitación consta de una evaluación por terapeuta ocupacional utilizando un enfoque integral de atención (viendo al usuario en su globalidad, incorporando aspectos sociales y comunitarios). El objetivo de la intervención es facilitar el acceso de niños y adolescentes con necesidades especiales a la comunidad, y favorecer la participación de los mismos en actividades que en las cuales ellos desarrollen sentido de logro.

Confección de mobiliario de bajo presupuesto: Muchos usuarios pertenecientes al programa NANEAS presentan secuelas físicas y neurológicas que limitan la cantidad de habilidades y destrezas necesarias para desempeñarse efectivamente en las actividades cotidianas. Para ello, en rehabilitación física se diseñan ayudas técnicas y aditamentos de soporte, orientados a potenciar los remanentes físicos y aumentar el nivel de autonomía e independencia de los usuarios en su contexto real. Dichas ayudas técnicas son confeccionadas en base a material reciclado a fin de abaratar costos y facilitar el acceso de familias de bajos recursos a esta prestación.

Articulación de recursos en educación: Actualmente, se cuenta con un catastro de redes comunales, dentro del cual es posible identificar y localizar aquellos establecimientos educacionales que cuentan con un sistema de educación especializado.

Es así como los distintos centros de Salud Familiar, a través de las educadoras de párvulo y el terapeuta ocupacional a cargo del programa, articulan la red de servicios a fin de asegurar una educación de calidad para los niños y adolescentes pertenecientes al programa, tomando en cuenta las necesidades particulares de cada uno de ellos.

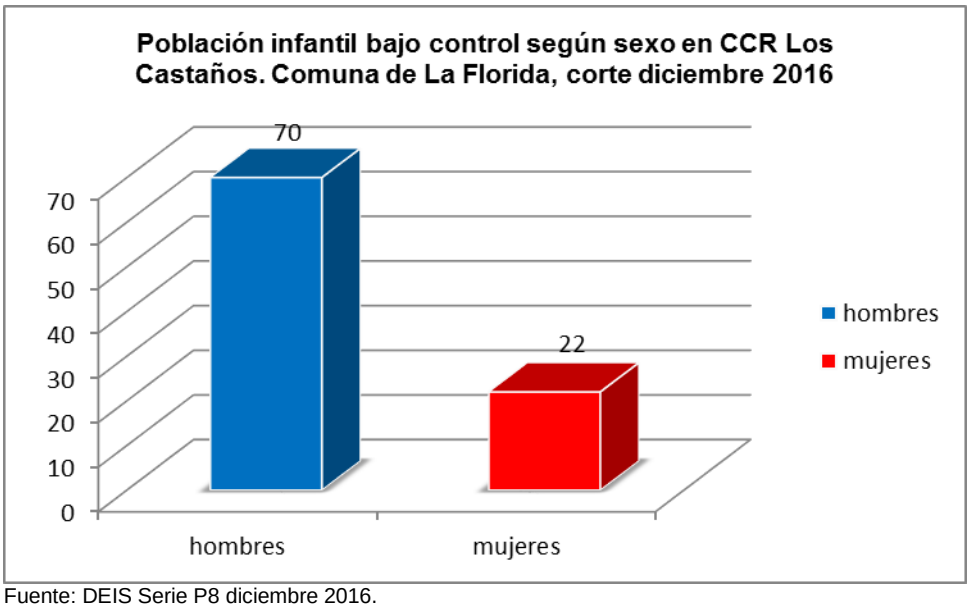
Tabla N° 65: Población Infantil (menores de 10 años) bajo control en Rehabilitación Infantil CCR Los Castaños. Corte a diciembre 2016.

Población bajo control infantil por CCR			
Centro de salud	**hombres**	**mujeres**	**total**
Los Castaños	70	22	92

Fuente: DEIS Serie P8 diciembre 2016.

En CCR Los Castaños es el centro comunitario de rehabilitación física de la comuna que comenzó a trabajar la estrategia de rehabilitación de población infantil en alianza con NANEAS, a diciembre 2016, corresponde a 92 pacientes bajo control.

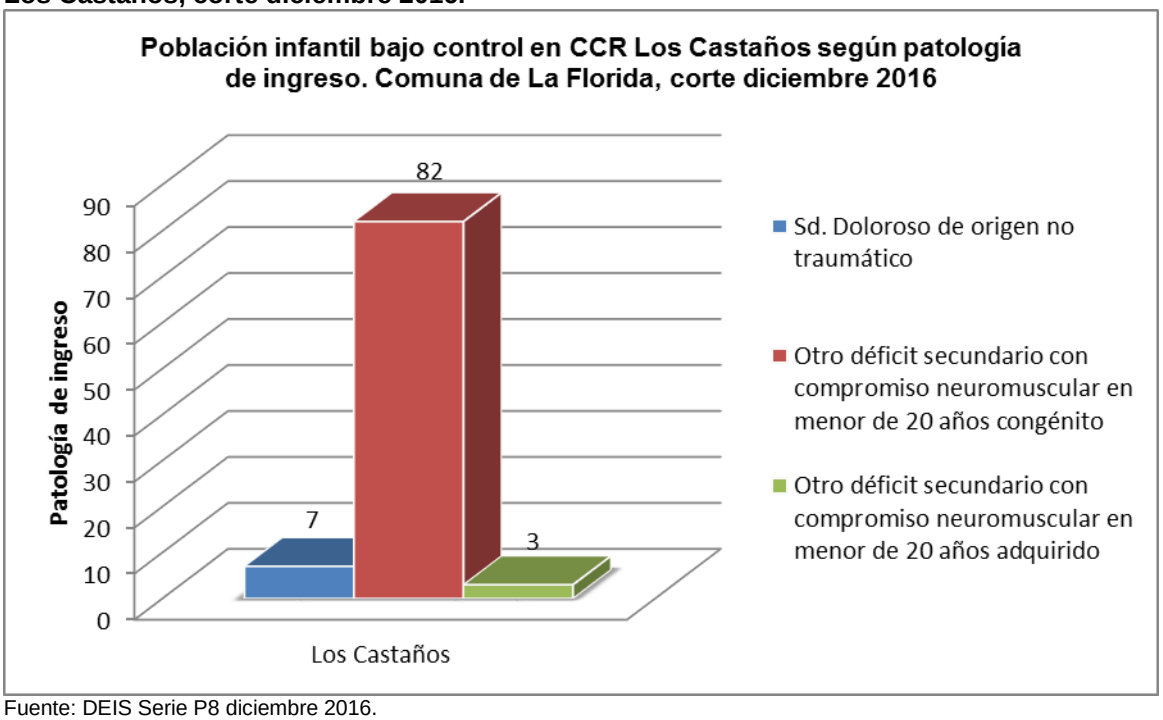
Gráfico N° 20: Población Infantil (menores de 10 años) bajo control en Rehabilitación Infantil CCR Los Castaños. Corte a diciembre 2016.



Fuente: DEIS Serie P8 diciembre 2016.

Si analizamos esta población según sexo, como lo demuestra el Gráfico N°20, mayoritariamente corresponde a hombres con un 76% de la población bajo control y un 24% a mujeres.

Gráfico N° 21: Población menor de 10 años bajo control según problema de salud en CCR Los Castaños, corte diciembre 2016.



Fuente: DEIS Serie P8 diciembre 2016.

El Gráfico N°21 muestra que el problema de salud por el cual ingresaron los niños a rehabilitación física en CCR Los Castaños en el corte diciembre 2016 corresponde principalmente Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito con un 89% de la población total bajo control en este rango etario.

9.2. Proyecciones 2018 Rehabilitación Infantil:

Tomando en cuenta que el mayor número de usuarios y usuarias ingresadas presentan diagnósticos de trastornos generalizados/ trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, surge la necesidad de articular recursos para responder a las necesidades de estos usuarios.

- Atenciones multidisciplinarias de fonoaudiología y terapia ocupacional en centro de salud familiar Los Castaños: Como nuestro centro de salud mantiene un convenio docente asistencial que permite la participación de dos fonoaudiólogos dentro de nuestro equipo, se plantea como estrategia coordinar derivaciones a fonoaudiología para casos moderados/severos que requieran apoyo de esta profesión para el fomento y el desarrollo del lenguaje. Además, se realizan atenciones en conjunto a los internos de fonoaudiología quienes cumplen la misión de ser formadores en habilidades parentales y recursos para el fomento del lenguaje en los hogares.

- Talleres para padres con niños y adolescentes con trastornos del espectro autista: Mediante la experiencia en rehabilitación sobre el abordaje inicial de los usuarios que presentan diagnósticos asociados a trastornos del espectro autista, es posible establecer que una de las grandes dificultades al momento de intervenir suele ser el duelo familiar, principalmente en padres/ madres o cuidadores primarios, al momento de declararse la sospecha de estos diagnósticos. Principalmente suelen ser la falta de información respecto al cuadro clínico y acerca de los recursos existentes en salud los dos factores que generan mayor ansiedad en los padres y madres. Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se plantea la necesidad de realizar en conjunto con las educadoras de párvulo un taller de acogida para padres, en el cual se entregue información general respecto del estado de salud de los niños(as) usuarios(as), y acerca de la red de servicios existentes para dar respuesta a sus necesidades específicas.

10. Programa enfermedades respiratorias infantojuveniles (eri)

El asma bronquial es una patología crónica a nivel mundial, con una prevalencia estimada en niños y adolescentes chilenos entre 10% y 15% respectivamente.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2010 da cuenta de un aumento en el nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo (MINSAL, 2010). Para hacer frente a ello se incorporaron en la Estrategia Nacional de Salud (ENS), 4 grandes Objetivos Sanitarios: mejorar la salud de la población, disminuir la desigualdad en salud, aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 las considera en tres ámbitos a realizar: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria. Esta misma Encuesta Nacional de Salud reporta una cobertura total del 2,53% de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria con patología respiratoria crónica (SBOR, Asma y EPOC) a nivel nacional (DEIS 2013) y, considerando esto, se estableció en la ENS como meta al 2020 llegar a una cobertura del 5% para esta población.

10.1. Población Bajo Control Infantil (PBC)

La comuna de La Florida en el Programa de Enfermedades Respiratorias Infantojuvenil (Programa ERI-IRA) mantiene una población Infantil bajo control relativamente estable, siendo al mes de junio 2017 de 3024 pacientes con controles al día.

La PBC Infantil a junio 2016 y junio 2017 se distribuye en cada centro de acuerdo a como se presenta en la Tabla Nº 66.

Tabla N° 66: Distribución de población infantil por CESFAM, a Junio 2016 y Junio 2017

CESFAM	JUNIO-2016		JUNIO-2017	
	PBC Total	PBC Infantil	PBC Total	PBC Infantil
MF	638	461	672	507

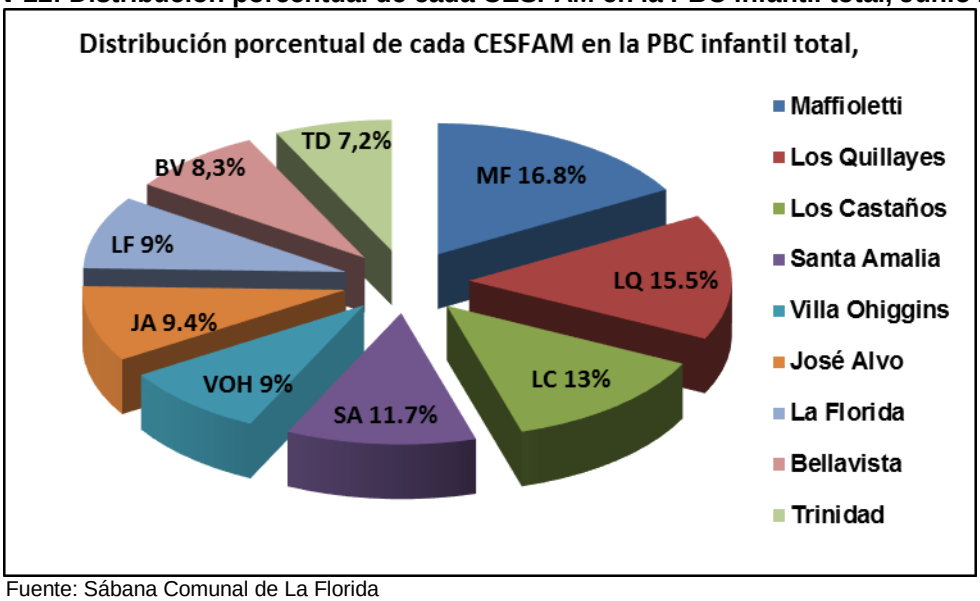
LQ	688	541	615	469
LC	490	379	509	397
SA	366	305	439	353
VOH	359	272	371	273
JA	420	331	351	283
LF	339	274	349	272
BV	355	263	332	251
TD	269	209	262	219
TOTAL	3924	3035	3900	3024

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

Como se puede observar en la tabla N°1, el mayor número de pacientes bajo control se encuentran en los Cesfam Maffioletti y Cesfam Los Quillayes situación que se mantiene al compararlo con junio de 2016.

El gráfico N° 22 muestra la representatividad de cada CESFAM dentro de la PBC comunal. Destaca que un tercio de la población comunal ERI se concentra sólo en dos centros (Maffioletti y Los Quillayes).

Gráfico N°22: Distribución porcentual de cada CESFAM en la PBC infantil total, Junio 2017



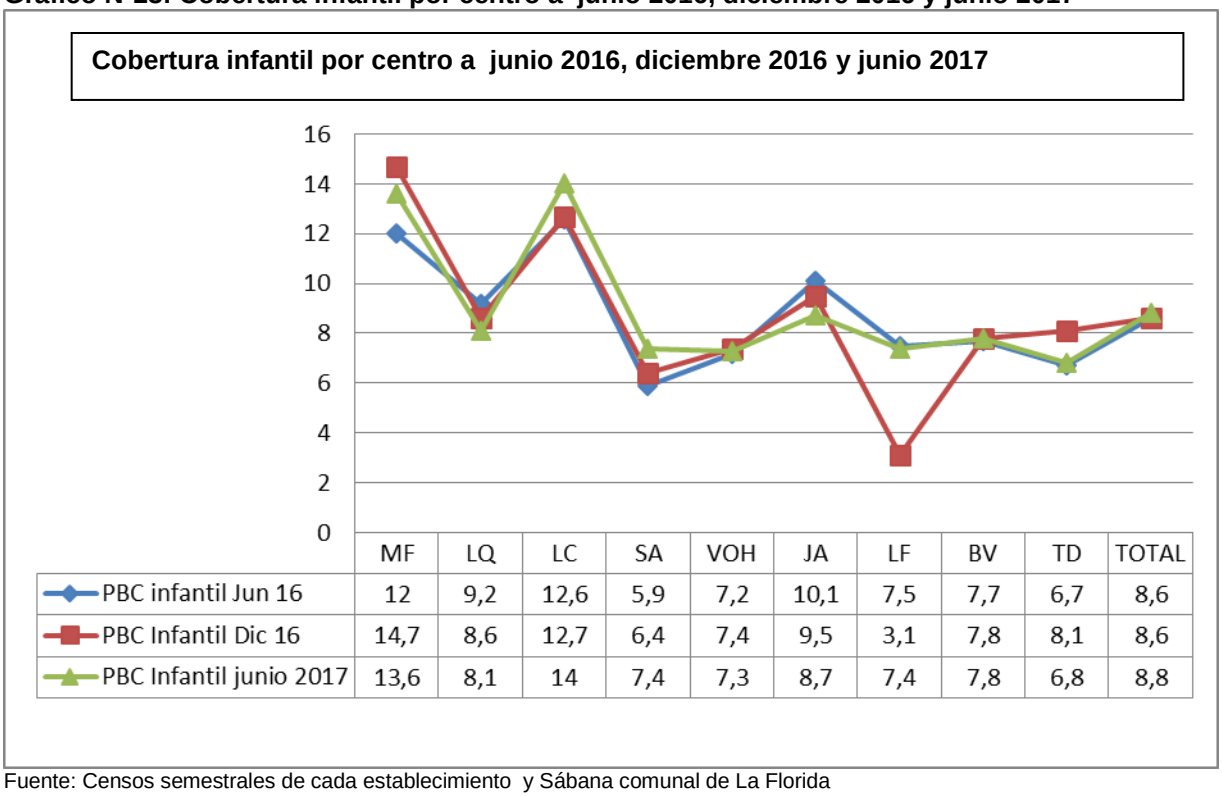
Fuente: Sábana Comunal de La Florida

10.2. Cobertura

La población inscrita validada para la comuna de La Florida para el 2017 corresponde a 34.260 niños de 0-9 años. De ellos, 3024 se encuentran adscritos al programa ERI lo que constituye un 8,8% dando cuenta de un incremento de 0,2% respecto a junio 2016.
La cobertura por centro a junio 2016, Diciembre 2016 y junio 2017 se encuentra representada en el gráfico N°23.

Las estrategias implementadas para lograr este aumento de la cobertura, si bien no son uniformes en todos los Cesfam, están dadas principalmente por el énfasis en el rescate de pacientes inasistentes a controles, resguardo de horas médicas disponibles para ingresos y controles, educación permanente a distintos profesionales para derivación de pacientes con sospecha diagnóstica y monitoreo de pacientes que no asisten a ingreso para ser citados nuevamente.

Gráfico Nº23: Cobertura infantil por centro a junio 2016, diciembre 2016 y junio 2017



	MF	LQ	LC	SA	VOH	JA	LF	BV	TD	TOTAL
PBC infantil Jun 16	12	9,2	12,6	5,9	7,2	10,1	7,5	7,7	6,7	8,6
PBC Infantil Dic 16	14,7	8,6	12,7	6,4	7,4	9,5	3,1	7,8	8,1	8,6
PBC Infantil junio 2017	13,6	8,1	14	7,4	7,3	8,7	7,4	7,8	6,8	8,8

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento y Sábana comunal de La Florida

Como se puede observar, los centros que destacan por tener la mayor cobertura a nivel comunal son Los Castaños y Maffioletti . Estos lograron aumentar su cobertura a junio 2017 un 1,4% en el caso de Los Castaños y un 1,6% para Maffioletti gracias al desarrollo de estrategias locales para mantener su población bajo control.
En contraposición José Alvo y Los Quillayes presentaron una disminución de su cobertura en 1,4% y 1,1% con respecto a junio 2016.

10.3. Categorización de la PBC Infantil

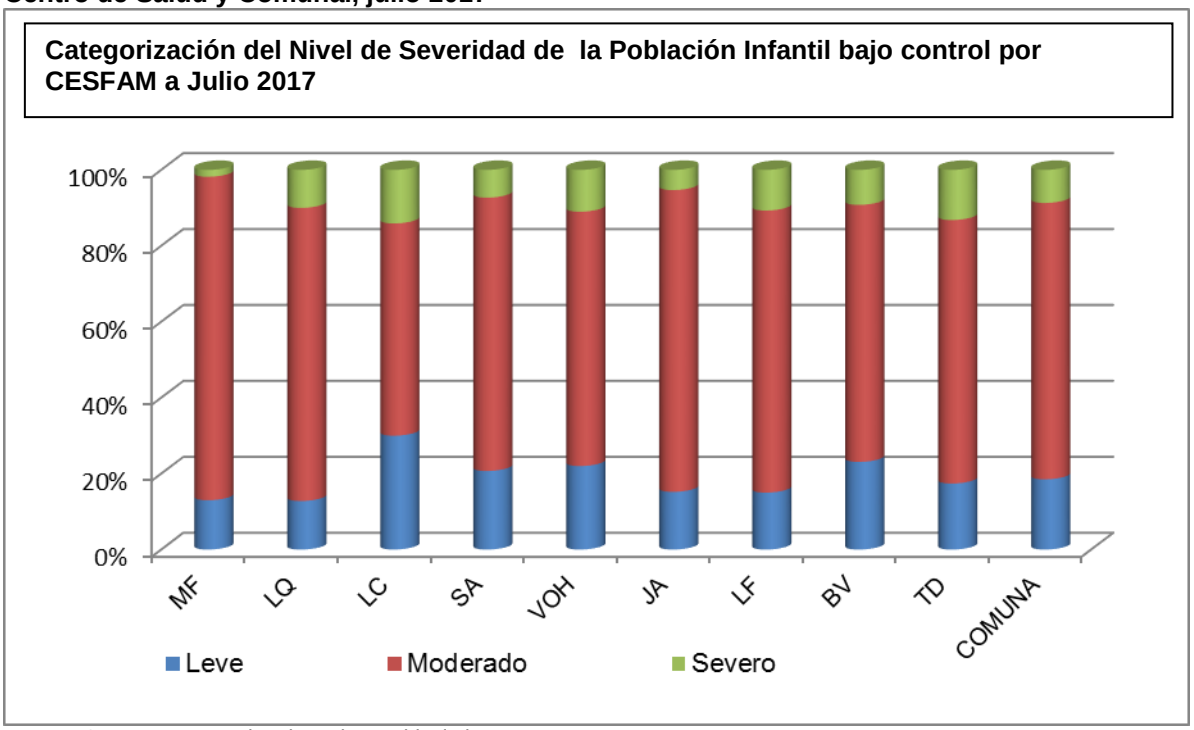
La PBC está categorizada según grado de severidad y según su nivel de control. Esto se realiza en base a la sintomatología y según lo establecido en guías clínicas nacionales e internacionales.

Nivel de severidad

Al realizar el análisis según severidad, observamos que la mayor proporción está representada por los pacientes moderados con un 72,8%, seguido por el grupo de usuarios categorizados como leves con un 18,5%. Ambos valores mantienen una tendencia similar a lo presentado a junio 2016 (73,6% y 17,2% respectivamente).

Esta distribución se mantiene en casi todos los centros a excepción de Los Castaños donde su proporción de moderados representa sólo un 55,9% y los leves aumentan a un 30%, a su vez este centro junto con Trinidad presentan la mayor proporción de pacientes catalogados como severos con un 14,1% y un 13,2% respectivamente, lo que se encuentra por sobre el promedio comunal que corresponde al 8,7%.

Gráfico Nº 24 Distribución del nivel de severidad de la población Infantil bajo control por Centro de Salud y Comunal, julio 2017



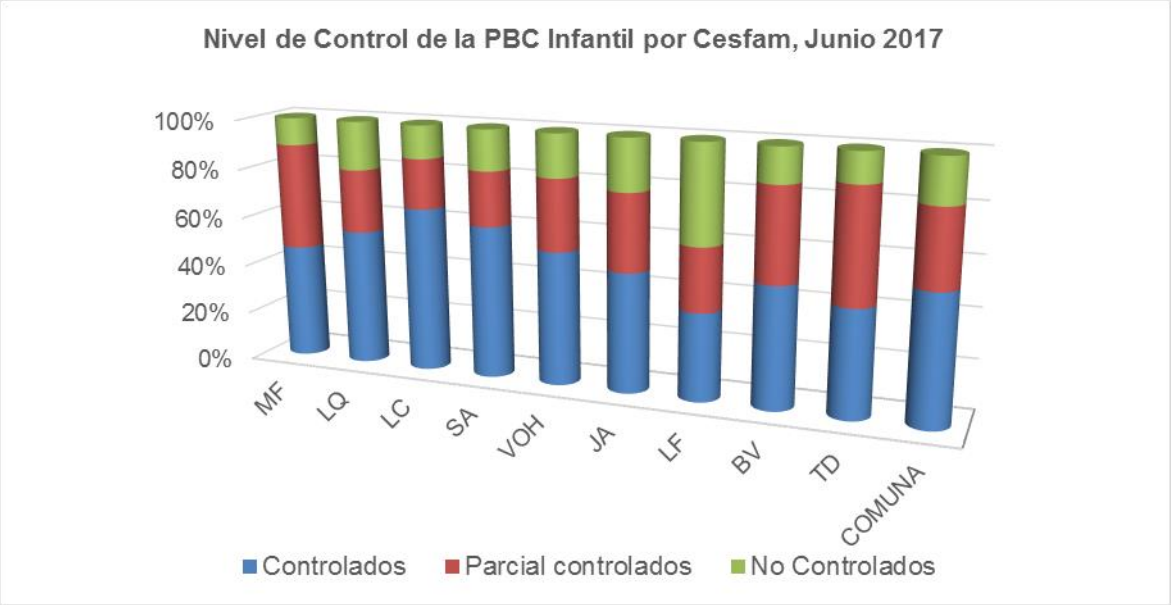
Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

Nivel de control

El nivel de control de la población infantil está representado en el gráfico N° 25. Como se puede observar, la mayor proporción de pacientes se encuentran categorizados como "Controlados", es decir, que no presentan episodios obstructivos agudos ni sintomatología intercrisis, representando el 51,8% . Los pacientes clasificados como "Parcialmente Controlados" corresponden a un 30,6%, y los pacientes "No Controlados" representan una proporción menor de nuestra población asmática. Nuestros esfuerzos van enfocados en disminuir este último grupo ya que se sabe que el nivel de control que alcanzan los pacientes se relaciona directamente con la frecuencia de exacerbaciones y una menor calidad de vida.

Destacan Cesfam Los Castaños (66,5%) y Cesfam Santa Amalia (61,5%) quienes presentan la mayor proporción de pacientes catalogados como Controlados, por el contrario Cesfam La Florida presenta una proporción de pacientes con nivel de control No controlados de un 39,3% lo que se encuentra muy por sobre el nivel comunal que corresponde a 17,6%.

Gráfico Nº 25 Nivel de control de la Población Infantil Bajo control por Centro de Salud y comunal a Junio 2017



Fuente: censos semestrales de cada establecimiento

Actividades del programa ERI

Se realizan diversas actividades dentro del Programa ERI, que detallamos a continuación.

Ingresos y controles

A nivel comunal el año 2016 se programaron 1365 ingresos a programa ERI y se realizaron 1099, lo que corresponde a un 80,5% de cumplimiento. Para el año 2017 se programaron 1327 ingresos, y durante el primer semestre se han realizado 404 ingresos, correspondiente a un 30,4%.
En relación a los controles, los pacientes son citados a controles periódicos según su severidad y nivel de control. Aquellos que se controlan en el nivel secundario, igualmente mantienen controles paralelos en su Cesfam.
En el año 2016 a nivel comunal se programaron 7695 controles y se lograron concretar 4445, lo que corresponde a un 57.8% de cumplimiento. Para el 2017 se programaron 8754 controles en total, y durante el primer semestre se han realizado sólo 1750 controles lo que corresponde a un 20% de lo programado. Para el segundo semestre se buscará optimizar las estrategias de rescate de pacientes y disminuir las inasistencias a controles a través de la confirmación de horas o citaciones a terreno.

Pruebas de funcionamiento pulmonar

Anualmente se programa la realización de Espirometrías y test de ejercicio en carrera libre en cada Cesfam, según la PBC de 6 a 19 años.
El siguiente análisis corresponde a la realización de estas pruebas en la población infantil de 6-9 años más los adolescentes de 10-19 años.
Durante el año 2016 a nivel comunal se programaron 783 espirometrías para estos grupos etarios, lográndose realizar 715, lo que equivale a un 91.3% de lo programado. Para todo el año 2017, se programaron un total de 1050 espirometrías; a junio 2017 se han realizado 393 de estos exámenes, lo que equivale a un 37,4%. El detalle de actividades programadas y realizadas por cada centro se observan en la Tabla N°67.

Tabla N° 67: Número de Espirometrías Programadas y Realizadas año 2016 y Primer Semestre 2017

	Año 2016		Primer semestre 2017	
CESFAM	N° programadas	N° realizadas anual	N° programadas	N° realizadas a junio
MF	98	23	179	16
LQ	153	114	134	76
LC	115	109	128	44
SA	0	49	105	36
VOH	100	64	113	32
JA	70	41	60	37
LF	70	121	176	76
BV	111	80	92	49

TD	66	114	63	27
Total	783	715	1050	393

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

Durante este periodo se mantienen los esfuerzos por realizar las mantenciones preventivas de los equipos y se incorpora la utilización de turbinas desechables lo que fue muy bien recepcionado por los pacientes y por los miembros del equipo de salud. Este gran avance permite realizar curvas de flujos espiratorios pero también inspiratorios, mejorando la calidad de los exámenes que se realizan nuestros pacientes.
En relación a los Test de ejercicio, a nivel comunal durante el año 2016 se programaron 291 exámenes; de éstos se realizaron 180, lo que representa un 62% de lo programado. Para todo el año 2017, se programaron 234 test de ejercicio y durante el primer semestre se llevan a cabo 111 exámenes, lo que equivale a un 47%. El detalle de actividades programadas y realizadas por cada centro se observan en la Tabla N°68.

Tabla N° 68: Número de Test de Ejercicio Programados y Realizados año 2016 y Primer Semestre 2017

	Año 2016		Primer Semestre 2017	
CESFAM	**N° programados**	**N° realizados**	**N° programados**	**N° realizados**
MF	13	20	36	18
LQ	124	38	37	33
LC	28	20	28	9
SA	11	20	21	3
VOH	26	20	19	10
JA	24	4	19	6
LF	18	9	36	7
BV	28	21	20	8
TD	19	28	18	17
Total	291	180	234	111

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

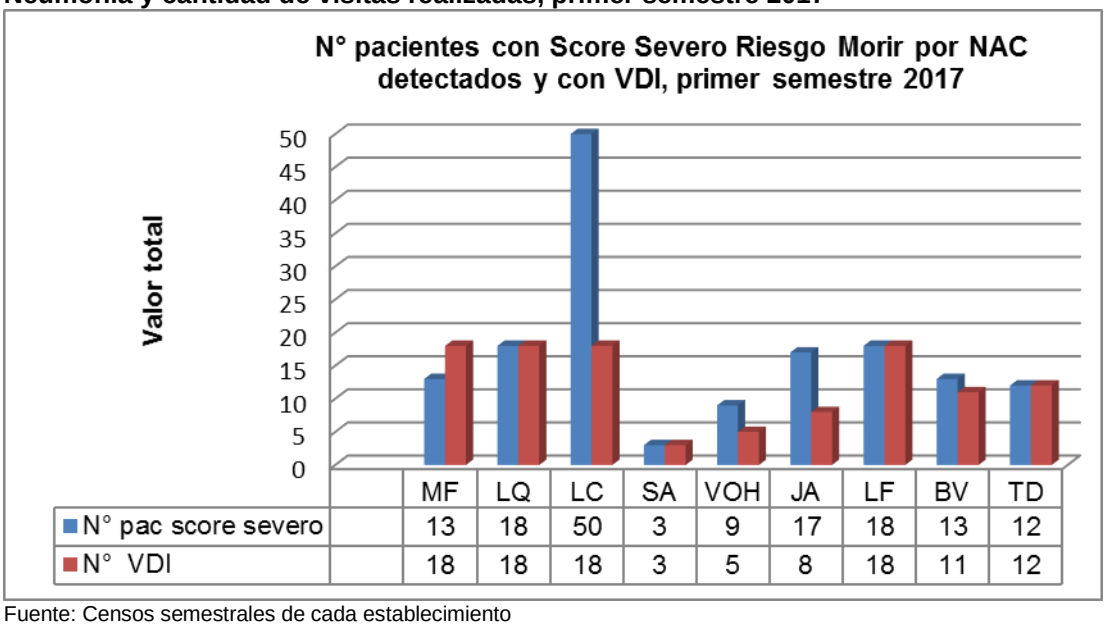
Al analizar los datos vemos que en algunos Cesfam existen falencias en la programación de la cantidad adecuada de estos exámenes; aún debemos avanzar en juntar esfuerzos para que la programación anual se ajuste correctamente a las necesidades reales de cada Cesfam

Visitas domiciliarias

Se realizan Visitas Domiciliarias Integrales (VDI) a pacientes severos y Visitas a Pacientes con Score de Riesgo Severo de morir por neumonía.
En relación a las VDI a pacientes severos, cabe aclarar que se describirá en conjunto tanto lo correspondiente al grupo infantil como al grupo de los adolescentes. Se programaron en total 284

visitas considerando una cobertura del 100 % de este grupo. Al 30 de Junio de 2017, se reportan en los censos semestrales un total comunal de 66 visitas realizadas. Debe destacarse que dos centros no reportaron ninguna visita (José Alvo y Maffioletti) por lo que el valor total real comunal podría ser mayor.
Para los pacientes menores de 6 meses que son detectados con un Score de Riesgo de Morir por Neumonía en nivel "Severo", se contempla la realización de una visita domiciliaria integral por uno o dos integrantes del equipo antes de que cumplan 7 meses de edad. Durante el primer semestre de 2017, los equipos de salud reportaron 153 pacientes que cumplían con este criterio, y 111 visitas domiciliarias. Es importante resaltar que algunos pacientes visitados en este periodo corresponden a pacientes detectados en el semestre previo, por lo que no necesariamente se correlacionan ambos valores. El detalle de estas actividades de cada Cesfam se observa en el Gráfico N° 26.

Gráfico N° 26: Número de pacientes detectados con Score Severo de Riesgo Morir por Neumonía y cantidad de visitas realizadas, primer semestre 2017



Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

Otras actividades

Dentro del programa ERI existen otras actividades como la realización de talleres educativos, capacitaciones y reuniones de equipo.
Los talleres educativos son impartidos por los Kinesiólogos y está dirigido a los pacientes que van ingresando al Programa. El año 2018 se planea trabajar en la estandarización de los contenidos que se imparten en esta actividad.
Durante el año 2016, en coordinación con el equipo de Broncopulmonares Infantiles del Hospital de La Florida, se realizó exitosamente la Primera Jornada de Capacitación Continua para Equipos ERI a nivel comunal. Se consideró la asistencia de un médico ERI y un kinesiólogo de la sala IRA por centro. La asistencia fue alta y fue muy bien evaluada por los asistentes. Cuenta con

certificación por parte del SSMSO, por lo que es útil para la carrera funcionaria de los asistentes. Durante el 2017 también se está realizando esta capacitación con nuevos asistentes y esperamos que se mantenga anualmente como una instancia de actualización y de coordinación con los equipos de sala IRA intracomunal y con el nivel secundario.
También se realizan en cada Cesfam, reuniones mensuales de todos los miembros del equipo y su Coordinadora respectiva, con la finalidad de unificar criterios, revisar casos clínicos, analizar eventuales falencias y establecer estrategias de mejora para el funcionamiento del programa. De igual forma hay comunicación directa y expedita con el equipo de Médicos Broncopulmonares del Hospital de La Florida (nuestro hospital de referencia), lo cual permite agilizar los flujos de referencia y contra-referencia de pacientes, pesquisar casos especiales y mejorar la calidad de atención que reciben nuestros usuarios.

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Históricamente las acciones preventivas han focalizadas en el grupo de niñas y niños menores de 6 años, favoreciendo su crecimiento y desarrollo e impactando favorablemente los indicadores sanitarios. De igual manera, se han desarrollados esfuerzos, centrados en la población mayor de 15 años, generándose un vacío y una exclusión de adolescentes entre 10 y 14 años, ya que la población adolescente ha sido considerada tradicionalmente como una población "sana", dado que presentan tasa de morbimortalidad más bajas en relación a la población general ya que lamentablemente, los adolescentes no acuden al médico, salvo cuando están enfermos, a diferencia de los niños y Adultos mayores que asisten a controles preventivos, pues los adolescentes no perciben los servicios de salud como fuentes de apoyo, no se sienten acogidos y sienten que los servicios no responden a sus reales necesidades, es por esto, que a partir del año 2011 se implementa la estrategia del control de Salud Integral del Joven Sano, utilizando la ficha CLAP–OMS como instrumento de registro y levantamiento de la información. A partir del año 2017 se implementa la Ficha CLAP Modificada específica para Chile, en la cual se integran nuevas variables que tiene mayor relación con la realidad del país, como a su vez se sacan algunas que no aportan en mayor medida información clave.

El Programa de Salud Integral de adolescentes tiene como propósito mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales del adolescentes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.
Sus principales estrategias para alcanzar su propósito es la aplicación de la Ficha CLAP y determinar los riesgos y necesidades específicas de cada adolescente y los Espacios Amigables para Adolescentes.

La atención integral de éste grupo etario, implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.

1. Características de La Población

De acuerdo a los datos obtenidos en el CENSO del año 2012, la población total de adolescentes en la comuna corresponde a 57.621 jóvenes en el rango etario de 10 a 19 años, las mujeres corresponden a un 49,49% del total de adolescentes dela comuna.

Tabla N° 69: Adolescentes residentes en La Florida por grupo etario y sexo.

	Edad		
Sexo	**10 a 14**	**15 a 19**	**Total**
TOTAL	26.102	31.519	57.621
Hombres	13.375	15.727	29.102
Mujeres	12.727	15.792	28.519

Fuente: INE, Censo 2012.

Del total de adolescentes residentes en la comuna, solo un 66,07% están inscritos en algún CESFAM de la comuna, lo que en términos absolutos corresponde a 38.075 jóvenes.
En relación a los adolescentes inscritos en alguno de los Cesfam de la comuna, se observa una disminución de un 2,05% respecto al año 2016, lo que en términos absolutos corresponde a 797 adolescentes inscritos menos durante el año 2017.

Tabla N° 70: Adolescentes Inscritos por Centro vs Total de Inscritos.

CESF	Adolescentes Inscritos	Total De Inscritos	% Adolescentes
Los Castaños	3.388	25.717	13%
Bellavista	4.714	38.933	12%
Villa O´Higgins	4.285	32.602	13%
Los Quillayes	6.092	43.426	14%
Maffioletti	4.853	37.370	13%
Santa Amalia	5.064	39.517	13%
Trinidad	2.845	20.540	14%
La Florida	3.782	30.332	12%
José Alvo	3.052	22.432	14%
TOTAL	38.075	290.869	13%

Fuente: Base de datos FONASA 2017.

Si analizamos cada Cesfam, observamos que la proporción de adolescentes inscritos fluctúa entre un 12% y un 14%, lo cual obedece a la proporción a nivel nacional de adolescentes respecto al total de la población que corresponde a un 15%, estando La Florida un poco por debajo del promedio nacional. El promedio comunal de inscritos corresponde a un 13,46% del total de inscritos. El Cesfam Trinidad es que tiene menor población adolescente con 2.845 inscritos en éste grupo etario, Cesfam Los Quillayes con 6.092 adolescentes inscritos, es el que tiene la mayor población de jóvenes inscritos.

2. Morbilidad

2.1. Atenciones de Morbilidad

Durante el año 2016 se realizó un total de 352.106 consultas de morbilidad, en todos los grupos etarios, de este total 32.352 corresponde a consultas de morbilidad de adolescentes, esto significa que un 9,19% de las consultas totales fueron realizadas a adolescentes.
Si relacionamos el porcentaje de inscritos que corresponden a adolescentes, con el porcentaje de consultas de morbilidad la diferencia es de un 13,46% frente a un 9,19% de consultas, a pesar de que se ha visto un incremento en el tiempo de las consultas de morbilidad por adolecentes. Lo cual responde a las estrategias y cambios en el enfoque de atención y acercamiento con los adolescentes.

Tabla N° 71: Atenciones de morbilidad Adolescentes por CESFAM, porcentaje del total de atenciones de morbilidad y tasa específica para la edad.

CESFAM	Total consultas morbilidad adolescente	% del total de consultas
Los Castaños	4.318	10,80%
Bellavista	2.066	7,82%
Villa O´Higgins	6.153	11,34%
Los Quillayes	4.795	8,83%
Maffioletti	2.464	8,20%
Santa Amalia	1.883	7,41%
Trinidad	2.913	8,91%
La Florida	4.692	8,42%
José Alvo	3.068	9,22%
TOTAL	32.352	9,19%

Fuente: Rem SA04, Deis MINSAL.

Al hacer el análisis diferenciado por CESFAM, se puede observar que el que realiza más consultas de morbilidad en Adolescentes es el Villa O´Higgins, con el 11,34% de todas sus consultas de morbilidad, siendo el promedio comunal de 9,19%.

3. Examen de Medicina Preventiva en Adolescentes – Evaluación Ficha CLAP

El programa de Salud Integral de adolescente se desarrolla en todo el país, en los SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, donde la programación de las actividades definidas en los distintos niveles y dispositivos de la red asistencial, deben facilitar que los adolescentes y jóvenes de ambos sexos accedan al sistema y sean atendidos por el equipo más cercano a su residencia, ya que el objetivo del Ministerio de Salud es poder acercarse a este grupo, porque es allí donde se pueden realizar intervenciones que pueden generar cambios en las conductas futuras, a través del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, que contempla como estrategia el Control de Salud del Joven Sano y Espacios Amigables para Adolescentes.

El Control de Salud del Joven Sano, se define como la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, así fomentando los factores y conductas protectores e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como, los problemas de salud, con objetivo de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.

La realización de éste control implica que se incorporen los enfoques de derecho, determinantes sociales, género y diversidad cultural y las últimas modificaciones en la normativa legal vigente respecto a la atención de adolescentes sobre los 14 años, como es la Ley del VIH.

Es importante, por lo tanto, no perder de vista los objetivos de esta evaluación:

- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
- Fomentar hábitos de vida saludables en adolescentes y sus familias.
- Identificar factores y conductas protectores y de riesgo, del adolescente y su familia.
- Prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes.
- Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas de salud prevalentes del adolescente.
- Educar en salud y en autocuidado al adolescente y a su familia.
- Entregar habilidades de uso adecuado de servicios al adolescente y su familia.
- Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas

El control de Salud de las y los adolescentes es integral, utilizando un enfoque biopsicosocial y familiar, con apoyo en su registro en el instrumento ficha Integral CLAP Modificada Chile, aplicado por los equipos de salud, la cual fue diseñada para facilitar el registro de la atención de salud integral de adolescentes; ya que es un instrumento importante de apoyo a la atención y a la gestión y es parte de la ficha clínica. El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas, que permite recoger información personal, familiar y social del adolescente, que permite identificar los antecedentes personales y familiares que pueden dar una alerta en salud, se identifican las relaciones familiares, la situación escolar, hábitos de alimentación, actividad física, hábitos nocivos, antecedentes gineco-urológicos (según corresponda), sexualidad, situación psicoemocional y examen físico.

A continuación se presenta una tabla con el total de controles de salud integral realizado a adolescentes durante el año 2016, con un total de 4.343 controles para ambos sexos y de 10 a 19 años. Al compararlo con lo realizado el año 2015 se observa un aumento absoluto de 1.487 controles integrales para adolescentes, con un aumento relativo de un 34.23%, un incremento considerable si tenemos en cuanta la dificultad que implica poder atraer a los adolescentes hacia las prestaciones de salud.

Tabla N° 72: Controles de Salud Integral del adolescente Año 2016

Controles de salud Integral año 2016				
		Ambos sexos	**Hombres**	**Mujeres**
Fichas Clap	**10 a 14 Años**	2.701	1.571	1.130
	15 a 19 Años	1.642	608	1.034
Total de aplicaciones		4.343	2.179	2.164

Fuente: Rem SA01, Deis MINSAL.

En la siguiente tabla observamos los controles de salud integral para adolescentes, y se observa que en el grupo de 10 a 19 años se encuentra el 62,19% del total de controles realizados, el fenómeno que ocurre es interesante, a pesar de que la mayor parte de las intervenciones se enfocan ene l grupo de 15 a 19 años, el porcentaje mayor de controles se encuentra en el grupo de 10 a 14 años, un factor determinante es probablemente que a edades más tempranas, acudir a los controles dependa en gran medida de los padres de éstos adolescente y con el aumento de la edad, queda en manos solamente de ellos.

Tabla N° 73: Controles de Salud Integral del adolescente Año 2016 por sexo y Cesfam.

Fichas Clap	10 a 14 Años			15 a 19 Años		
Controles de salud Integral año 2015	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Los Castaños	450	166	284	287	81	206
Bellavista	333	151	182	276	75	201
Villa O´Higgins	245	85	160	111	49	62
Los Quillayes	390	174	216	130	64	66
Maffioletti	292	113	179	114	29	85
Santa Amalia	281	140	141	158	65	93
Trinidad	221	89	132	196	89	107
La Florida	287	128	159	253	102	151
José Alvo	202	84	118	117	54	63
TOTAL	2.701	1.130	1.571	1.642	608	1.034

Fuente: Rem SA01, Deis MINSAL.

3.1. Control del Joven Sano

El Control del Joven Sano se enmarca dentro de las políticas definidas por el Gobierno para enfrentar los desafíos que se plantean en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, y consiste en una atención integral, considerando que en todo momento se priorice la calidad de la relación que se establece con el adolescente y la resolución de su demanda, respetando la privacidad y confidencialidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.

El objetivo general de este Programa está definido “para evaluar el estado de salud de adolescentes y jóvenes, su crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los factores protectores y de riesgo y problemas de salud, e intervenir en forma oportuna, integrada e integralmente, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo, generando una atención de calidad a este grupo etario. Se constituye en un momento único para hacer promoción, prevención y educación en salud”.

Desde el 1 de agosto del 2012 y hasta el 31 de diciembre del mismo año, por convenio entre el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la Ilustre Municipalidad de La Florida se implementa y aplica en la comuna el plan piloto del Programa Control Joven Sano, en la modalidad de atención

en Establecimientos Educacionales, utilizando la ficha CLAP como instrumento de evaluación en salud.

De marzo a diciembre del 2013, se trabaja en la misma modalidad, pero ya como Programa propiamente tal, con un equipo de 4 matronas y 2 TENS.

Continúa el año 2014, en los mismos términos logrando cubrir la evaluación de la mayoría de los jóvenes en los colegios municipalizados de la comuna, entre 10 y 19 años, lo que equivale en nivel escolar, desde 4° básico hasta 4° medio, en términos generales.

En la actualidad esta estrategia ya establecida en el tiempo se sigue desarrollando a nivel comunal con 4 matronas y 2 TENS, para el trabajo directamente en los establecimientos educacionales, tanto municipales como particulares subvencionados.

Cómo además por su parte, los equipos de los Cesfam realizan igualmente el control de salud integral a los adolescentes que acuden a los centros de salud.

3.2. Espacios Amigables

Es una estrategia que parte desde el Ministerio de Salud para contribuir a mejorar el acceso a la salud en la población adolescente y joven, permitiendo que los jóvenes se empoderen de su rol en la sociedad y en las acciones de salud, visibilizando a esta población que por muchos años fue ignorada por considerarse sana.

El programa busca resolver las demandas de salud de adolescentes, los que no acuden a los establecimientos de salud debido a diversas barreras (horarios, largos tiempos de espera, rotación de profesionales, confidencialidad, etc.) Para ello se habilitan espacios para la atención de adolescentes de 10 a 19 años, utilizando un enfoque promocional-preventivo, con especial énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva, en horarios de atención diferenciados, con respeto a la privacidad, atención amigable y personal capacitado especialmente para el trabajo con adolescentes.

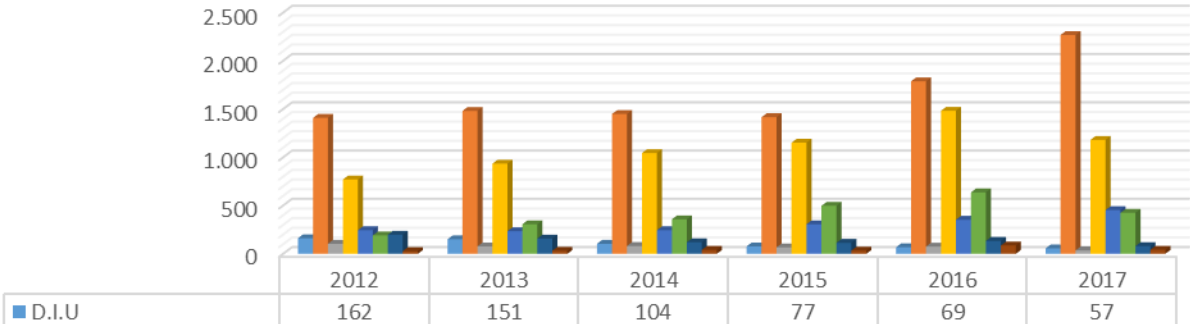
El propósito de la estrategia es acercar a los adolescentes a la red asistencial de salud, a través de atenciones de salud integral y de calidad, en espacios adecuados a sus necesidades específicas, en horarios convenientes, con resguardo de la privacidad y confidencialidad, con especial énfasis en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Los objetivos planteados son abordados desde los ejes de la articulación intersectorial, el trabajo comunitario, la psicoeducación y la atención clínica, los focos de atención son la participación social, la atención y educación en salud sexual y reproductiva, como la prevención del contagio de Infecciones de transmisión sexual y del embarazo adolescente, y la atención psicológica para promover relaciones familiares, sociales y de pareja sanas, además de fortalecer la salud mental de los jóvenes y prevenir, pesquisar y tratar los trastornos afectivos en los jóvenes, así como también promocionar conductas y factores protectores.

4. Regulación de la Fertilidad Adolescente

De acuerdo a la Octava Encuesta Nacional de la Juventud realizada el año 2015, al menos el 71% declara haber tenido prácticas sexuales penetrativas, mismo número que el año 2012, con una edad promedio de 16,6 años para el inicio de la vida sexual activa.
En este contexto, facilitar el acceso a regulación de Fecundidad en Adolescentes es una de las estrategias preventivas en relación al embarazo adolescente, prevención de la adquisición de Infecciones de transmisión sexual y el ejercicio de una vida sexual responsable, empoderando a los mismos adolescentes a través de la entrega de métodos anticonceptivos como de información apropiada y confiable respecto de cómo vivir una sexualidad plena y responsable.

Gráfico N° 27: Población Comunal de adolescentes bajo control de Regulación de fecundidad en adolescentes, por método anticonceptivo y por año.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
D.I.U	162	151	104	77	69	57
Oral Combinado	1.409	1.481	1.449	1.417	1.788	2.268
Oral Progestágeno	104	77	81	67	75	36
Inyectable Combinado	770	935	1.044	1.152	1.483	1.181
Inyectable Progestágeno	245	234	245	306	353	453
Implante	191	306	357	498	637	425
Preservativos Mujeres	198	158	120	114	134	80
Preservativos Hombres	28	32	41	34	87	42

Fuente: Rem P01, DEIS, MINSAL.

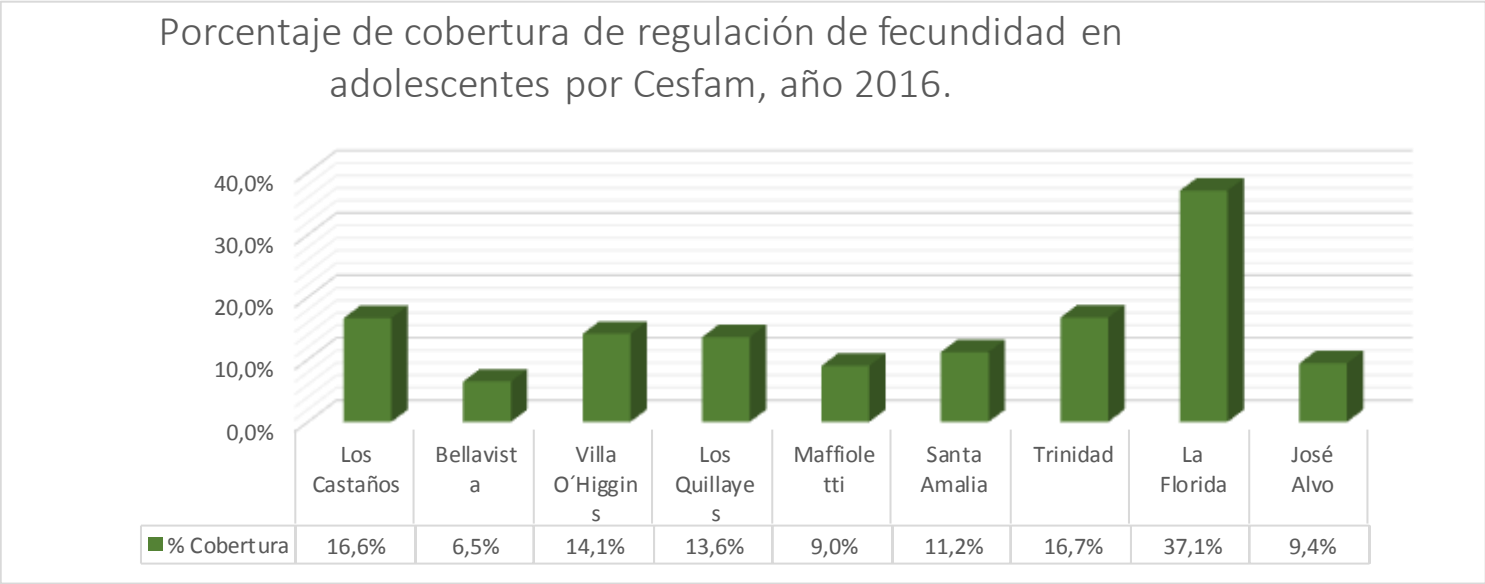
En el gráfico anterior, se describe la evolución de los últimos seis años en relación a la población adolescente bajo control según método anticonceptivo. Existe una marcada tendencia de los/las adolescentes por elegir métodos anticonceptivos de alta efectividad y de fácil uso como es el caso de los Inyectables mensuales que han tenido una considerable alza en la utilización de este método, resultando una población bajo control muy cercana a la de los anticonceptivos combinados, a su vez tanto el uso de implante ha tenido una marcada alza en los últimos tres años.

La mayor población adolescente que usa anticonceptivos sigue siendo las que prefieren las píldoras (Anticonceptivos orales combinados).

Se observa una tendencia a la baja en la utilización del condón, se infiere que los y las adolescentes visibilizarían el riesgo en el embarazo y no en la prevención de Infecciones de transmisión sexual.

Si bien los datos observados en el año 2017, corresponde al corte del mes de junio de población bajo control y se espera que para el corte de diciembre, los datos muestren mayor relación con los otros años expuestos.

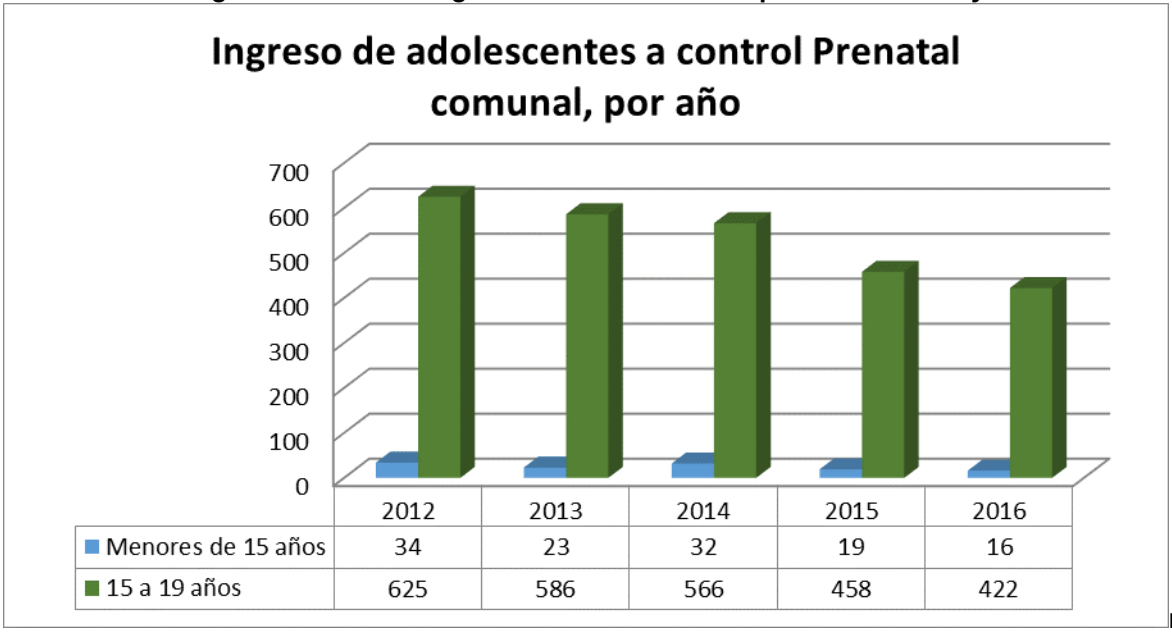
Gráfico N° 28: Cobertura de adolescentes por Cesfam que están utilizando algún MAC durante el año 2016.



Fuente: Rem P01, Deis MINSAL.

En el gráfico anterior se observa que el Cesfam con la mayor cobertura de adolescentes que utilizan algún MAC es La Florida con un 37%, en términos simples, esto significa que un 37,1% de los adolescentes inscritos en el Cesfam la Florida están accediendo a métodos anticonceptivos y preservativos regularmente, le siguen el Cesfam Trinidad con un 16,7% y Cesfam Los Castaños con un 16,6% de cobertura.

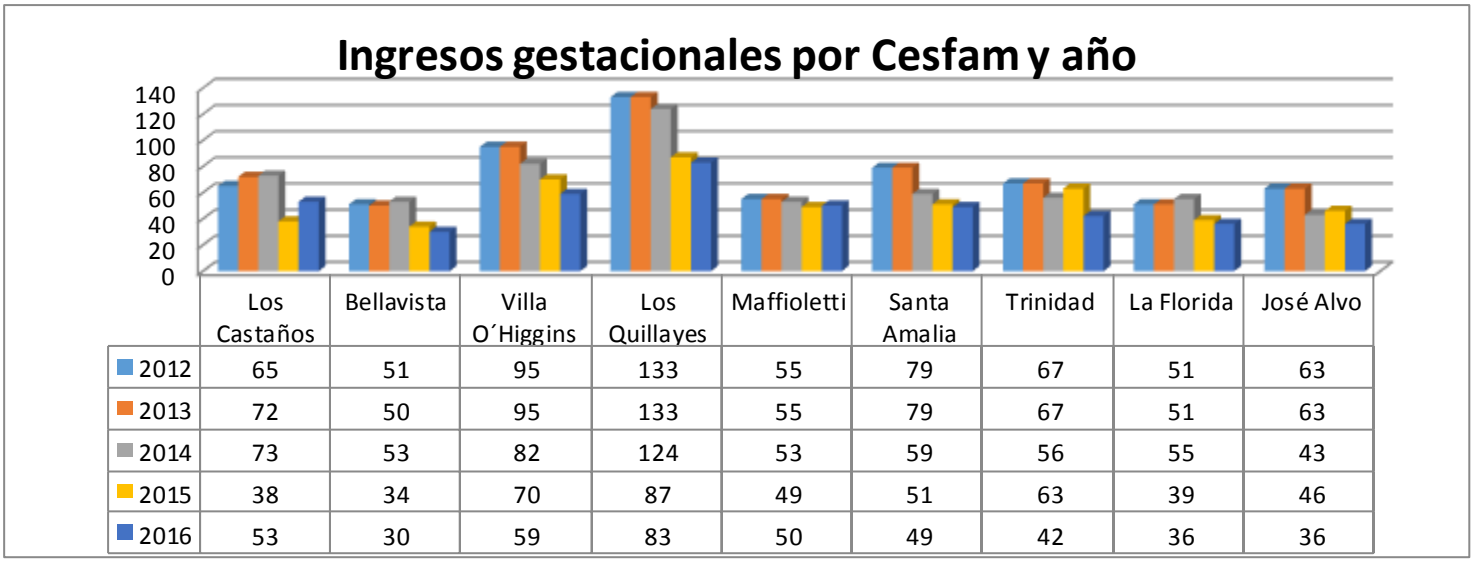
Gráfico N° 29: Ingreso Comunal de gestantes adolescentes por tramo etario y año.



Fuente: Rem A05, DEIS, MINSAL.

En los últimos 5 años la disminución de ingresos de gestaciones adolescentes es significativa, experimentando una disminución del 43% en estos 5 años.
Esta disminución es más evidente en el grupo de 15 a 19 años. En el grupo de adolescentes menores de 15 años, un grupo de alto riesgo biopsicosocial, se observa una disminución del número de ingresos en el último año, sin embargo, aún no se puede precisar si es una tendencia.

Gráfico N° 30: Ingresos gestacionales de adolescente, por CESFAM, y año.



	Los Castaños	Bellavista	Villa O´Higgins	Los Quillayes	Maffioletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	José Alvo
2012	65	51	95	133	55	79	67	51	63
2013	72	50	95	133	55	79	67	51	63
2014	73	53	82	124	53	59	56	55	43
2015	38	34	70	87	49	51	63	39	46
2016	53	30	59	83	50	49	42	36	36

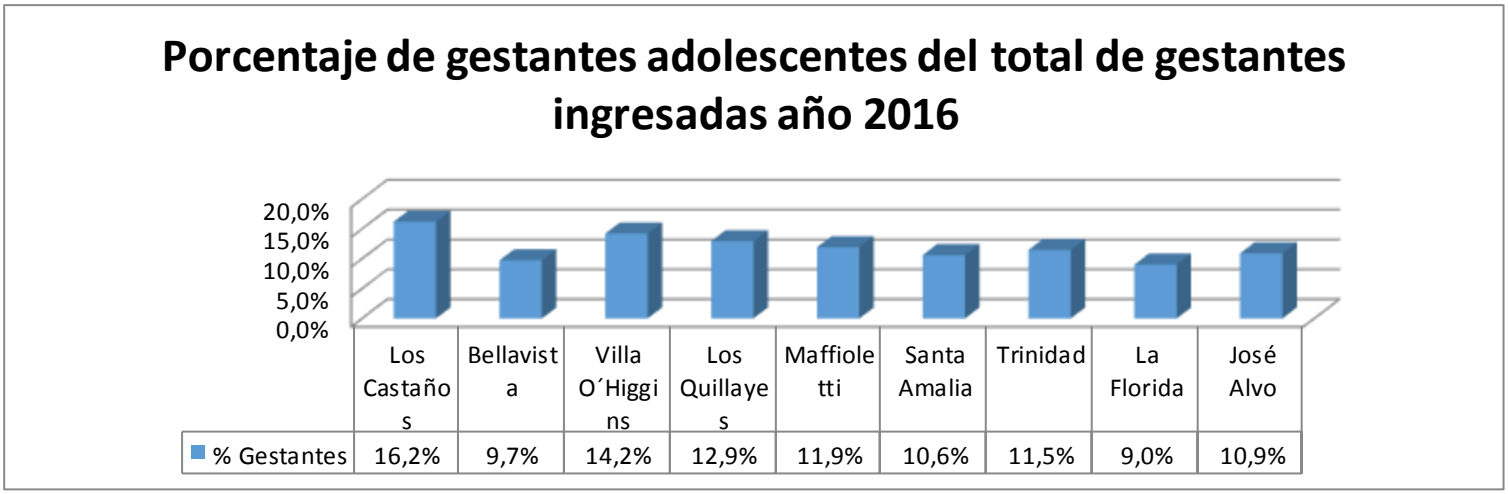
Fuente: Rem A05, DEIS, MINSAL.

Al realizar el análisis por CESFAM de los ingresos gestacionales de adolescentes de los últimos años, llama la atención la disminución de ingresos en el mismo tramo de edad en los dos últimos años, ya que ha bajado considerablemente.

Al realizar la relación del total de ingresos gestacionales, también esta ha ido disminuyendo con los años, en el año 2015, a nivel comunal, la relación corresponde a un 13% del total de ingresos gestacionales. Por otra parte, la relación de ingresos adolescentes obtenida durante el año 2015 es inferior a la relación obtenida por el Servicio de Salud de un 15% de gestantes adolecentes, mismo resultado a nivel nacional durante el 2015.

Ahora bien, al desagregar estos datos por CESFAM, se observa que tanto el CESFAM Trinidad como Villa O´Higgins tienen una mayor proporción de adolescentes gestantes, respecto del total de ingresos, con resultados por sobre la media local y nacional, con un 16% y un 15% respectivamente

Gráfico N° 31: Porcentaje de gestantes adolescentes del total de gestantes ingresadas año 2016.



Fuente: Rem A05, DEIS, MINSAL.

En el grafico anterior observamos la proporción de ingresos a control de embarazo de adolescentes, frente al total de gestantes que ingresan a control durante el año 2016.
Se observa al Cesfam Los Castaños con el mayor porcentaje de gestantes adolescentes con un 16,2%. El Cesfam La Florida presenta el porcentaje de ingreso de gestantes adolescentes más bajo a nivel comunal con un 9.0%, es importante señalar, que es el centro con el más alto porcentaje de cobertura de adolescentes que utilizan algún método anticonceptivo.

4.1. Proyecciones 2018

Tabla Nº 74: Proyecciones 2018. Salud en el Adolescente.

Promoción:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años
Prevención:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**

Disminuir la mortalidad perinatal	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.
Disminuir la mortalidad perinatal	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.
Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro
Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal
Disminuir la mortalidad perinatal	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)
Disminuir la mortalidad perinatal	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)
Disminuir la mortalidad perinatal	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.
Disminuir la mortalidad perinatal	Control prenatal.
Disminuir la mortalidad perinatal	Control prenatal.
Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal.	Control prenatal.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Control Preconcepcional.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años
Disminuir el embarazo adolescente	Control de regulación de fertilidad en adolescentes

Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Administración de vacuna dtPa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Administración de vacuna dtpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	*Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 18 y 24 años con VIH(+)
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años
Tratamiento:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control

Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.
Disminuir la mortalidad perinatal	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.
Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Urgencia Odontológica ambulatoria
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4

5. Programa Vida Sana Obesidad en Adolescentes

El programa Vida Sana Obesidad se ejecuta por cuarto año consecutivo. El propósito continúa siendo la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades crónicas.

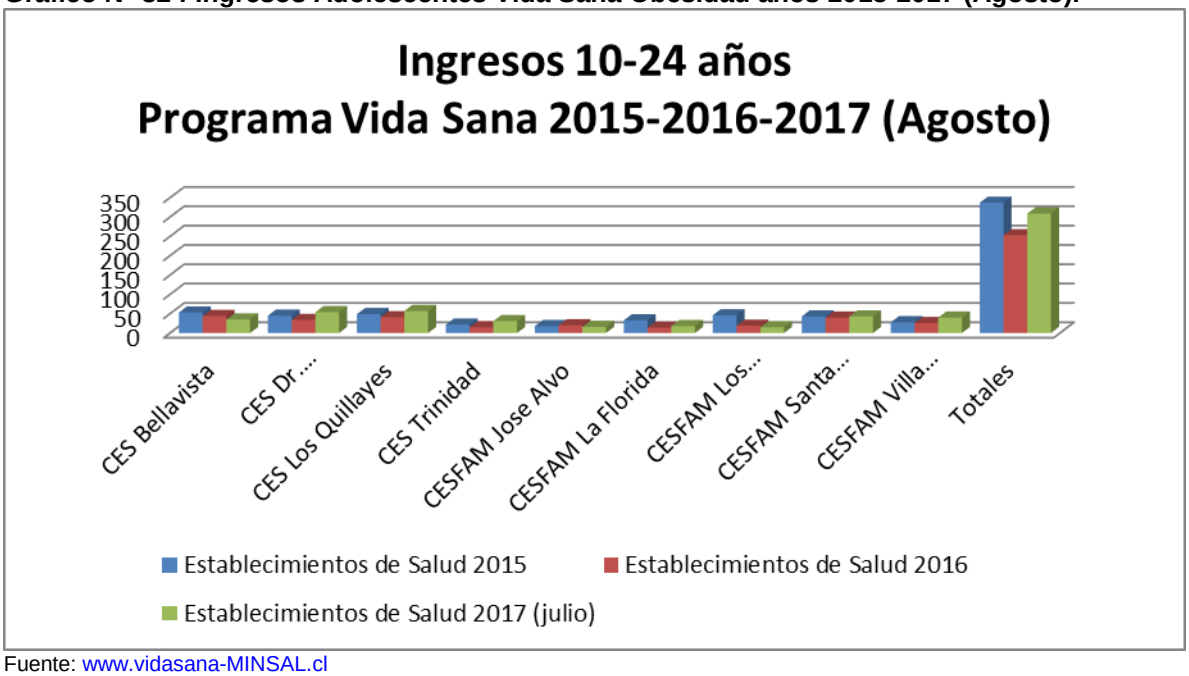
La intervención para el usuario adolescente cumple con los objetivos que se detallan a continuación:

- Mejorar su condición nutricional
- Disminuir el perímetro de cintura
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional y muscular
- Mejorar condición pre diabetes
- Mejorar condición pre hipertensión
- Asistir a las sesiones de actividad física.

Los lineamientos generales continúan, no obstante, se enfatizó este año en realizar controles que analicen los resultados obtenidos de los años previos.

Como se mencionó en ciclo infantil, se ofrece al usuario actividades individuales con médico, nutricionista, psicólogo y profesional de actividad, cada uno con sus respectivas evaluaciones, con el propósito de conocer la condición de ingreso del usuario, definir plan de intervención y hacer su seguimiento en el marco de su entorno familiar. Las prestaciones grupales, referidas a los Círculos de Vida Sana (talleres del equipo multidisciplinario) y sesiones grupales de actividad física y ejercicio, con el fin de apoyar el cambio de hábito y las mejoras en su condición.

Grafico N° 32 : Ingresos Adolescentes Vida Sana Obesidad años 2015-2017 (Agosto).



Fuente: www.vidasana-MINSAL.cl

Los ingresos el año 2016 tuvieron una pequeña baja producto que se priorizó la continuidad de usuarios que se habían incorporado en años previos. Además, las nuevas plataformas utilizadas y desconocidas por los equipos, enlentece el trabajo y muchas veces existen errores en registro. No obstante a lo anterior, la baja de ingresos en el año 2016, se recupera levemente en año 2017 asegurando la incorporación de nuevos adolescentes al programa.

6. Salud Oral en el Adolescente

6.1. Altas Odontológicas en menores de 20 años

Las medidas preventivas en salud oral tienen su mayor efectividad en la población menor de 20 años de edad, grupo prioritario para la atención odontológica según los objetivos sanitarios de la década. Se busca la prevención de patologías orales y la reducción de la morbilidad bucal, con énfasis en los más vulnerables. Por lo mismo este grupo es un Indicador de Actividades de Atención Primaria, que se debe evaluar anualmente.

Para lograr mejorar y mantener la salud bucal en la adolescencia, se deben realizar medidas promocionales, preventivas recuperativas de las enfermedades bucales más comunes. Con estas medidas se pretende modificar y mantener hábitos de higiene oral adecuados. La modalidad de atención odontológica es integral, considerando la educación en medidas de autocuidado, aplicación de métodos de protección específica y recuperación cuando es necesaria.

En la Comuna de la Florida se ha observado una disminución de los menores de 20 años inscritos en los centros de Salud, por lo que debemos incentivar a esta población a realizar sus Controles preventivos en sus respectivos Centros mediante un trabajo constante de los equipos de Salud, reorientando las estrategias para fomentar el autocuidado, en un lenguaje claro y con actividades que logren despertar el interés de este grupo etario en los temas de salud.

La Tabla N° 75 muestra la evolución de la cobertura en la atención odontológica en la comuna de La Florida para este grupo etario.

Tabla N° 75: Evolución Cobertura de Altas Odontológicas en Menores de 20 años. Comuna de La Florida, Periodo 2011- 2015.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Altas Odontológicas menores 20 Años	19.179	22.327	21.637	21.236	21.652	22.242
Inscritos	92.214	88.775	82.666	77.251	77.109	74.074
Cobertura	12,10%	25,15%	26.17%	27.48%	28%	30%

Fuente: DEIS, Inscritos Validados por Comuna Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La atención de adolescentes constituye un desafío para el equipo odontológico, requiriendo la incorporación de actividades que permitan mantener la salud bucal de la dentición permanente ya establecida a dicha edad, pues se sabe que la severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries, aumenta con la edad (MINSAL, 2011).

6.2. Altas Odontológicas Niños de 12 años

La atención odontológica de los pacientes de 12 años constituye una de las metas sanitarias odontológicas, siendo una edad de vigilancia epidemiológica, debido a que se puede encontrar, en su gran mayoría, dentición permanente completa (MINSAL, 2007).

Debemos enfocar nuestras acciones en reforzar los hábitos de higiene bucal, alimentación saludable y la ejecución de la consejería anti tabáquica, para instruir a los adolescentes de los peligros y consecuencias que acarrea, para la salud general, el consumo de tabaco.
En el año 2016, se realizaron un total de 15.789 actividades de consejería en todos los grupos etarios. En el grupo de adolescentes de 12 años, se realizaron 2.224 actividades de esta índole, alcanzando un 85.73% de cobertura de la actividad.

La Tabla N° 76 muestra la cobertura de altas en niños de 12 años entregadas desde el año 2010 al 2016 en La Florida.

Tabla N° 76: Evolución Cobertura de Altas Odontológicas en Pacientes de 12 años. Comuna La Florida, periodo 2011-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Altas Odontológicas 12 Años	2.818	2.913	3.008	3.158	3.045	2830
Inscritos	4.921	4.596	4.515	4.199	4.023	3560
Cobertura	70.21%	63.38%	66.62%%	75.21%	75.68%	79.49%

Fuente: DEIS, Inscritos Validados por Comuna Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

El porcentaje de adolescentes de 12 años libres de caries en la comuna de La Florida, es levemente menor a lo reportado en la Región Metropolitana (36,4%) y en el resto del país (34,73%), según Registro Estadístico Mensual del año 2016. Para mejorar este indicador, es necesario aumentar las actividades de Promoción de la Salud, específicamente las medidas preventivas en los adolescentes de 12 años. Mediante el nuevo Programa CERO podemos reforzar estas medidas a temprana edad, para así aumentar la prevalencia de individuos libres de caries en la adolescencia.

Tabla 77: Prevalencia de adolescentes de 12 años con índice ceo=0 y ceo≠0 en REM 2016 en Chile, Región Metropolitana, Comuna La Florida. Año 2016.

Lugar	COPD	
	COPD=0	COPD≠0
Chile	34.73%	65.27%
Región Metropolitana	36.4%	63.6%
La Florida	33.3%	66.7%

Fuente: Registro Estadístico Mensual 2016, DEIS

6.3. Altas Odontológicas de alumnos de Cuarto Medio.

Dentro del marco del Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica, se incorporó a partir del 2015, como Orientación Programática de MINSAL, la Atención Odontológica Integral a alumnos de 4° año de enseñanza media

Este programa consiste en la atención odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media en establecimientos de APS y en establecimientos educacionales a través de la Clínica dental móvil. Dicho dispositivo fue entregado por el Servicio Metropolitano Sur Oriente, con el objetivo de aumentar la cobertura de Altas Integrales a los estudiantes de cuarto medio de Establecimientos Educacionales Municipalizados de la Comuna.

En el año 2016 la comuna brindó a través de este Programa 602 Altas Odontológicas Integrales a estudiantes de 3 ° y 4° año de Enseñanza Media de Liceos Municipales de La Florida, en modalidad de Unidad dental móvil ubicada en el establecimiento educacional. Se realizó el programa en los siguientes Establecimientos Educacionales dependientes de COMUDEF:

- Liceo Benjamín Vicuña Mackenna
- Liceo Polivalente Municipal
- Colegio Cardenal Antonio Samoré
- Liceo Los Almendros
- Liceo Andrés Bello
- Liceo Indira Gandhi
- Liceo Alto Cordillera
- Liceo Marcela Paz

La meta comprometida para el año 2017 corresponde a un total de 1620 Altas Odontológicas Integrales a alumnos de Tercero y Cuarto Medio. Debido a este marcado aumento en la cobertura solicitada, es que fue necesario aumentar las estrategias de atención, sumando además de la Clínica Móvil, la atención en extensión horaria en Centros de Salud de la Comuna. Actualmente los CESFAM en donde se están realizando los programas son:

- CESFAM Villa O'Higgins
- CESFAM Trinidad
- CESFAM José Alvo
- CESFAM La Florida.

A septiembre del año 2017, se han realizado un total de 616 Altas Integrales a alumnos de tercero y cuartos medios o equivalentes. Se está trabajando en reforzar la adherencia al tratamiento y difusión del programa, para así poder lograr la meta solicitada al finalizar el año.
Los Establecimientos intervenidos hasta Agosto del 2017 son:

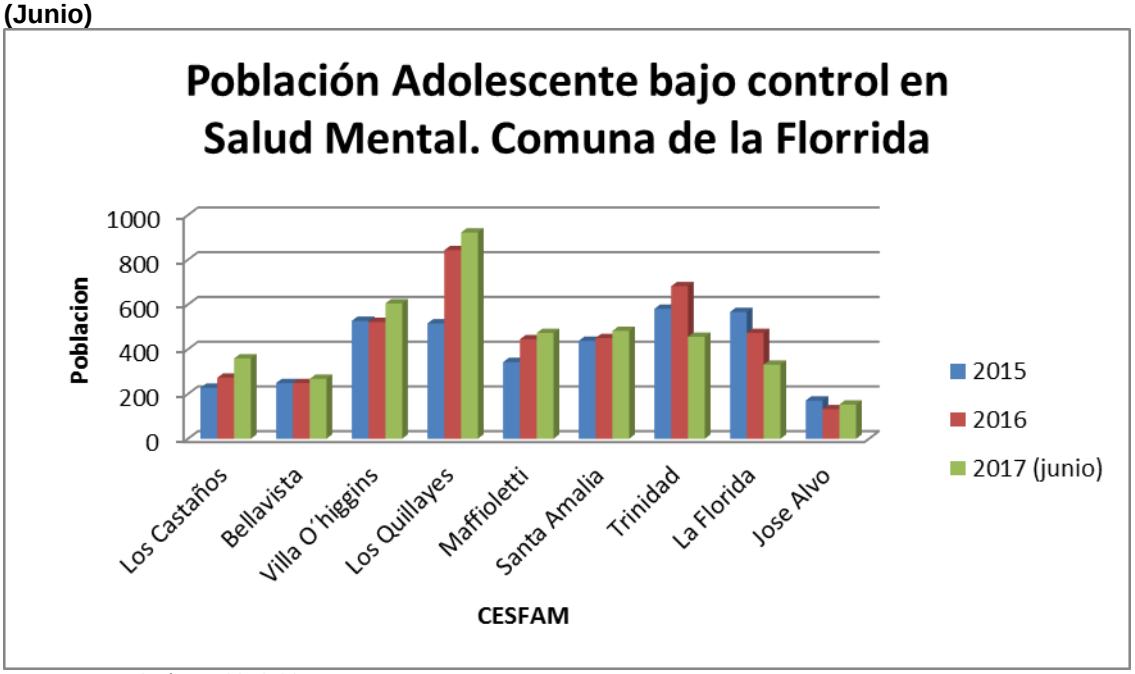
Colegio Alain
Colegio Andrés Bello
Colegio Andrews
Colegio Bernadette College
Colegio Cardenal Samoré
Colegio Chilean Eagles College
Colegio Francisco Vergara
Colegio Indira Ghandi
Colegio Liahona
Colegio Licarayén
Colegio Lovaina
Colegio Manantial
Colegio Marcela Paz
Colegio Mauricio Rugendas
Colegio Nuestra señora de Lourdes
Colegio Nueva Era Siglo XXI
Colegio Polivalente Vicente Valdes
Colegio Rugendas
Colegio Saint Charles
Colegio San Cristobal
Colegio San Sebastián
Colegio Santiago
Colegio Semper Altius
Colegio Shirayuri
Colegio Sol De Illimani
Colegio The Garden School
Liceo Alto Cordillera
Liceo Diego Portales
Liceo Los Almendros
Liceo Polivalente Municipal de la Florida

7. Salud Mental

La etapa de la adolescencia es considerada por muchos autores como unas de las etapas más complejas del ciclo vital. El desarrollo físico, psíquico y social del adolescente es muchas veces inesperado y generalmente poco elaborado por el individuo. Unido a esto aparecen los cuestionamientos en torno al origen familiar, identidad personal, identidad sexual, figuras parentales significativas, relaciones entre pares, dogmas imperantes, etc., que hacen que su conflictiva psíquica aumente. Lo complejo en esta etapa de traduce en que los sistemas de salud deben considerar esta dinámica a la hora de dar la atención al usuario adolescente

Tal como se observa en la Tabla, la población adolescente que se atiende por algún problema de salud mental en los CESFAM ha ido en aumento, con excepción de Trinidad y La Florida que se produjo una baja importante de adolescentes que consultan. Una explicación de este dato tiene que ver con cambios en los registros de estos dos Centros que han sacado del sistema computacional, población que figuraba como en control, no estando como tal.

Grafico N° 33 : Población Adolescente Bajo Control En Salud Mental Años 2015- 2016-2017 (Junio)



Fuente: REM Series P 2016-2017

Las atenciones de salud mental en el adolescente son requeridas la mayoría de las veces por sus padres y/o profesores, no obstante, también lo hacen por iniciativa propia. En este grupo se encuentran garantizada la atención de patologías GES: pesquisa del primer brote de esquizofrenia, tratamiento de la depresión en mayores de 15 años y tratamiento del consumo problemático de sustancias en menores de 20 años.

En relación a los principales diagnósticos en salud mental de los usuarios adolescentes se puede mencionar los trastornos de ansiedad, trastornos emocionales y del comportamiento, la depresión moderada y los trastornos hipercinéticos y de la atención son los que prevalecen en los CESFAM de la Comuna.

Tabla N° 78: Principales diagnósticos en el Adolescente. Comuna de la Florida.

Diagnósticos de Adolescentes 10-24 años		
Trastornos Del Humor (Afectivos)	Depresión Leve	134
	Depresión Moderada	334
	Depresión Grave	42
	Depresión Post Parto	26
	Trastorno Bipolar	17

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastorno Hipercinético	652
Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia		924
Trastornos de Ansiedad		1.726

Fuente: DEIS. Poblacion Bajo Control 2016

Para dar atención a los principales problemas de salud en este grupo etareo los equipos de salud mental en colaboración con equipos de sector, proponen distintas alternativas de atención tanto individuales como grupales en el contexto de la promoción - prevención y en tratamiento y rehabilitación.

Tabla N° 79: Talleres de Promoción y Prevención para usuarios adolescentes de 10 a 24 años. Comuna de la Florida año 2016-2017

Nombre	Tema
Fomentar conductas de autocuidado en relación a la prevención del embarazo adolescente e ITS/VIH.	Prevención embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia
Incentivar estilos de vida saludables en adolescentes mediante la actividad física.	Educación en estilos de Vida Saludable
Promoción salud mental/ Convivencia escolar	Promoción
Taller Buen Trato entre compañeros.	Prevención Bullying
Taller Prevención del Suicidio.	Prevención Suicidio Adolescente
Taller Mujeres /usuarias embarazadas-puérperas con alteración anímicas.	Prevención depresión post-parto
Autocuidado Educadores y Psicoeducación en Burnout.	Prevención trastornos en SM
Prevención de consumo de OH y drogas.	Prevención consumo de oh y drogas en adolescente
Trabajo comunitario con establecimientos educacionales	Trabajo con intersector
Talleres en temáticas de salud mental para profesores y apoderados.	Trastorno emocional, VIF, SDA
Espacio adolescente.	Generar un espacio Protector para jóvenes vulnerables.
Taller de Manejo de la ansiedad para adolescentes.	Manejo de la Ansiedad
Evaluación de depresión en embarazo /post parto	Prevención trastornos mentales

Fuente: REM A27 2016-2017

7.1. Intento de Suicidio en el Adolescente

Desde el año 2014 a la fecha los mayores esfuerzos en los equipos de salud han estado centrados en aumentar las acciones de prevención y tratamiento en este grupo para disminuir las conductas de autoagresión y/o intentos de suicidios y suicidios en los adolescentes, que según cifras del Ministerio de Salud este último ha aumentado de 8 a 11 muertes por mil habitantes.

Las jornadas, mesas de trabajo, coordinación de redes y capacitación ponen énfasis en las cifras antes descritas y consideran dar prioridad en conocer los factores de riesgo que aumentan el suicidio o las conductas de autoagresión, las formas de prevención del suicidio, el trabajo que debe realizar la atención primaria de salud, la detección precoz y la derivación asistida cuando corresponda. Dicha tarea no ha sido fácil debido, a la inexistencia o inutilización de un registro clínico en la consulta con el adolescente que designe este problema cuando el usuario lo manifieste. En este mismo tema, las consultas realizadas a los Adolescentes sobre el tema mencionan necesitar espacios en los colegios o con los profesionales de la salud que asisten a dichos dispositivos de espacios en los cuales puedan dar cuenta de sus emociones que muchas veces ellos mismos no se enteran que son negativas y que podrían producir un problema mayor si no se detecta el problema que está a la base.

Son múltiples los factores que pueden desencadenar conductas suicidas en este periodo, problemas de autoestima, dolor físico por alguna enfermedad, separación de los padres, presentándose no solo en jóvenes con antecedentes previos, sino que ocurren en no pacientes que nunca tuvieron una atención en salud mental. Es por esto fundamental la visualización y trabajo con los factores de riesgo de conductas suicidas en este grupo. Entre los factores más frecuentes se encuentran, según lo estima la Organización Panamericana de la Salud; crisis normativas y no normativas no elaboradas de manera satisfactoria, problemas de relaciones entre los padres, problemas en colegio con profesores y/o compañeros, aminorar autoestima, sentirse no escuchado, agresión directa o indirecta de los padres, antecedentes de suicidio en la familia. Como se muestra Tabla anterior, durante el año 2016- 2017 los equipos de salud en esta materia han desarrollado talleres preventivos: prevención de bullying, prevención de suicidio, taller de prevención en trastornos mentales con apoderados y profesores, manejo de ansiedad, generación de espacios protectores para adolescentes.
En el último año, se ha fortalecido el trabajo con los distintos actores de la red (SEREMI, SSMSO). Trabajo que ha corroborado lo enunciado más arriba donde se menciona que no necesariamente los intentos de suicidio los realiza el adolescente que tiene una patología determinada en tratamiento, sino más bien lo que se visualiza en casos coordinados para atención, es que la mayoría de ellos no han tenidos atenciones en su CESFAM ni han solicitado ayuda. Es por ello que nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a la captación del usuario adolescente, conocer sus gustos, problemas y desde este escenario ser un acompañante de su crisis en el caso de padecerla.

8. Centro Comunitario De Salud Mental Familiar - COSAM

Programa de Atención Adolescente SUYAI

El Centro Suyai es el dispositivo infanto adolescente perteneciente al Cosam La Florida. Surge como establecimiento de atención en el año 2007, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de atención de la población infanto juvenil.

Desde sus inicios se implementan los programas de consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y/o drogas en menores de 20 años. El Programa ambulatorio básico, el programa de seguimiento y el programa ambulatorio intensivo, el cual funciona bajo la modalidad de comunidad terapéutica adolescente.
Desde el año 2013, se ha implementado en el centro el Programa Ambulatorio Intensivo para adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol-drogas, y que han cometido infracción de la Ley 20.084, denominado Convenio 2, el cual es financiado por Senda.

8.1. Evaluación año 2016

Tabla N° 80: Programas de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas en menores de 2016 Años

Cobertura Suyai 2016

	Inicial	Refuerzo	Seguimiento	Intensivo	Convenio 2
Enero	34	44	29	11	34
Febrero	34	42	34	7	32
Marzo	61	26	21	8	28
Abril	71	29	24	8	23
Mayo	94	22	25	7	21
Junio	82	45	22	9	19
Julio	73	47	34	9	20
Agosto	59	62	37	10	25
Septiembre	52	49	48	9	26
Octubre	51	42	57	8	27
Noviembre	48	33	58	8	28
Diciembre	45	27	58	7	22
Sumatoria	704	468	447	101	302
Conveniado	500	360	182	90	295
% Cumplimiento	140,8	130	245,6	112,22	103,39

Fuente: SIGGES y Unidad Técnica COMUDEF.

Cabe destacar que todas las metas del programa consumo problemático de drogas y alcohol, tuvieron un sobre cumplimiento en el año 2016. Para el año 2017 fueron conveniados 500 canastas anuales para el Programa Inicial, 360 Canastas anuales para el Programa de Refuerzo, 90 canastas de prestaciones para el Programa Ambulatorio Intensivo, 182 Canastas para el Programa de Seguimiento y 295 Planes de Tratamiento anuales para el Programa Ambulatorio Intensivo Senda, Ley 20.084.

8.2. Evaluación Parcial 2017

Tabla N° 81: Avance Del Cumplimiento De Las Canastas Mensuales

	Inicial	Refuerzo	Seguimiento	Intensivo	Convenio 2
Enero	32	22	50	6	24
Febrero	28	24	43	6	24
Marzo	44	26	31	3	22
Abril	53	19	27	4	18
Mayo	54	20	30	4	20
Junio	57	30	16	7	21
Julio	61	37	16	12	19
Agosto	64	37	18	11	20
Septiembre	53	50	24	11	23
Sumatoria	446	265	255	64	191
Conveniado	528	360	181	85	267
% Cumplimiento	84,47	73,61	140,88	75,29	71,54

Fuente: SIGGES y Unidad Técnica COMUDEF.

Los resultados parciales en el periodo Enero-Septiembre 2017 entregan como proyección nuevamente un cumplimiento de las metas conveniadas en los diversos programas de tratamiento.
En conjunto con el cumplimiento de los convenios referidos, durante el presente año se ha continuado el trabajo y coordinación con la red escolar municipal y particular subvencionada de la comuna realizado actividades en conjunto. Para el mes de Octubre y Noviembre se iniciarán acciones interventivas en establecimientos educacionales municipales con el objetivo de realizar acciones preventivas y psicoeducativas con adolescentes acerca de la temática de drogas
A la vez se ha iniciado un trabajo colaborativo con los programas de adolescentes insertos en los CESFAM de la comuna, con el objetivo de favorecer el acceso de nuestros usuarios a las diferentes prestaciones de salud de acuerdo a sus necesidades, así como la coordinación permanente en los casos de mayor complejidad favoreciendo la continuidad de cuidados tanto a nivel primario como secundario.
Además durante el presente año se ha instalado un proceso de reflexión continua al interior de los programas de desarrollo respecto a ejes de calidad propuestos por SSMSO.
Desafíos SUYAI 2018
Entre las proyecciones para el año 2018 es posible señalar
Generar un desarrollo interprogramático de los distintos programas de alcohol y/o drogas menores de 20 años del COSAM La Florida que permita dar cuenta de un sentido interventivo común. Lo anterior implica generar una mirada transversal entre los distintos programas y además propiciar la participación en experiencias interventivas comunes para los usuarios de los distintos programas.
En este contexto es que se proyecta consolidar los talleres transprogramáticos de padres y adolescentes que se han iniciado el año 2017 y que pretenden establecerse como instancias de tratamiento que permitan acoger a los usuarios de los distintos programas en intervenciones comunes.

Igualmente desde una lógica de tratamiento articuladora, es posible esbozar el trabajo unificado entre los distintos Programas del COSAM. Desarrollar una aproximación inter y transectorial que permita posicionar al COSAM y sus programas adolescentes como dispositivos de salud que complementen la labor de los Centros de Salud Familiar, así como de otros dispositivos interventivos presentes en el territorio.
Desplegar la actividad del COSAM en una lógica territorial comunitaria, permite el desarrollo de intervenciones que promuevan la asociatividad, la vida saludable y una mejor calidad de vida de los habitantes de la comuna. Se visualiza la necesidad de generar por parte del COSAM un acercamiento al territorio, marcar presencia en la comunidad desplegando una línea interventiva comunitaria, plasmando así, un programa de prevención y promoción para la salud adolescente y su comunidad.

8.3. Programa de Salud Mental Especializado Vida Nueva

El programa vida Nueva cuenta con un promedio de atención de usuarios de 98 mensuales los que reciben atención psiquiátrica, médica, psicológica, terapia ocupacional y evaluación psicosocial por parte de Trabajador social; en el área de salud mental.
Si bien no existe una canasta de prestaciones establecidas para el programa, se realiza una intervención multidisciplinaria a partir de la evaluación clínica del equipo.

Tabla N° 82: Número De Ingresos Programa Vida Nueva

	Ingresos 2016	Ingresos 2017
Enero	17	9
Febrero	7	9
Marzo	10	9
Abril	9	10
Mayo	9	6
Junio	9	10
Julio	6	9
Agosto	16	8
Septiembre	12	14
Octubre	18	0
Noviembre	12	0
Diciembre	4	0
Total	129	84

Junto con lo anterior el equipo del programa vida nueva se ha insertado en la generación de actividades comunitarias y talleres transprogramáticos. Además, cuenta con el apoyo a CESFAM José Alvo en términos de consultoría psiquiátrica, la cual se realiza mensualmente.
En este mismo sentido, desde marzo del 2015 se desarrolla un taller de socialización grupal con los pacientes del programa, en donde se refuerzan los objetivos terapéuticos a través de una metodología participativa y enfocada en sus propios intereses; así como también se consigue la

relación con el entorno por medio del establecimiento de redes. De la misma manera, se consolida la relación de Comunidad propia del Cosam de La Florida.

8.4. Vida Sana Alcohol Adolescente. Detección, intervención y Referencia Asistida (DIR.)

El programa vida sana, intervenciones en alcohol y drogas 2016 continua con el objetivo de elevar el nivel del las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a los adolescentes, jóvenes y adultos de 15 a 44 años. En el año 2017 este objetivo se amplía ya que se incluye otras drogas al tamizaje y la edad de tamizaje comienza desde los 10 años en adelante.

Para el año 2016 el tamizaje en el grupo de adolescente cambió, ya que se incorporó el Test de CRAFFT en la evaluación para detección del consumo de sustancias en adolescentes, permitiendo una mayor especificidad en el screening al ser una herramienta de detección en los adolescentes y jóvenes con consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas.
Luego de la aplicación del instrumento y según arroje el patrón de consumo, se realiza una intervención minina si no tiene riesgo, una intervención breve si el patrón de consumo es de riesgo y una derivación asistida si el nivel de consumo es grave

Tabla N° 83: Tamizaje detección alcohol adolescentes de 10 a 24 años. Comuna de la Florida año 2016

COMPONENTE		TOTAL	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 24 años
Nº de audit (EMP/EMPAM)		2.529	616	459	1.454
Nº de audit aplicados		3.057	1.186	907	964
Nº de ASSIST / CRAFFT		106	40	34	32
Resultados de evaluación	Bajo riesgo	4.856	1.702	1.227	1.927
Resultados de evaluación	Consumo riesgoso	142	3	21	118
Resultados de evaluación	Posible consumo perjudicial o dependencia	49	0	10	39

Los resultados de tamizaje arrojan que la mayoría de los adolescentes tiene un consumo de bajo riesgo en donde se realiza una intervención mínima, educativa, que alienta a no consumir y mantener esta conducta como forma de autocuidado. Los que arrojan consumo riesgoso, se realiza la intervención breve que en el caso del adolescente se centra en la motivación al cambio y en problematizar el consumo. Cuando resulta un consumo perjudicial la derivación se realiza al programa de salud mental que abordará la problemática con adolescente.

8.5. Programa Piloto de Acompañamiento Psicosocial en APS

Programa Piloto de Acompañamiento en niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto Riesgo Psicosocial para la Atención Primaria de Salud

El Programa Piloto de Acompañamiento Psicosocial (año 2016) viene también a reforzar para este problema de salud otros en el adolescente. Se inicia a mediados del año 2016 con el fin de contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Considerando los usuarios que no están asistiendo a sus controles de salud y que presentan principalmente los siguientes problemas de salud:

- Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
- Situaciones de violencia; esto es niños, niñas y adolescentes, y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
- Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
- Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
- Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
- Adolescentes gestantes.
- NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Tr. Desarrollo)
- NNA y jóvenes con vulneración de derechos
- NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local

En lo que va del año 2017, el Programa de Acompañamiento Psicosocial para familias de Alto Riesgo Psicosocial, los equipos de trabajo están más empoderados de su territorio, con conocimiento de su población y del equipo de salud.

8.6. Proyección 2018:

Entre las proyecciones para el año 2018 es posible señalar:

Generar un desarrollo transprogramático de los distintos programas del COSAM La Florida que permita dar cuenta de un sentido interventivo común. Lo anterior implica generar una mirada transversal entre los distintos programas y además propiciar la participación en experiencias interventivas comunes para los usuarios de los distintos programas. Igualmente, desde una lógica de tratamiento articuladora, es posible esbozar el trabajo unificado entre los distintos Programas del COSAM. Ambiental, de promoción de vida saludable y prevención de recaídas entre otras.

Desarrollar una aproximación inter y transectorial que permita posicionar al COSAM y sus programas adolescentes como dispositivos de salud que complementen la labor de los Centros de Salud Familiar, así como de otros dispositivos interventivos presentes en el territorio.
Desplegar la actividad del COSAM en una lógica territorial comunitaria, permite el desarrollo de intervenciones que promuevan la asociatividad, la vida saludable y una mejor calidad de vida de

los habitantes de la comuna. Se visualiza la necesidad de generar por parte del COSAM un acercamiento al territorio, marcar presencia en la comunidad desplegando una línea interventiva comunitaria, plasmando así, un programa de prevención y promoción para la salud adolescente.
Mantener un proceso de desarrollo continuo en el ámbito de calidad al interior de los distintos programas de COSAM.

9. Rehabilitación con base comunitaria en población adolescente

El desarrollo del modelo de rehabilitación integral en las redes de salud pública, bajo un enfoque biopsicosocial, tiene como objetivo responder a las necesidades de rehabilitación de los beneficiarios de nuestro sistema, dando cuenta de las diversidades y especificidad de los requerimientos de estos en los distintos nodos de la red, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y entregando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.

El modelo de rehabilitación integral a nivel de los centros de atención primaria se enmarca en una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, el desarrollo de esta estrategia es integral y como un continuo en las redes de salud, necesariamente es un proceso paulatino y progresivo.
La OMS-OPS en América Latina ha desarrollado la estrategia de Rehabilitación de base comunitaria (RBC) con varios modelos, algunos centrados en el trabajo exclusivo de monitorios comunitarios, otros con intervención de profesionales; otros mixtos.

La comuna de La Florida cuenta con dos Centros comunitarios de Rehabilitación Física en establecimiento de atención primaria: CCR Los Castaños y CCR José Alvo, ambos centros son referencia para las derivaciones de pacientes desde los 15 años del resto de los CESFAM de la comuna. Atienden a los jóvenes con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de los jóvenes en situación de discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, su familia y cuidador. A la vez se constituye un agente de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o el riesgo de estarlo.

CCR Los Castaños: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona norte de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médicos desde CESFAM Bellavista, La Florida y Los Castaños.

CCR José Alvo: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona sur de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médico desde CESFAM Trinidad, Santa Amalia, Los Quillayes, Maffioletti y José Alvo.

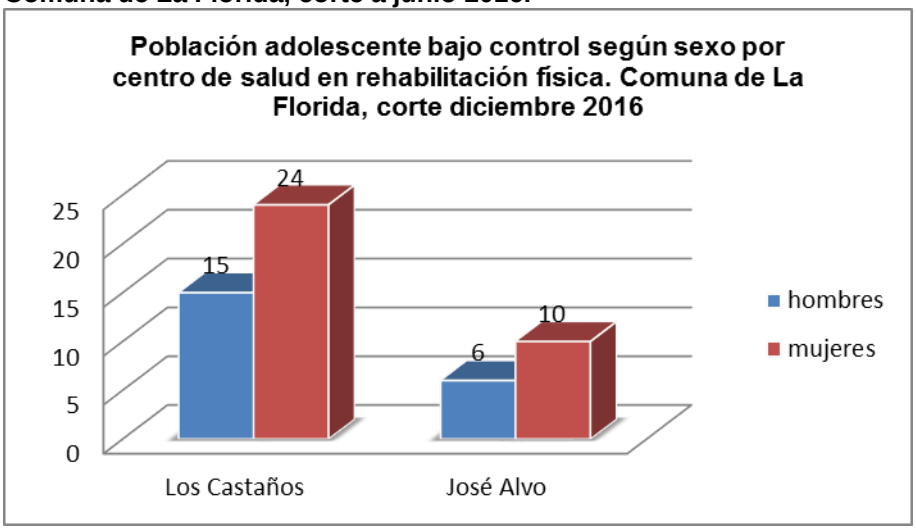
Tabla N° 84: Población adolescente (10-19 años) bajo control en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte a diciembre 2016.

Población bajo control adolescente por CCR			
Centro de salud	**hombres**	**mujeres**	**total**
Los Castaños	15	24	39
José Alvo	6	10	16
Comunal	21	34	55

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

En diciembre 2016, la población entre 10 a 19 años bajo control en rehabilitación física a nivel comunal corresponde a 55 adolescentes, de estos un71% corresponde a la población bajo control en CCR Los Castaños y un 29% en CCR José Alvo.

Gráfico N° 34: Población adolescente (10-19 años) bajo control en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte a junio 2016.



Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

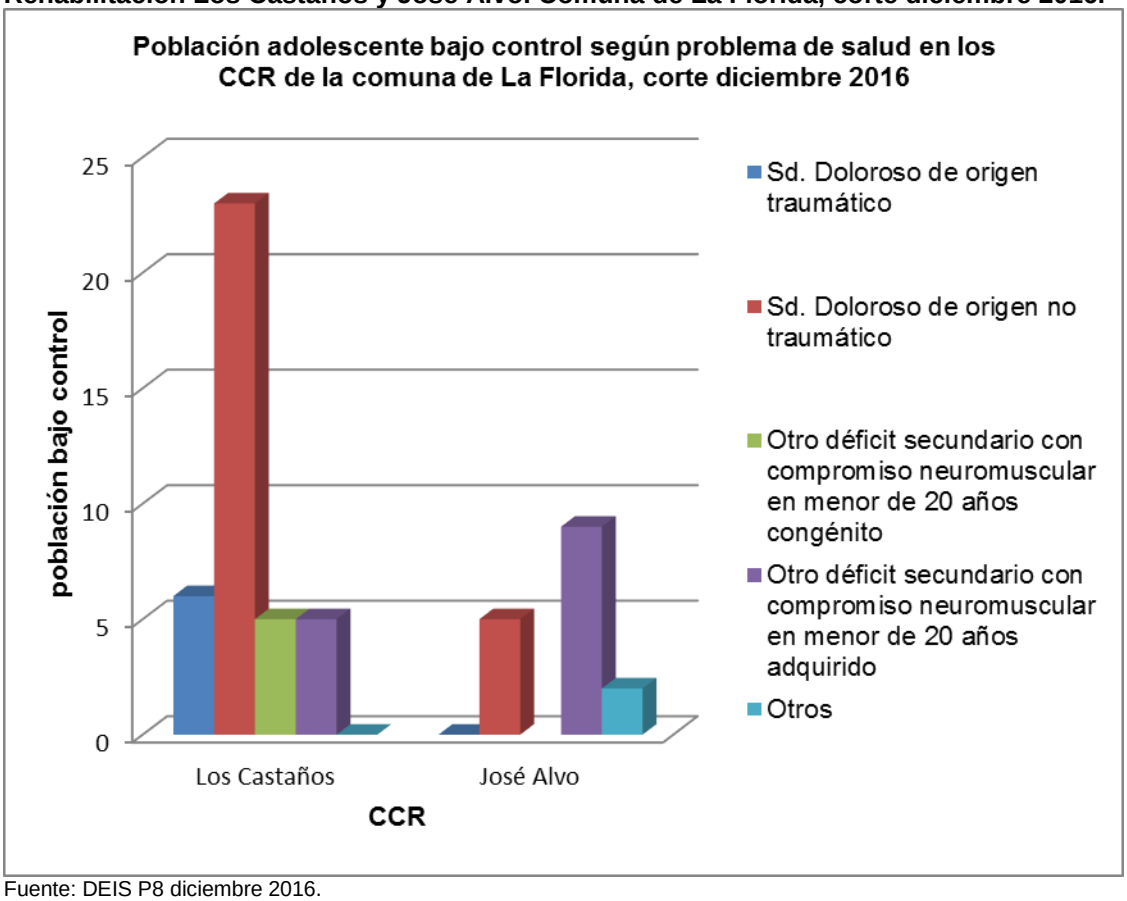
Al analizar la población adolescente bajo control a nivel comunal según sexo, en diciembre 2016 corresponden mayoritariamente a mujeres con un 62%, este mismo comportamiento se da en ambos CCR: en el caso de CCR Los Castaños y José Alvo un 62% de la población bajo control corresponde a mujeres y un 38% a hombres.

Tabla N° 85: Población 10-19 años bajo control, según patología en Centro Comunitario de Rehabilitación Los Castaños y José Alvo. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.

Patología de ingreso	Los Castaños	José Alvo	Comunal
Sd. Doloroso de origen traumático	6	0	6
Sd. Doloroso de origen no traumático	23	5	28
Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito	5		5
Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido	5	9	14
Otros	0	2	2
Total	39	16	55

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

Gráfico N° 35: Población 10-19 años bajo control, según patología en Centro Comunitario de Rehabilitación Los Castaños y José Alvo. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.



Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

Al analizar la tabla N°85 y el Gráfico N°35, la población adolescente bajo control según problema de salud en el corte diciembre 2016 en ambos CCR:

-El principal problema de salud por el cual ingresan a rehabilitación en CCR Los Castaños son los síndromes dolorosos de origen no traumático, representando para CCR Los Castaños este diagnóstico un 59% de la población total adolescente bajo control en este corte.

-El principal problema de salud por el cual ingresan a rehabilitación en CCR José Alvo son otros déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido, representando para CCR José Alvo este diagnóstico un 56% de la población total adolescente bajo control en este corte.

10. Programa enfermedades respiratorias infantojuveniles (eri)

Se mencionó en el ciclo infantil, respecto a este programa, que el asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial. Siendo en Chile, de 14,9% en los

adolescentes, según el estudio Internacional de Asma y Alergias en la niñez (ISAAC - 2006). Manteniéndose los mismos Objetivos Sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud ya descritos.

10.1. Población Bajo Control Adolescente (PBC)

A Junio 2017, la población asmática adolescente es de 876, lo que equivale a un 22.5% del total de pacientes del programa ERI.

Esto representa un descenso de aproximadamente 2 puntos porcentuales en relación a la misma fecha del año anterior, como puede observarse en la Tabla N°86.

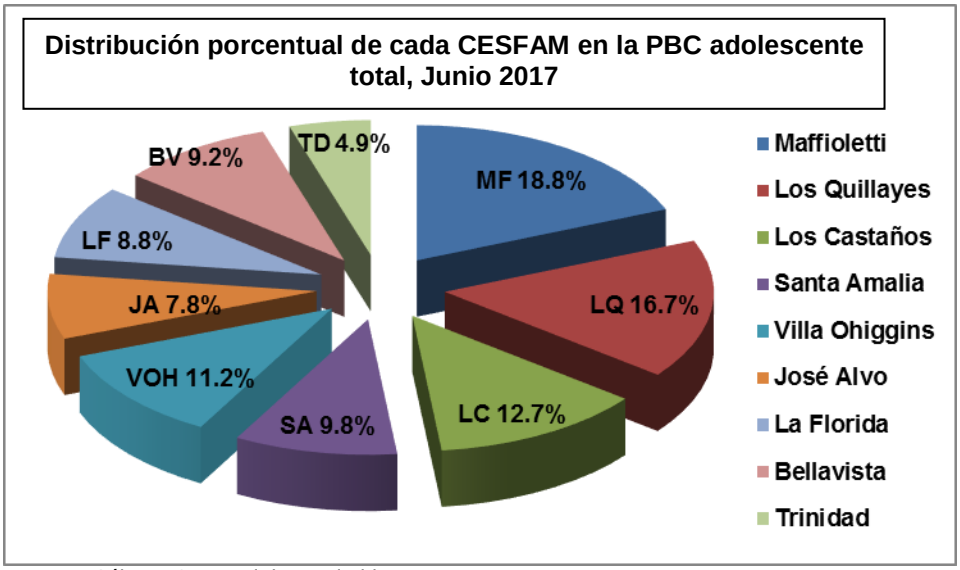
Tabla N° 86: Distribución de población adolescente por CESFAM, a Junio 2016 y Junio 2017

CESFAM	JUNIO -2016		JUNIO-2017	
	PBC Total	PBC Adolescente	PBC Total	PBC Adolescente
MF	638	177	672	165
LQ	688	147	615	146
LC	490	111	509	112
SA	366	61	439	86
VOH	359	87	371	98
JA	420	89	351	68
LF	339	65	349	77
BV	355	92	332	81
TD	269	60	262	43
TOTAL	3924	889	3900	876

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento.

Al igual que el año 2016, se siguen manteniendo Maffioletti (18.8%) y Los Quillayes (16.7%) como los centros con mayor población bajo control en relación al total comunal, correspondiendo a Trinidad el menor valor porcentual (5%). Como se representa en el gráfico N° 36.

Gráfico N°36: Distribución porcentual de cada Cesfam en la PBC adolescente total, Junio 2017



Fuente: Sábana Comunal de La Florida

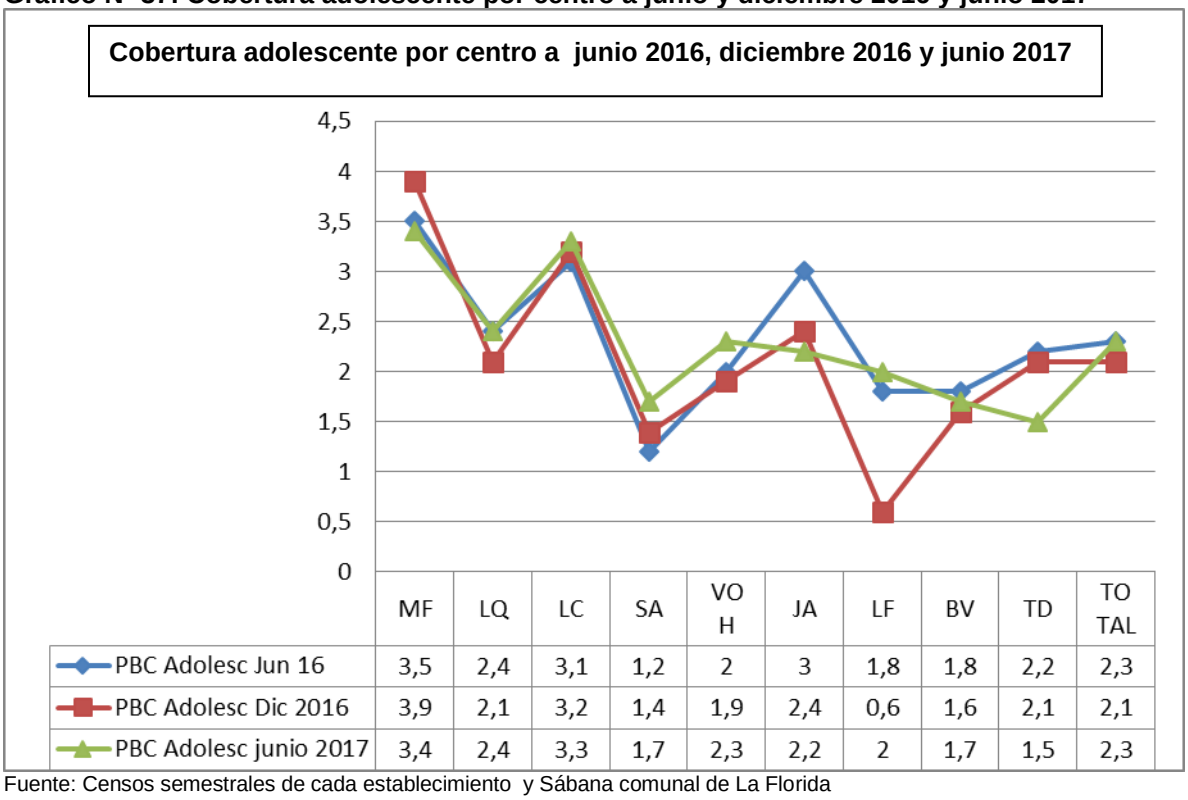
10.2. Cobertura

En la población adolescente a nivel comunal este valor no registra variaciones respecto de junio 2016 manteniéndose en 2.3%.

Observando el gráfico N° 37 se observa que la cobertura en cada centro se ha mantenido, en general, en forma estable en los 3 últimos semestres, a excepción de José Alvo y Trinidad, donde hubo a Junio 2017, un descenso evidente. El valor que se escapa del promedio en Diciembre 16 en Cesfam La Florida, consideramos que podría deberse a un error de registro, ya que los valores de junio 16 y junio 17 son similares.

A pesar de todos los esfuerzos por rescatar a estos pacientes, es un grupo etario en general poco adherente a sus diversas atenciones de salud, por lo que se están estableciendo estrategias para incrementar la pesquisa dentro del mismo consultorio con los diversos profesionales de salud, así como en conjunto con las instituciones educativas a través de Salud Escolar, rescate telefónico o a terreno de inasistentes y pesquisa de pacientes atendidos en el nivel secundario local.

Gráfico Nº 37: Cobertura adolescente por centro a junio y diciembre 2016 y junio 2017



	MF	LQ	LC	SA	VO H	JA	LF	BV	TD	TO TAL
PBC Adolesc Jun 16	3,5	2,4	3,1	1,2	2	3	1,8	1,8	2,2	2,3
PBC Adolesc Dic 2016	3,9	2,1	3,2	1,4	1,9	2,4	0,6	1,6	2,1	2,1
PBC Adolesc junio 2017	3,4	2,4	3,3	1,7	2,3	2,2	2	1,7	1,5	2,3

Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento y Sábana comunal de La Florida

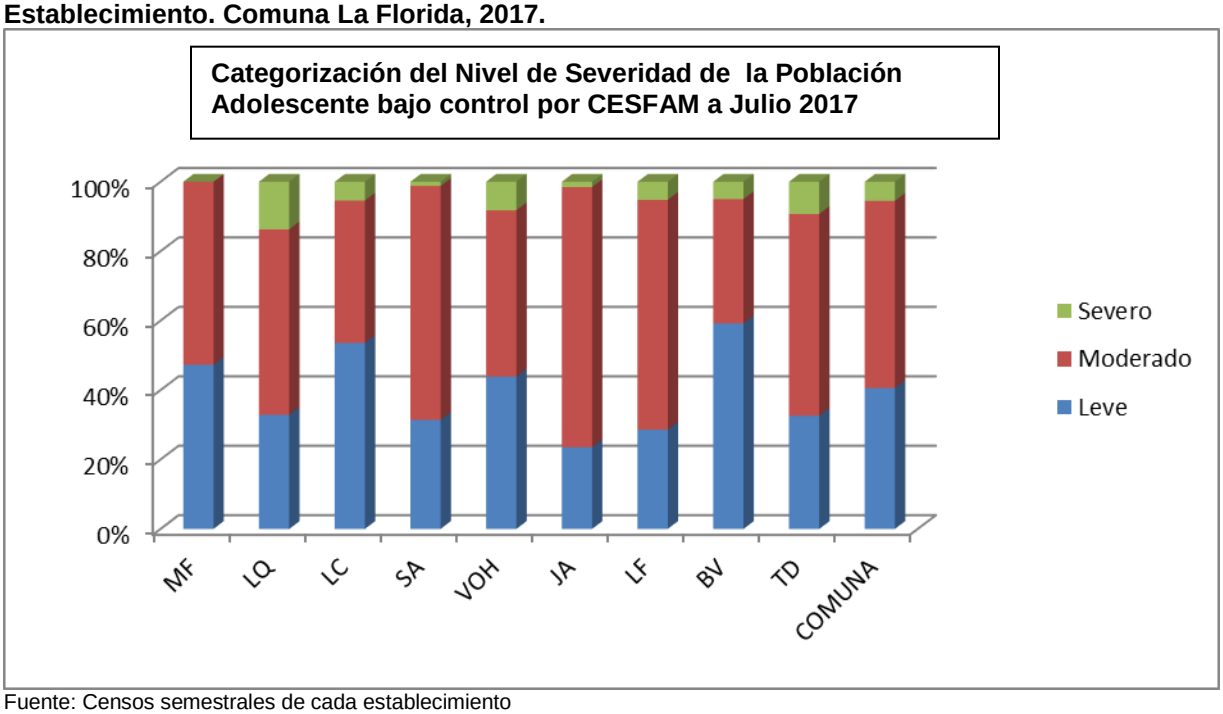
10.3. Categorización de la PBC

Siguiendo lo explicado en el ciclo infantil, haremos el análisis de la categorización.

Nivel de severidad

El mayor porcentaje comunal lo determinan los pacientes moderados (54%) y los leves (41%), manteniéndose la misma tendencia que el año 2016. Siendo diferente en Los Castaños y Bellavista donde la mayor población tiene nivel de severidad leve. Es llamativo además que en Los Quillayes, Trinidad y Villa O Higgins hay un mayor porcentaje de pacientes severos sobre el promedio comunal, observándose además un incremento respecto al año 2016, donde sólo Trinidad tenía mayor población severa en la comuna. Gráfico N°38.

Gráfico N°38: Nivel De Severidad En Población Bajo Control Adolescente Según Establecimiento. Comuna La Florida, 2017.



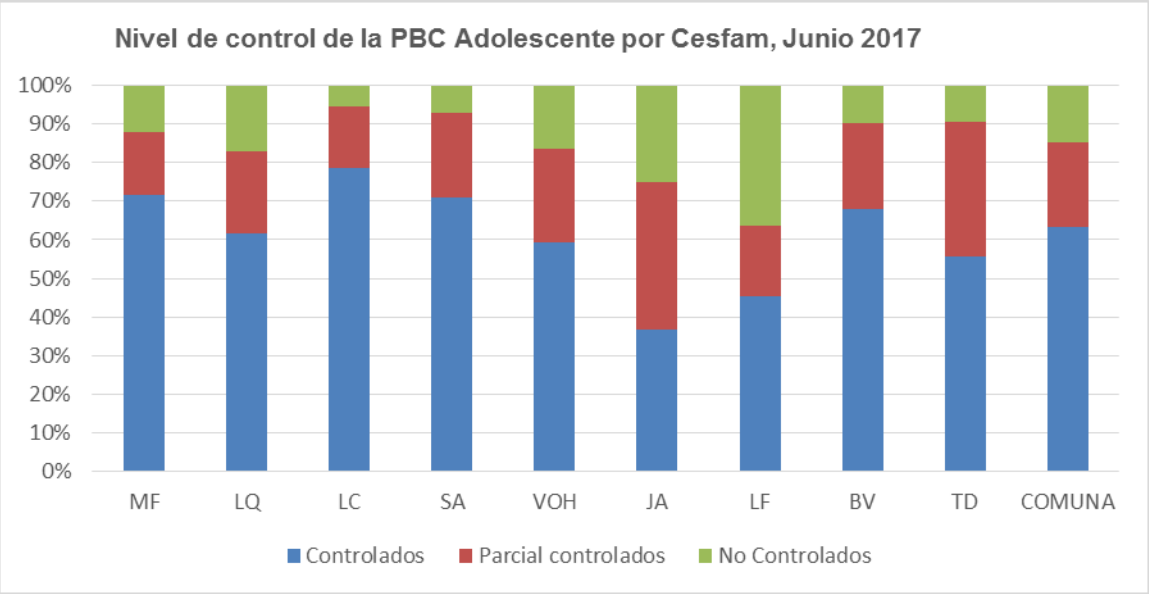
Fuente: Censos semestrales de cada establecimiento

Nivel de control

Analizando el nivel de control, en la comuna, el 63% de los adolescentes asmáticos tienen buen nivel de control de su enfermedad, el restante se distribuye casi homogéneamente entre parcialmente controlados (22%) y no controlados (15%).

Observándose que La Florida y José Alvo tienen un elevado porcentaje de pacientes con bajo nivel de control de su enfermedad (36% y 25% respectivamente). En cambio que Maffioletti no reportó este semestre, ni un paceinte severo. Gráfico N°39.

Gráfico N° 39: Nivel de control de la Población Adolescente Bajo control por Centro de Salud y comunal a Junio 2017



Fuente: censos semestrales de cada establecimiento

Actividades del programa ERI

De las actividades que se realizan en este programa, lo correspondiente a Pruebas de Funcionamiento Pulmonar, Visitas Domiciliarias y Otras Actividades, ya fueron descritas en el segmento respectivo del ciclo vital infantil. Aquí analizaremos lo que corresponde al grupo de adolescentes de la actividad restante.

Ingresos y controles

En el año 2016 se programó 322 ingresos, de los cuales se llegó a cumplir el 67,7% (218 ingresos del total). En el año 2017 se programó 481 ingresos, habiendo realizado solamente el 20,4% al cierre del primer semestre.
Respecto a los controles, en el 2016 se programó 2435 controles, de los cuales se realizaron 1119 equivalente al 46%. Para el 2017 se programó 3204, habiéndose cumplido al cierre del primer semestre solamente el 14.1%, es decir, 451 controles. Así mismo se mantiene el control de los adolescentes que se atienden en el nivel secundario. Y de igual forma que en el ciclo infantil, los esfuerzos se están enfocando en el rescate de pacientes y confirmación de horas.

SALUD EN EDAD ADULTA

Las atenciones en la edad adulta están enfocadas en detección oportuna de enfermedades no transmisibles (ENT), sabemos que estas enfermedades son de larga duración y en la mayoría de los casos de lenta progresión, características que nos dan la posibilidad de tener un buen manejo de las patologías para disminuir la comorbilidad y la mortalidad de nuestros usuarios por causa de estas enfermedades.

Los principales problemas de salud son las enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, todo tipo de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Además de las enfermedades de salud mental y problemas dentales.

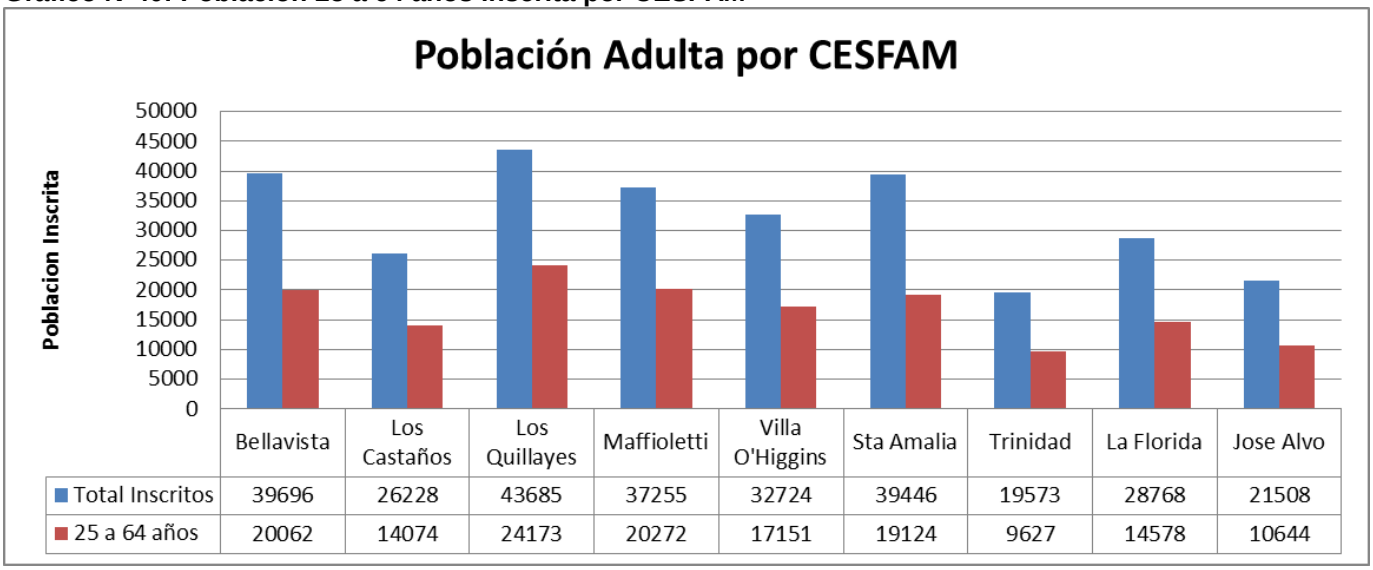
Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo. Un 63% de todas las muertes en el 2008, siendo cerca de 9 millones muertes en personas menores de 60 años.

Según estadísticas el 80% de ellas son evitables reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo. Es fundamental considerar que casi todos los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado cuyas condiciones afectan la salud y están sujetos a horarios y restricciones para acudir al Centro de Salud Familiar.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva , es fundamental para mujeres y hombres adultos. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, orientación sexual, cultura o etnia. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional y la detección de la violencia sexual y de género y de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama (Orientaciones Programáticas MINSAL 2017).

1. Características de la población

Gráfico N°40: Población 25 a 64 años inscrita por CESFAM



	Bellavista	Los Castaños	Los Quillayes	Maffioletti	Villa O'Higgins	Sta Amalia	Trinidad	La Florida	Jose Alvo
Total Inscritos	39696	26228	43685	37255	32724	39446	19573	28768	21508
25 a 64 años	20062	14074	24173	20272	17151	19124	9627	14578	10644

FUENTE: Unidad Técnica-MINSAL

La poblacion de 25 a 64 años abarca cerca del 50% del total de inscritos por cada centros de salud. Comunalmente de un total de 288.883 inscritos, 149.705 usuarios pertenecen a este grupo etario, lo que corresponde al 51.8% de la poblacion de la comuna.

Si analizamos la distribución por sexo tenemos que un 55% (82.571) es población femenina y un 45% (67.134) población masculina.

2. Morbilidad

2.1. Consultas de Morbilidad

Las consultas de morbilidad son una de las prestaciones más utilizadas por nuestros usuarios.
Siendo estas donde se realizan consultas patologías agudas, sospecha de patologías crónicas y además son la puerta de acceso al resto de la red cuando el motivo de consulta no puede ser resulto en atención primaria.
La consulta realizada por el médico de cabecera es entregada de manera integral, considerando el contexto familiar, el entorno social, la cercanía y confianza con el profesional. Desde el punto de vista de la comunidad, el contar con acceso expedito y en casos que a juicio de ellos son urgencia, es altamente valorado, por tanto, siendo una prestación tan sensible a los ojos de la comunidad se debe asegurar el acceso, tomando medidas para garantizar al mismo tiempo la calidad en las consultas.

Tabla N° 87: Comparación número de consultas de morbilidad en población adulta de 25 a 64 años en los años 2015 y 2016

	2015	2016
Consultas de Morbilidad	148.701	151.384

Fuente: REM A04 2015-2016, DEIS-MINSAL

En la tabla anterior se observa un leve aumento en las consultas de morbilidad realizadas el 2016 en comparación con el año anterior.

A continuación en la tabla N°88 se muestra la relación entre el total de atenciones de morbilidad y el total de inscritos en este grupo etario.

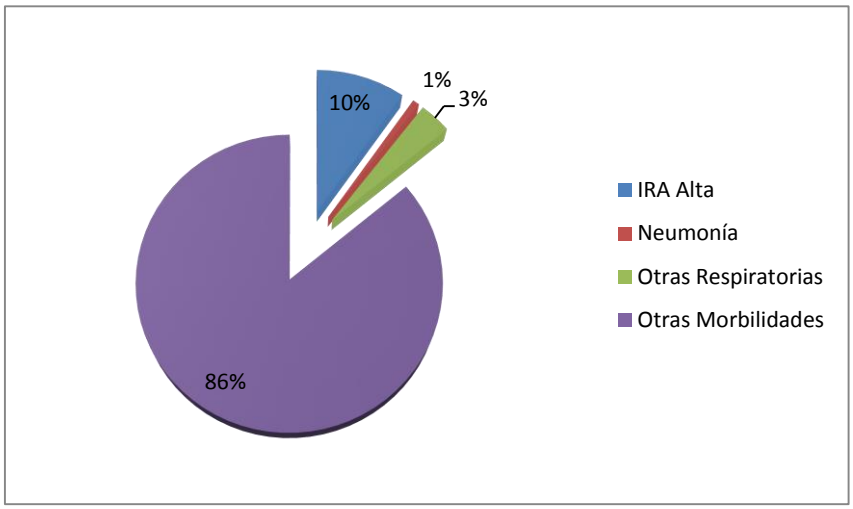
Tabla N° 88: Descripción número de consultas de morbilidad en población adulta de 25 a 64 años, Comuna de La Florida, año 2016.

Consultas de morbilidad Adulto año 2016	
Grupo de edad	25 a 64 años
Atenciones de morbilidad	151.384
Promedio Comunal por CESFAM Atenciones de morbilidad comunal	16.820
Tasa de consulta	0.98

Fuente: REM A04 2016, DEIS – MINSAL

A nivel comunal y para este grupo etario, la tasa de consulta es de 0,98; es decir, una persona de este grupo etario, consulta cerca de una vez al año por algún evento agudo. Cabe destacar que a pesar de que nuestra tasa de consulta este cercana a uno, gran cantidad de nuestros pacientes acude en horario SAPU debido a que son usuarios en edad activa y trabajan en el horario de 8:00-20.00 que es cuando tenemos disponibilidad de horas médicas.

Gráfico N° 41: Descripción del motivo de consulta más común en las consultas de Morbilidad del adulto en la Comuna de la Florida año 2016.



Fuente: REM A04 2016, DEIS-MINSAL

Si revisamos los motivos de consulta más comunes en este grupo etario, destacan las consultas por otras morbilidades que abarcan atenciones que no tienen diagnósticos respiratorios ni ginecológicos incluyendo ajustes de tratamiento de enfermedades crónicas, cefaleas, derivaciones al nivel secundario, entre otras. Seguido de estas atenciones destacan las consultas por motivos respiratorios que según curvas del DEIS y cómo podemos ver a nivel país, tienen mayor peak de Mayo a Agosto cuando cursamos la campaña de invierno.

3. Examen de Medicina Preventiva

El Examen de Medicina Preventivo (EMP), es un control periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital. Su objetivo es reducir la morbimortalidad asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto como para quien la padece como para su familia y la sociedad.
Con estos antecedentes es muy importante sensibilizar a la población respecto a este examen. De esta manera llegamos a tiempo en la pesquisa de enfermedades y en la orientación de una vida saludable, reduciendo la exposición a factores de riesgo y modificando conductas de riesgo para la salud.

Tabla N° 89: Descripción del examen preventivo de salud, en población adulta de 25 a 64 años en la Comuna de La Florida, año 2016.

Comuna Año 2016	
Rango Etario	**Total**
25 a 64 años	14.393

Hombres 25 a 64 años	4.368
Mujeres 25 a 64 años	10.025

Fuente: REM A02 2016, DEIS-MINSAL

Esta actividad (EMP) está incluida dentro de los Indicadores de actividad de atención primaria en salud (IAAPS) año a año es un desafío realizar estos exámenes debido a que es una población sana que no siempre acude a los CESFAM. No cabe duda que el compromiso de los equipos es fundamental en el logro de esta actividad.

Los equipos de salud han desarrollado diversas estrategias con el fin de mejorar las coberturas, como, por ejemplo:

- Contacto con clubes deportivos.
- Contacto con colegios y juntas de vecinos.
- Lugares laborales
- Implementación de Buenas Practicas comunales.

El estado nutricional es un parámetro importante de evaluación en la población general, en especial en el adulto que accede al realizarse el EMP. Del total de Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) en el año 2016 (14.393) el 25.8 % fueron evaluados con Estado Nutricional Normal.

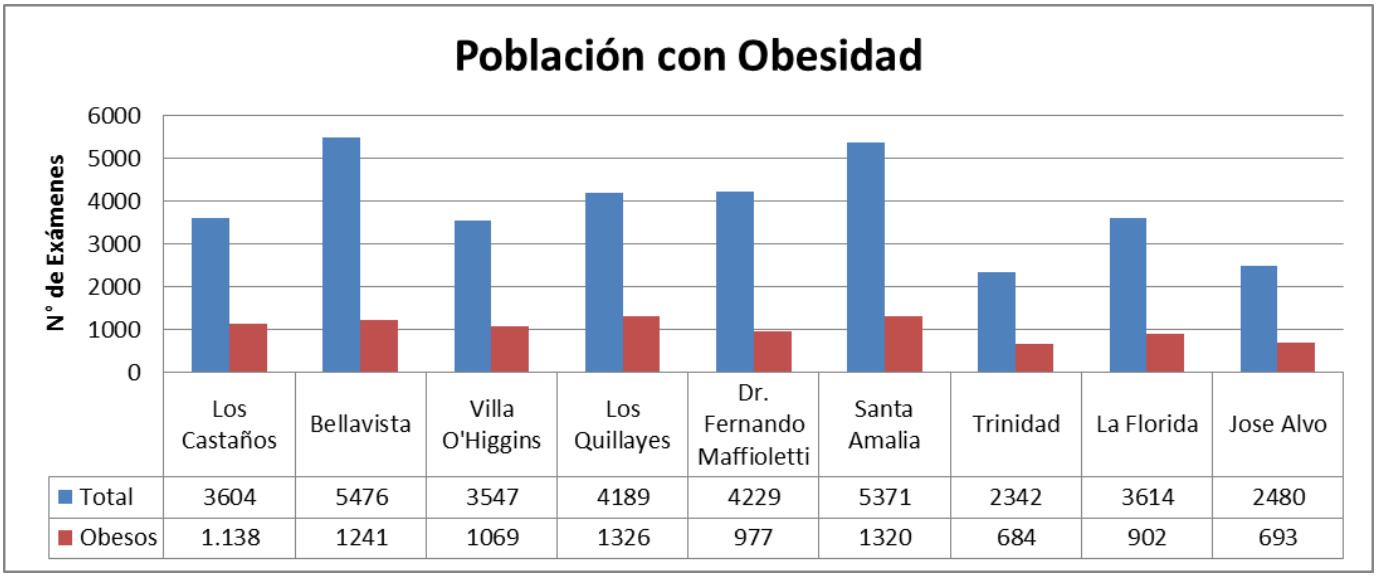
Tabla N° 90: Estado nutricional detectado en examen de medicina preventivo, en población adulta de 25 a 64 años, Comuna de La Florida, año 2016.

Estado nutricional	Total		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	14.939	4.368	10.025
Normal	3.725	1.774	2.500
Bajo peso	177	57	120
Sobre peso	5.888	1.859	4.029
Obesos	4.603	1.227	3.376

Fuente: REM A02 2016, DEIS-MINSAL

Al analizar los datos antes expuestos, se puede evidenciar que el 72.8% de la población examinada, presenta problemas de malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad). Al revisar los datos por sexo el 33.6% de las mujeres examinadas tiene obesidad, en cambio este valor es menor en hombres con un 28%.

Gráfico N° 41: Población con diagnostico nutricional correspondiente a Obesidad versus el total de EMP realizados en la población de 25 a 64 años por Centro de Salud, Comuna de La Florida 2016.



Fuente: REM A03 Sección B, DEIS-MINSAL

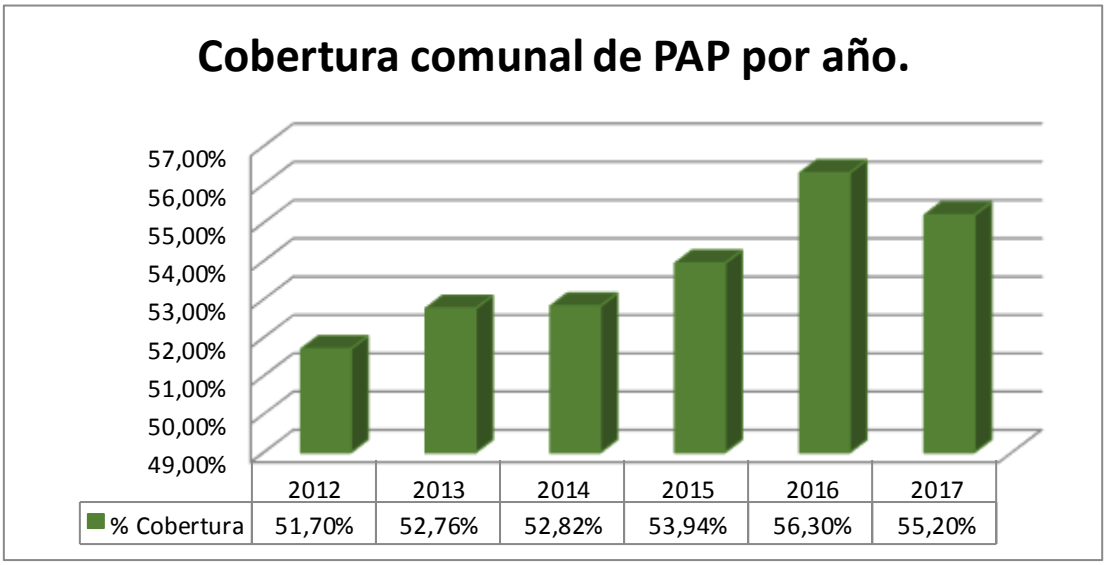
CESFAM Los Quillayes, Los Castaños, Villa O´Higgins y Trinidad son los que han pesquisado cerca de un 30% de usuarios con diagnostico nutricional con Obesidad. Es aquí donde el rol de la Nutricionista y su educación sobre hábitos saludables, la actividad física y la motivación del usuario juegan un papel fundamental en como revertir esta condición.

4. Salud Sexual y Reproductiva

4.1. Programa de pesquisa de Cáncer de cuello uterino

La principal estrategia para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino es el examen del Papanicolaou (PAP). La vigencia de éste examen es de 3 años.
Esta actividad está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años. La meta de la estrategia nacional es lograr coberturas del 80% a nivel país. La Meta Sanitaria para el año 2017 es cubrir el 25% de esa brecha, lo cual significa un aumento significativo de 5.199 mujeres más con su Pap vigente en el periodo.

Gráfico N° 42: Cobertura PAP. Comuna La Florida, años 2010 -2015.

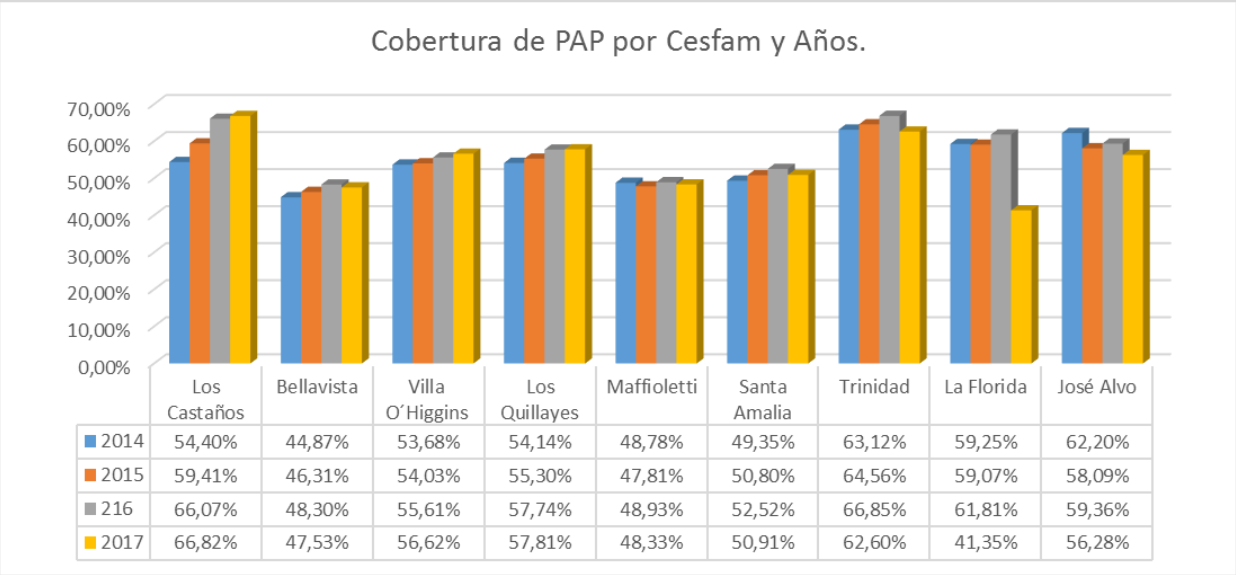


Fuente: Rem P12, DEIS MINSAL.

Al revisar la serie de años con sus respectivas coberturas, se observa una tendencia al alza sostenida, alcanzando un 56% de cobertura para el año 2016 y un 55.2% para el primer semestre del año 2017.

Al realizar el análisis por Centro de Salud Familiar al corte de junio del 2017, se observa esta tendencia al alza. Encontramos 6 centros que están por sobre el 90% de cumplimiento de la meta para el año, incluso uno que sobrepasa el 100%. Es importante señalar que el Cesfam bellavista es el que presenta la cobertura más baja con un 48,1%, por lo cual, se trabajará de manera direccionada y con énfasis en la nivelación con los centros que presentan mayores coberturas.

Gráfico N° 43: Cobertura de PAP, por Cesfam y por Año.



	Los Castaños	Bellavista	Villa O´Higgins	Los Quillayes	Maffioletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	José Alvo
2014	54,40%	44,87%	53,68%	54,14%	48,78%	49,35%	63,12%	59,25%	62,20%
2015	59,41%	46,31%	54,03%	55,30%	47,81%	50,80%	64,56%	59,07%	58,09%
216	66,07%	48,30%	55,61%	57,74%	48,93%	52,52%	66,85%	61,81%	59,36%
2017	66,82%	47,53%	56,62%	57,81%	48,33%	50,91%	62,60%	41,35%	56,28%

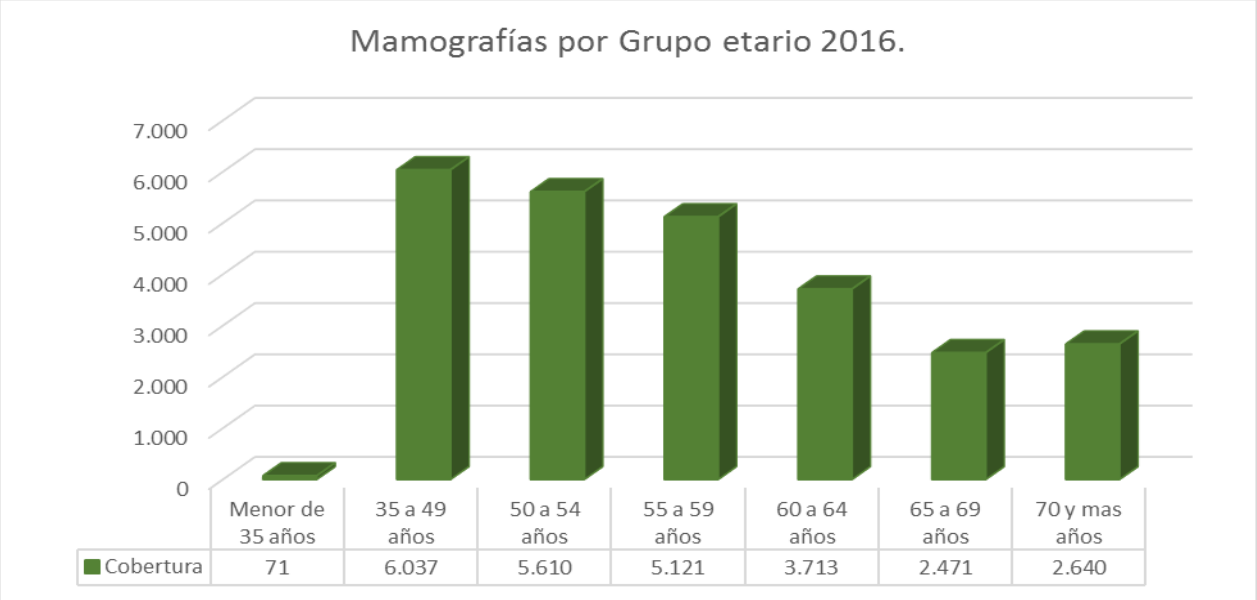
Fuente: Rem P12, DEIS MINSAL e Inscritos Fonasa.

Además de las estrategias que generan los propios equipos de los CESFAM, para citar y realizar PAP existe una estrategia comunal, “Clínica ginecológica móvil” habilitada con un box ginecológico destinado exclusivamente para la toma de Papanicolaou en la comunidad, la que tiene un impacto de unas 1.500 muestras adicionales de Papanicolaou para la mejora de la cobertura comunal.
Si observamos la tendencia de la cobertura en cada Cesfam a través de los años, se observa una leve tendencia al alza lo que es positivo, sin embargo es necesario implementar nuevas medidas que nos ayuden a conseguir un aumento sostenido y más cercano a la meta nacional del 80% de cobertura.

4.2. Cáncer de Mamas

El cáncer de mamas es una de las patologías más prevalente en la mujer y su pronóstico depende de la etapa en que se diagnostique, el principal método de diagnóstico es la mamografía cuyos resultados se describen en siguiente gráfico.

Gráfico N° 44: Total Mamografías vigentes por grupo etario año 2016.

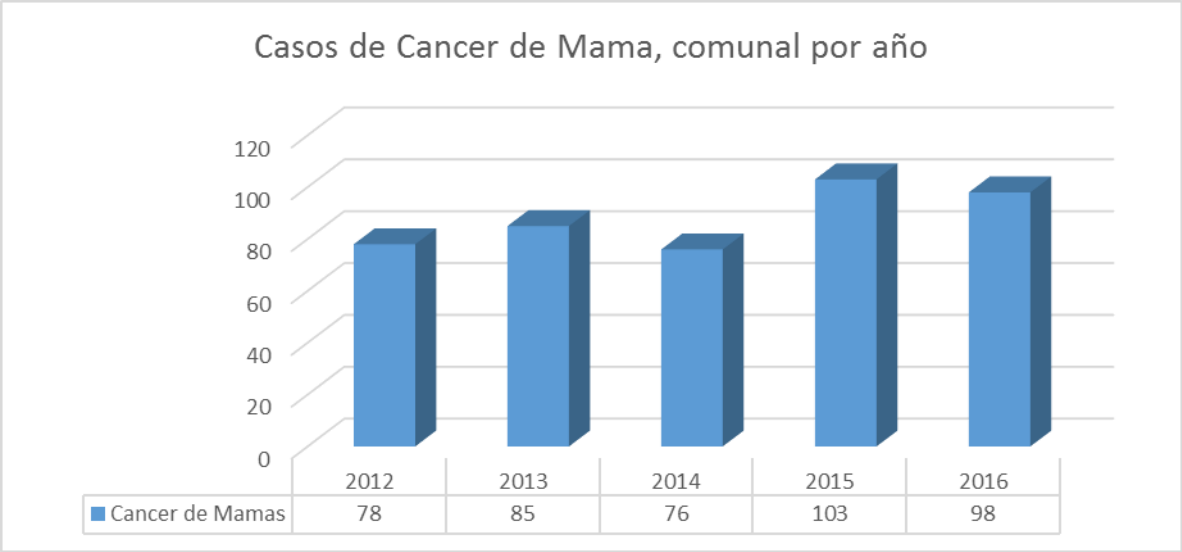


Fuente: Ren P12, DEIS-MINSAL, 2016.

Durante el año 2016 se realizaron 6.314 nuevas mamografías financiadas por convenio suscrito entre el Municipio y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, entre las realizadas por la clínica ginecológica móvil y compra de servicios, cuyos resultados fueron de un 75,1% Birads 1-2, es decir normales, un 13,8 % requieren exámenes complementarios (Ecografías mamaria) y sólo un 0.39% son positivas, es decir con sospecha de un proceso maligno (Cáncer).

Los datos de cáncer de mama a nivel comunal de los últimos años se han mantenido estables siendo un promedio de 82 casos diagnosticados al año, con una leve tendencia al alza, la que es significativamente notoria durante el año 2015, tal como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 45: Casos de Cáncer de Mamas confirmados a nivel comunal de los últimos siete años.



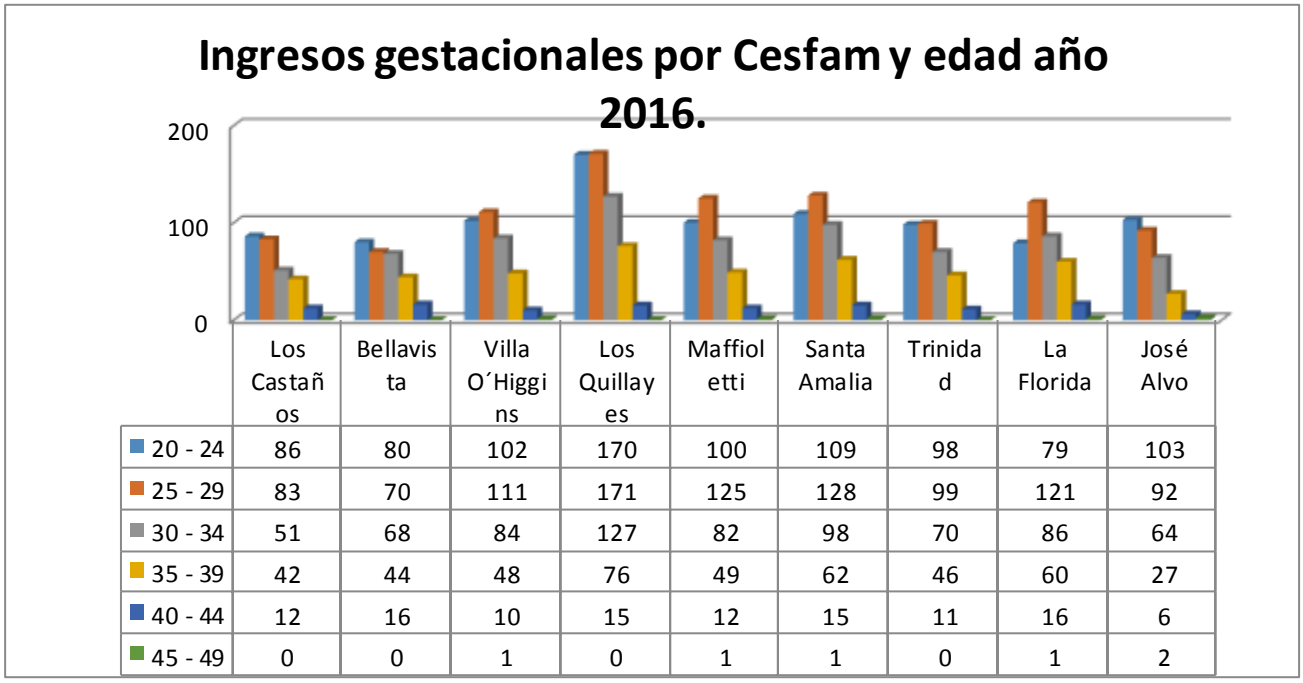
Fuente: DEIS-MINSAL

4.3. Ingresos Gestacionales

Los controles gestacionales, de acuerdo a el manual de la atención personalizada del Proceso Reproductivo MINSAL, es la atención integral sistemática, periódica y multidisciplinaria, que se otorga a la gestante, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento.

El Gráfico a continuación se describe por centro el total de ingresos gestacionales, por grupo de edad, realizados durante el año 2016 en la población adulta, por CESFAM, concentrándose el 31% de los ingresos gestacionales en mujeres jóvenes de 20 a 24 años.
Se observa que durante el 2016 el 41.11% de los ingresos totales corresponden a tal solo 3 centro de salud, Los Quillayes, Villa O´Higgins y Santa Amalia.
Por otra parte si revisamos los grupos etarios en los que se presentan la mayor cantidad de embarazos, en el grupo de 20 a 29 años es en donde se encuentra focalizado el 59.65% de los embarazos totales de la comuna, lo que tiene directa relación con la tendencia a nivel país

Gráfico N° 46: Ingresos gestacionales en adultas, por edad y CESFAM, 2016.



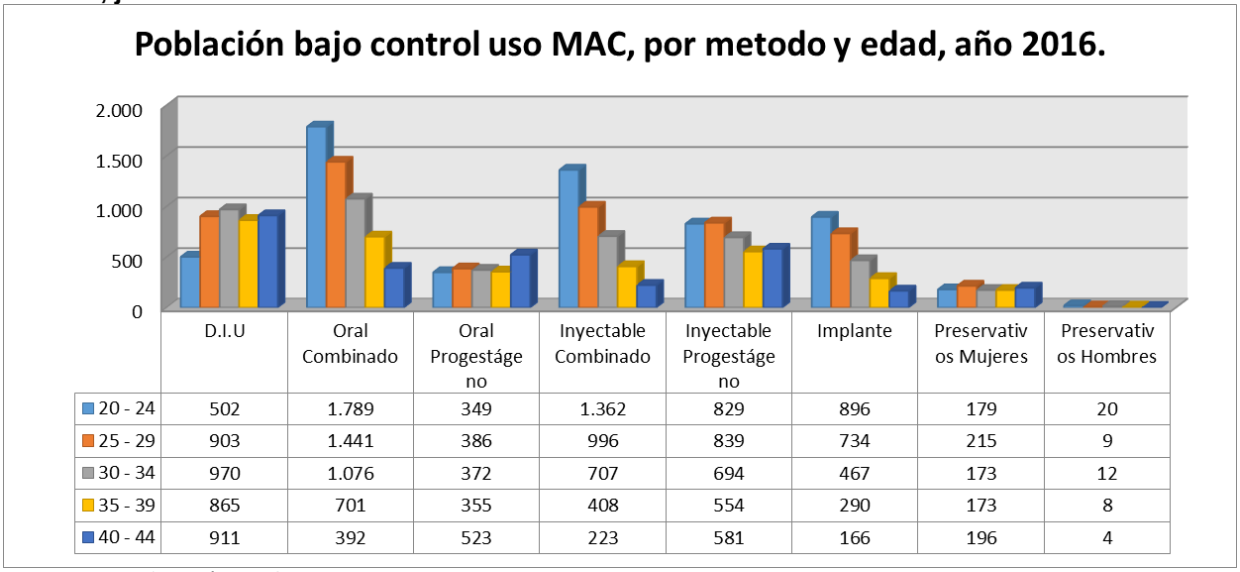
	Los Castaños	Bellavista	Villa O´Higgins	Los Quillayes	Maffiolletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	José Alvo
20 - 24	86	80	102	170	100	109	98	79	103
25 - 29	83	70	111	171	125	128	99	121	92
30 - 34	51	68	84	127	82	98	70	86	64
35 - 39	42	44	48	76	49	62	46	60	27
40 - 44	12	16	10	15	12	15	11	16	6
45 - 49	0	0	1	0	1	1	0	1	2

Fuente: Rem A05, DEIS, MINSAL 2016.

4.4. Regulación de Fecundidad

Los controles de regulación de fecundidad se refieren a las prestaciones de salud que orientan y facilitan el acceso a las personas y parejas a regular su fertilidad, con tecnologías anticonceptivas de alta efectividad, otorgando una oferta variada de métodos que pueden ser elegidos por cada usuaria.

Gráfico N° 47: Población de adultas bajo control en regulación de la fertilidad, por edad y método, junio 2016.



	D.I.U	Oral Combinado	Oral Progestágeno	Inyectable Combinado	Inyectable Progestágeno	Implante	Preservativos Mujeres	Preservativos Hombres
20 - 24	502	1.789	349	1.362	829	896	179	20
25 - 29	903	1.441	386	996	839	734	215	9
30 - 34	970	1.076	372	707	694	467	173	12
35 - 39	865	701	355	408	554	290	173	8
40 - 44	911	392	523	223	581	166	196	4

Fuente: Rem P01, Deis MINSAL.

La población adulta de mujeres en regulación de fecundidad, a diferencia de años anteriores, utiliza como método anticonceptivo de elección, fundamentalmente píldoras anticonceptivas combinadas, correspondiendo a un 29,6% del total de la población bajo control. Es importante señalar que durante el año 2016 se observa un pequeño alza en la utilización de píldoras anticonceptivas combinadas, lo que cambia la tendencia a la baja en su utilización en los últimos 5 años.

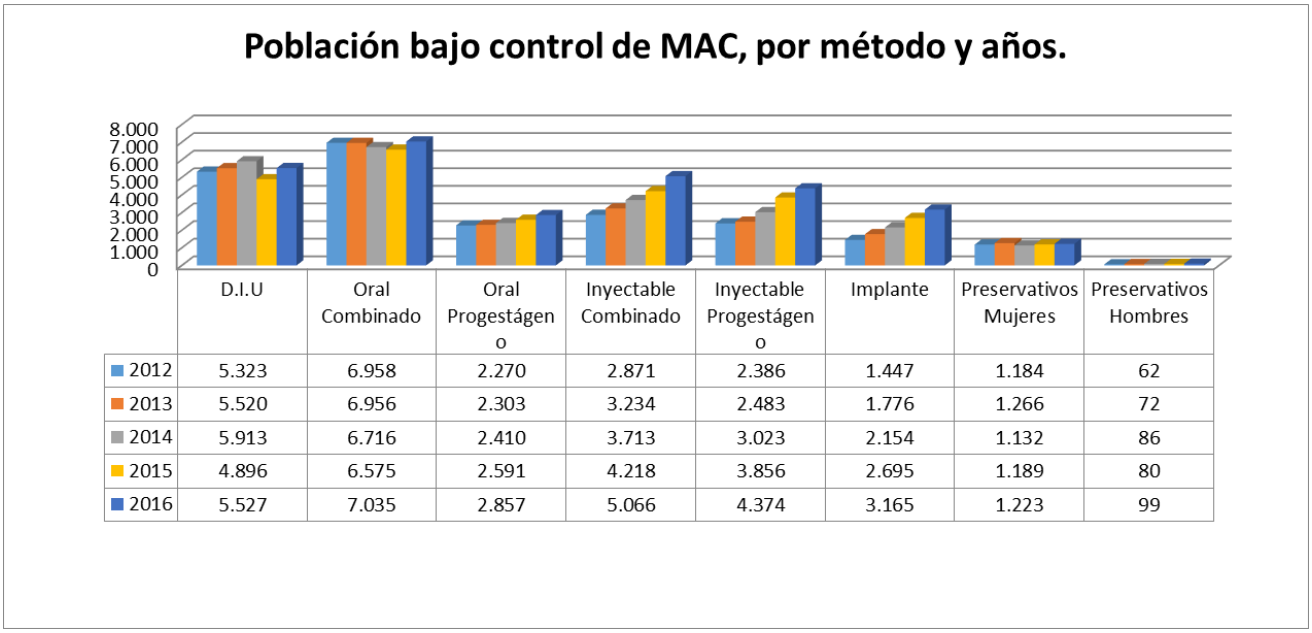
El dispositivo intrauterino con un 13,9% del total de la población adulta, comparado con un 22,1% del año 2015, presenta una tendencia a la baja durante los últimos 6 años, la que se puede entender considerando que las usuarias tienen acceso a otros métodos anticonceptivos más aceptados por la población, como es el caso de los métodos anticonceptivos inyectables e implantes subcutáneos tiene, que a su vez presentan una clara tendencia al alza en su uso en los últimos años, tal cual se observa en el siguiente gráfico.

Es importante señalar que las mujeres adultas, especialmente en los grupos más jóvenes están prefiriendo MAC de más larga duración como el Implante subcutáneo y los inyectables trimestrales.

Lo que llama fuertemente la atención es la baja utilización de los preservativos, especialmente en hombres y se observa una clara tendencia que a mayor edad disminuye su utilización.

Durante el año 2016 se evidenció un incremento importante en la población bajo control que utiliza algún método anticonceptivo cercano a un 11%.

Gráfico N° 48: Población bajo Control de métodos anticonceptivos, por métodos y años.



	D.I.U	Oral Combinado	Oral Progestágeno	Inyectable Combinado	Inyectable Progestágeno	Implante	Preservativos Mujeres	Preservativos Hombres
2012	5.323	6.958	2.270	2.871	2.386	1.447	1.184	62
2013	5.520	6.956	2.303	3.234	2.483	1.776	1.266	72
2014	5.913	6.716	2.410	3.713	3.023	2.154	1.132	86
2015	4.896	6.575	2.591	4.218	3.856	2.695	1.189	80
2016	5.527	7.035	2.857	5.066	4.374	3.165	1.223	99

Fuente: Rem P01, Deis MINSAL.

En el gráfico anterior se evidencia el alza que tuvo la utilización de píldoras anticonceptivas combinadas durante el año 2016, cambiando la tendencia a la baja que se venía viendo en los últimos años. Es importante señalar que los métodos de larga duración como los implantes, y los inyectables de progestágeno tuvieron un alza marcada respecto a los años anteriores, y es un poco a lo que apuntan las orientaciones de utilización de métodos más cómodos para las mujeres. El grupo etario que utiliza éste tipo de métodos es entre los 20 y 39 años, después se observa un abaja cercana a un 30%.
Incluso se observa un alza en la utilización de preservativos pro parte de las mujeres, que en este caso, se orienta a su utilización para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

5. Salud Cardiovascular

Dentro de los objetivos sanitarios de la década, el Programa de Salud Cardiovascular trasciende directamente en el objetivo número 2: “Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos” Para darle cumplimiento a este objetivo se establecen metas enfocadas principalmente a la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares (ACV) e infartos agudos al miocardio (IAM).

En Chile, las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), son la principal causa de muerte representando un 27% de todas las muertes del 2010; los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, con 33% y 28%, respectivamente. No obstante, el porcentaje restante que no muere, sigue dentro de nuestro sistema y es ahí donde debemos mejorar su sobrevida y calidad de esta, en especial a los pacientes adultos en edad activa donde estos episodios repercuten en sus actividades de la vida diaria.

El principal Factor de Riesgo (FR) de las ECV es la edad, junto a otros factores mayores no modificables como son: el sexo masculino y antecedentes de ECV en familiares directos. Entre los FR mayores modificables, los principales son el tabaquismo, colesterol elevado, con una prevalencia elevada y con tendencia al alza en nuestro país.

Estos FR, progresan gradualmente de forma asintomática durante la juventud, para manifestar sus complicaciones en personas de edad media y adultos mayores. Los FR conductuales, incluyendo el uso de tabaco, inactividad física y la dieta no saludable, son determinantes en la incidencia de hipertensión, diabetes y dislipidemia, responsables de alrededor del 80% de la mortalidad por enfermedad coronaria y cerebrovascular (MINSAL 2013).

Tabla N° 91: Población bajo control en el programa de salud cardiovascular entre 25 y 64 años según CESFAM. Comuna La Florida, año 2016.

CESFAM	Número de Personas en PSCV	%
Centro de Salud Familiar Los Castaños	3.359	11,1%
Centro de Salud Familiar Bellavista	3.765	12,4%
Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins	2.818	9,3%
Centro de Salud Familiar Los Quillayes	4.415	14,5%
Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Maffioletti	3.212	10,6%
Centro de Salud Familiar Santa Amalia	4.557	15%
Centro de Salud Familiar Trinidad	2.156	7,1%
Centro de Salud Familiar La Florida	3.484	11,5%
Centro de Salud Familiar José Alvo	2.615	8,6%
TOTAL	30.381	100%

Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2016. DEIS-MINSAL

En nuestra comuna la población bajo control del programa CVC corresponde aproximadamente al 20,9 % de la inscrita validada de 25 a 64 años. Los centros con más población en control en el último año son CESFAM Santa Amalia, Los Quillayes y Bellavista.

En el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), los objetivos terapéuticos se fijan en conjunto con el paciente, estos objetivos se basan en la probabilidad que existe de que el usuario tenga un evento cardiovascular (CV) en el futuro, mediante la estimación de Riesgo cardiovascular (RCV).

Desde el 2014 se utiliza el nuevo enfoque de riesgo cardiovascular, donde se actualizan la forma de estimar el riesgo de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años.

Tabla N° 92: Población comunal del Programa de Salud cardiovascular, según Riesgo cardiovascular. Comuna La Florida, año 2016.

NÚMERO DE PERSONAS EN PSCV		2016	% Según riesgo
Clasificación del riesgo Cardiovascular	Bajo	6.683	22%
	Moderado	9.386	31%
	Alto	14.312	47%

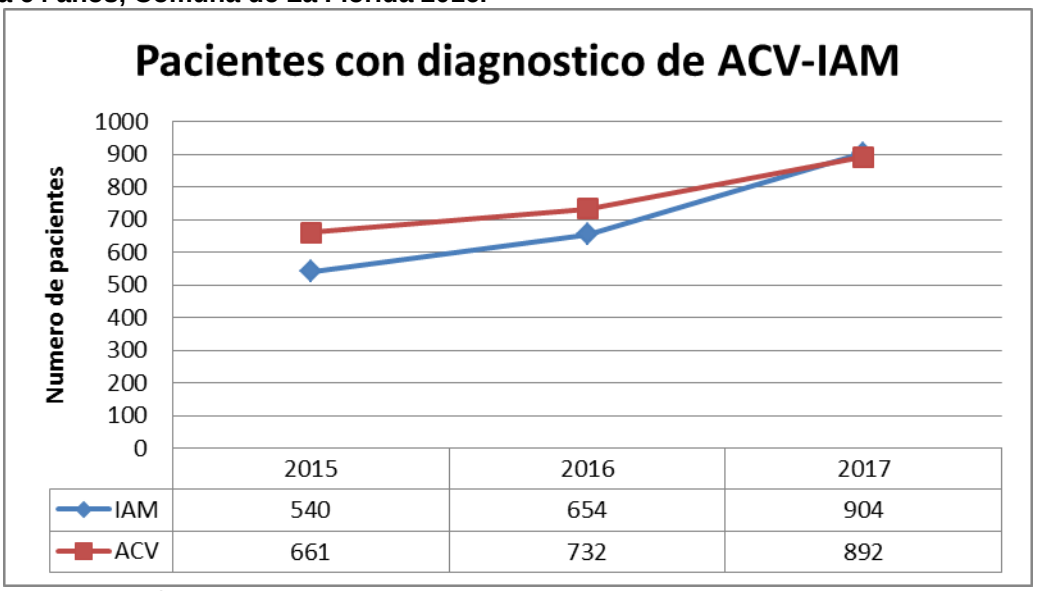
Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2016. DEIS-MINSAL

En la comuna, se puede evidenciar que un 47% de la población bajo control tiene un RCV Alto, esto quiere decir que este porcentaje en este grupo etario tiene altas probabilidades de tener un evento cardiovascular en los próximos 10 años. Dentro de este riesgo se encuentran todas las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, que por el solo hecho de tener diagnosticada esta patología su riesgo aumenta. Es por esto que es de suma importancia traspasarles esta información a nuestros pacientes con el fin de que sean parte de sus metas terapéuticas y logren el automanejo de sus patologías crónicas.

El RCV Moderado y Bajo, pueden ser variables en cada control, y nuestro objetivo en conjunto con el paciente, debe ser que mejore o se mantenga para evitar que aumente sus posibilidades de sufrir algún evento CV, siendo la compensación de sus patologías un evento clave para tener éxito.

A nivel país el año 2014 se incorporó a los registros estadísticos nacionales la identificación de los pacientes con diagnóstico de IAM y/o ACV en nuestras poblaciones bajo control, con esta información podemos mejorar nuestra prevención secundaria en estos pacientes.

Gráfico N° 49: Población bajo control del PSCV con diagnóstico de ACV-IAM en la población de 25 a 64 años, Comuna de La Florida 2016.



Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2015-2016. DEIS-MINSAL
Consolidado Serie P4 2017. Unidad técnica

Como se puede observar el grafico, existe un aumento exponencial de pacientes con diagnóstico de ACV o IAM dentro de nuestras PBC. Una de las razones es que ha mejorado el registro de los pacientes con esta patología, además de la coordinación que existe desde el 2017 con el Hospital de La Florida para controlar a estos pacientes antes de 7 días post alta hospitalaria, incorporándolo al PSCV de manera oportuna empleando un plan de intervenciones con estos pacientes según sus necesidades.

6. Programa Vida Sana Alcohol

Por quinto año consecutivo se ejecuta en los Centros de Salud el convenio suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Vida Sana componente Alcohol, el que tiene como Propósito "*Contribuir a elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a los/las adolescentes, jóvenes y adultos de 15 a 44 años"*

Para el cumplimiento de lo anterior se realizan 3 acciones principales:

Aplicación de tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes y adultos. En año 2017 se incluye al adulto mayor
Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol y otras drogas, conforme resultados de la evaluación previa de patrón de riesgo. Intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.
Derivación asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia)

Para el año 2017, el programa cambia de nombre a "Programa detección, intervención y referencia asistida en alcohol, tabaco y otras drogas" (DIR), ampliado la edad de tamizaje desde 10 años en adelante.
Para la población adulta, el instrumento de tamizaje que se utilizará será dependiendo de la droga que prevalece en el usuario. Si es el alcohol la droga principal se administrará el AUDIT y si es otra droga, será el ASSIST.

Tabla N° 93 : Patrón De Consumo De Alcohol En Población Adulta de 25 a 64 años.

COMPONENTE		TOTAL	25 - 44 años	45 - 64 años
Nº de audit (EMP/EMPAM)		8.959	4.949	4.010
Nº de audit aplicados		5.953	3.159	2.794
Nº de ASSIST / CRAFFT		213	131	82
Resultados de evaluación	Bajo riesgo	12.063	6.344	5.719
Resultados de evaluación	Consumo riesgoso	461	327	134
Resultados de evaluación	Posible consumo perjudicial o dependencia	295	196	99

Fuente: Serie P 2015 -2016

7. Programa Vida Sana Obesidad

El programa vida sana obesidad surge en respuesta al alarmante aumento del sobrepeso y obesidad en el país y a nivel mundial. Se complementa con la Estrategia EGO Chile como política intersectorial dirigida desde las SEREMI de Salud y se inserta como una actividad dentro de la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles, (EINCV) que se implementa en la atención primaria de salud.

Tiene como objetivo proteger la salud de la población fomentando hábitos alimentarios saludables y actividad física. Para conseguir este este objetivo es necesario el desarrollo de normativas y programas para controlar estos factores de modo de producir sensibilización y concientización de la población.

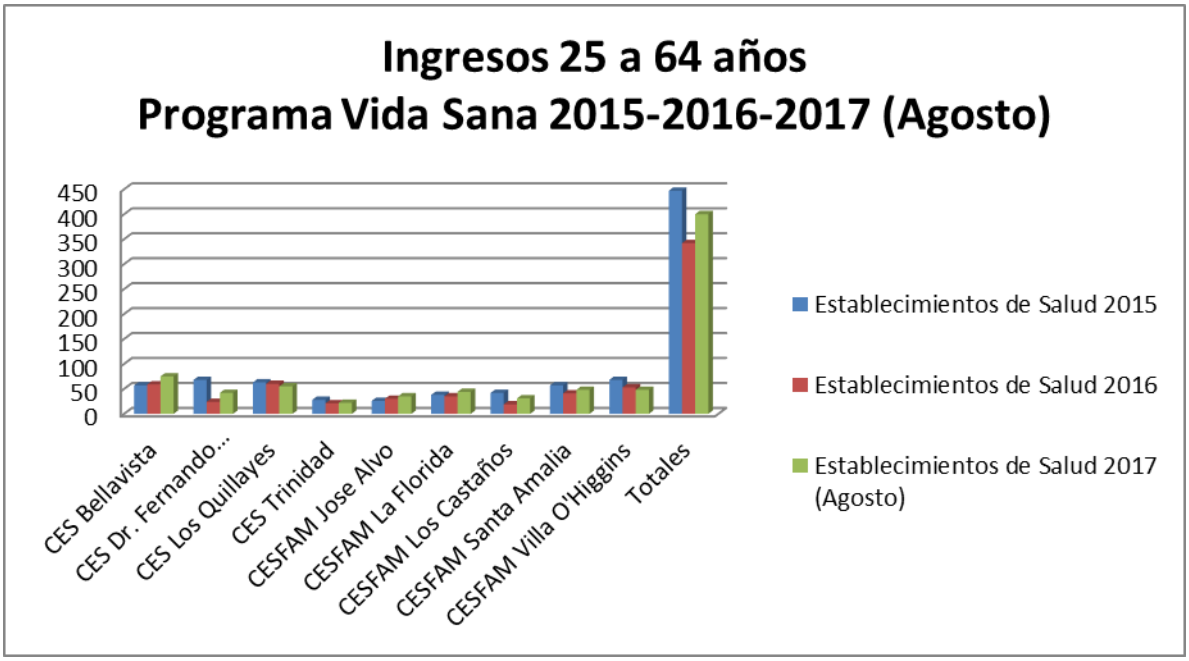
Para la población de 2 a 64 años cuya estrategia sea desarrollada en lugares de la comunidad que no sean establecimientos educacionales, tales como establecimientos de salud, juntas de vecino, gimnasios, entre otros, la estrategia considera un ciclo inicial de 6 meses con su control inicial a cargo del equipo multidisciplinario para determinar su condición de ingreso. Durante esos meses se ofrecen las prestaciones individuales y grupales con el equipo multidisciplinario, Círculos de Vida Sana para el cambio de hábito y sesiones de actividad física y ejercicio. Al 6° mes de intervención se realiza una consulta nutricional con evaluación de condición física para determinar cumplimiento de metas en adherencia a prestaciones mínimas, baja de peso y mejora de condición física.

Quienes cumplan con metas estipuladas podrá renovar por un nuevo ciclo (utilizando los datos de la evaluación del 6° mes) donde se ofrecerán sesiones de actividad física y ejercicio y estrategias locales para fortaleciendo la modificación de hábitos adquiridos previamente, vinculándose con su entorno y red.

Si un usuario no cumple las metas al 6° mes, podrá renovar un nuevo ciclo siempre que haya cumplido con las asistencias mínimas de la intervención en el período. En caso de no cumplir con la meta y asistencia, el usuario es egresado y sólo podrá reingresar transcurrido 6 meses siempre que todo el equipo de su aprobación.

Cuando un usuario finalice dos ciclos, y cumpla con criterios de ingreso podrá dar inicio a un nuevo ciclo con todas sus evaluaciones y prestaciones.

Grafico N° 50: Canasta De Prestaciones Por Centros De Salud



Fuente: www.vidasana-MINSAL.cl

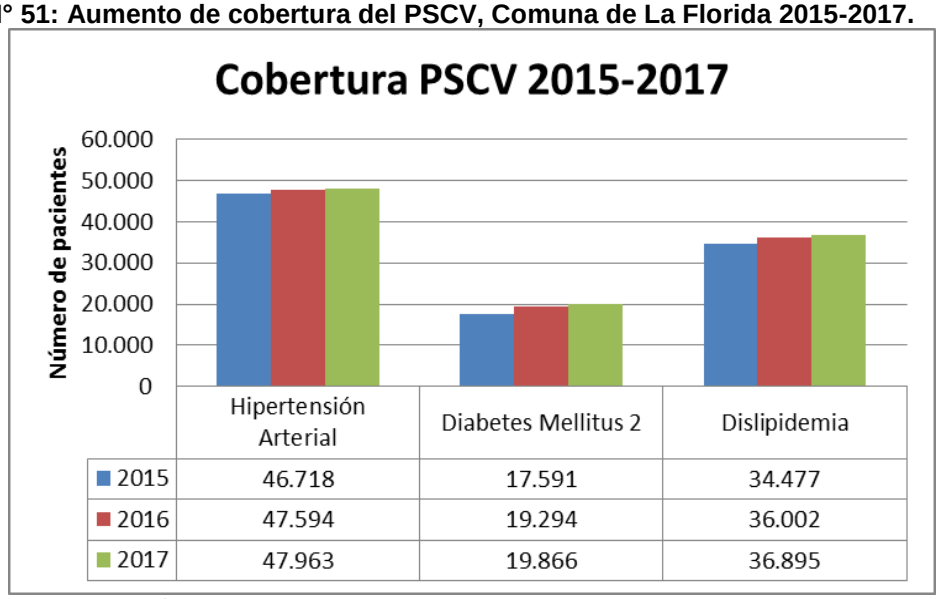
El resultado esperado de esta intervención es lograr:

- Reducir el 5% o más del peso inicial.
- Disminuir IMC.
- Disminuir el perímetro de cintura.
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional.
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad muscular.
- Mejorar la condición de pre diabetes (ingresado por esta condición).
- Mejorar la condición de pre hipertensión (ingresado por esta condición).

8. Cobertura de Atención y Compensación de Hipertensos y Diabéticos

La Hipertensión arterial y Diabetes son patologías que están incluidas en el listado de las garantías explícitas en salud (GES), política pública de Estado que ha contribuido en mejorar el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención de estas personas.
En nuestra población, en relación al año 2015, han aumentado en mayor número los usuarios con diagnóstico de Dislipidemias, es decir con un nivel de colesterol superior a 240mg/ dl.

Gráfico N° 51: Aumento de cobertura del PSCV, Comuna de La Florida 2015-2017.



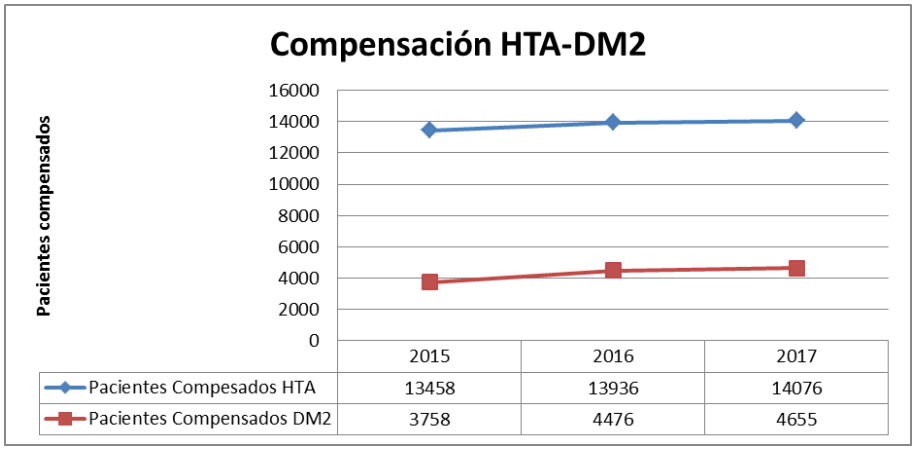
	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus 2	Dislipidemia
2015	46.718	17.591	34.477
2016	47.594	19.294	36.002
2017	47.963	19.866	36.895

Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2015-2016. DEIS-MINSAL
Consolidado Serie P4 2017. Unidad técnica

Unos de los objetivos del PSCV es mejorar las coberturas en estas patologías, como se puede ver en el grafico durante los últimos años ha aumentado los ingresos de estas patologías a nuestra población bajo control, lo que se traduce en un aumento de cobertura de estas patologías en nuestra población a cargo.

Estos ingresos se pesquisan a través de exámenes de medicina preventiva, nuestro reto es pesquisar a pacientes que desconocen tener una patología para luego compensarlos y llegar a metas terapéuticas.

Gráfico N° 52: Compensación HTA-DM2 Comuna de La Florida 2015-2017.



	2015	2016	2017
Pacientes Compesados HTA	13458	13936	14076
Pacientes Compensados DM2	3758	4476	4655

Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2015-2016. DEIS-MINSAL
Consolidado Serie P4 2017. Unidad técnica

En el grafico anterior, se expone la curva de compensación de nuestros pacientes con diagnóstico de hipertensión y diabetes, el mayor aumento de compensación se reflejó el 2016, donde además nuestra cobertura se vio aumentada en estas patologías

Sumados a estos datos de compensación, podemos agregar que de la población diabética en este grupo etario un 20%(n=1.999), usa insulina como parte de su tratamiento. El 75% (n=7.372), tiene su evaluación del Pie diabético vigente y el 35% (n=3.471), se le ha realizado el examen dentro de la vigencia indicada.

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), está a cargo de un equipo de salud multidisciplinario, cuya función es apoyar a los pacientes y su familia, para que estos mantengan la adherencia al tratamiento, cambios en la alimentación y actividad física y tratamiento con fármacos, ya sea una o una combinación de las medidas anteriores. El año 2016 en la comuna, se realizaron 39.788 controles por el equipo de los CESFAM (en población de 25 a 64 años), de los cuales el 50.6% corresponden a control por médico, 23.3% con profesional enfermera y 26.1% por Nutricionista.

9. Salud Mental

Los usuarios que consultan en los CESFAM de la comuna por los diferentes problemas de salud mental, son atendidos en la atención primaria de salud. Al ser la puerta de entrada nos encontramos con problemas de salud de distinta índole; leve, moderados, severos que deben ser atendidos en el mismo dispositivo de salud o ser derivados a otro nivel de especialidad para su resolución. Cuando permanece en la atención primaria de salud (APS), el foco puede ser desde una intervención preventiva, de tratamiento o rehabilitación siendo niño, adolescente, adulto o adulto mayor. El equipo de salud está preparado para dar una atención de calidad en todo el ciclo vital del desarrollo. Lo mismo para las patologías de salud mental, las principales orientaciones programáticas para la población adulta están centradas en la promoción y prevención de enfermedades mentales con énfasis en la intervención comunitaria. Las actividades de tipo preventivo, educativo y de promoción de salud adquieren un estatuto fundamental en la programación de las atenciones en salud mental en los equipos de APS. Durante el año 2016 y 2017 los centros de salud han aumentado el número y las temáticas de este tipo de grupos que van desde la prevención y promoción hasta el trabajo terapéutico y de rehabilitación.
No obstante, a lo anterior, en términos de tratamiento las prioridades de atención apuntan principalmente trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad.
La población bajo control en salud mental se ha mantenido estable en los dos últimos años como lo muestra tabla a continuación:

Tabla N° 94 : Población Bajo Control en Salud Mental Población Adulta 2016 y 2017(junio)

Población Adulta Bajo Control SM		
CESFAM	**2016**	**2017 (junio)**
Los Castaños	1.061	1.308
Bellavista	1.182	1.238

Villa O'Higgins	1.124	1.372
Los Quillayes	2.373	2.683
Maffioletti	1.226	1.333
Santa Amalia	907	980
Trinidad	1.210	836
La Florida	1.757	1.087
José Alvo	412	452
TOTAL	11.252	11.289

Fuente: REM series P2016-2017

La población adulta en control ha manifestado en leve aumento en el último año, siendo Los Quillayes y Los Castaños los que más han aumentado su población bajo control en relación al año anterior.

El incremento de la población bajo control en salud mental ha forzado a los equipos a diversificar aún más las prestaciones de salud. Es por ello que dentro de la canasta de prestaciones se consideran:

- Ingreso al Programa de Salud Mental
- Consejería realizada por Asistente Social para evaluación de problemas sociales o factores de riesgo.
- Visita domiciliaria
- Terapia breve
- Psicodiagnóstico
- Evaluación Médica
- Controles médicos
- Talleres Grupales
- Consultoría

Hay evidencia suficiente para aseverar que los principales determinantes socioeconómicos y ambientales están en estrecha relación con problemas tales como: pobreza, la desigualdad, los problemas económicos, entre otros. Son estos determinantes sociales que están posibilitando y/o acentuando la patología de salud mental. Es por ello que se hace necesario el estudio y la detección de estos para realizar acciones de prevención y promoción de la salud, así como entender y actuar sobre estos determinantes.

La labor complementaria y colaborativa se debe realizar en y con la comunidad en espacio territoriales definidos según necesidad.

Los equipos de salud mental de la APS desarrollan desde el año 2013 intervenciones comunitarias planificadas y continuas. Durante el año 2016-2017 se realizan en las diferentes temáticas que se detallan en Tabla.

.

Tabla N° 95: Talleres Ciclo Vital Adulto Programa de Salud Mental. Año 2016.

Ciclo Adulto	
Nombre	**Tema**
Participación en Curso de Monitoras VIF impartido por Centro de La Mujer	Prevención de Violencia
Capacitación “Duelo”	Etapas del duelo
Taller de Biodanza (“Danza De La Vida”)	Prevención y promoción de SM
Factores protectores y de riesgo del consumo de OH	Prevención de consumo de OH Y drogas
GRUPO DE AUTOAYUDA VIDA NUEVA	Intervención Comunitaria
Taller comunitario para la Mujer.	Intervención Comunitaria
Mujeres /usuarias embarazadas-puérperas con alteración anímicas.	Prevención depresión post- parto
Nombre del grupo de autoayuda: Codependencia Isabel Bonta rama femenina.	Prevención de consumo de OH Y drogas. Intervención comunitaria
Grupo de Autoayuda depresión.	Intervención Comunitaria
Sensibilizar a las mujeres en los distintos tipos y grados de violencia que existen en nuestra cultura y comunidad.	Prevención de Violencia
Taller de Relajación y Autocuidado	Prevención y promoción de SM
Grupo de Autoayuda Círculo Perfecto	Intervención Comunitaria
Taller de autocuidado para cuidadores de pacientes desmovilizados	Autocuidado/ prevención
Evaluación de depresión en embarazo /post parto	Prevención trastornos mentales
Grupo Ilusión	Intervención Comunitaria

Fuente: REM A27 2016-2017

9.1. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Afectivos

Existen diversos estudios que reflejan distintas tasas de prevalencias de las patologías mentales. A su vez, clasificaciones variadas según el periodo de tiempo para medir la enfermedad. No obstante, a lo anterior, la OMS estima que aproximadamente el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. Los trastornos afectivos y en particular la depresión, lideran los de mayor prevalencia.

Durante al año 2016 en la Comuna de La Florida, los diagnósticos más recurrentes en Salud Mental fueron el de Depresión Moderada, Trastorno de Personalidad y la Violencia de Género.

La depresión en sus diferentes categorías (leve, moderada y severa) se diagnostica y se inicia el tratamiento en el nivel primario de salud. La canasta de prestaciones está garantizada por ser GES para mayores de 15 años. En el tratamiento se considera: control médico de salud mental, psicoterapia, consejería, visita domiciliaria y consultoría de medico consultor.

Tabla N° 96: Personas con Diagnósticos de Trastornos Mentales de 25 a 64 según diagnósticos más prevalentes. La Florida año 2016.

Personas con diagnósticos de trastornos mentales de 25 a 64 años		
Violencia de Género	Victima	305
	Agresor	41
Trastornos Del Humor	Depresión Leve	712
(Afectivos)	Depresión Moderada	2137
	Depresión Grave	251
	Depresión Post Parto	69
	Trastorno Bipolar	148
Trastorno de Personalidad		1518

Fuente: DEIS. Población Bajo Control 2016

9.2. Trastorno de Personalidad

El número de personas que padecen este diagnóstico cada año experimenta un aumento en la atención de salud mental.

Se justifica el conocimiento y la capacitación en el tratamiento de estos pacientes debido a su elevada complejidad de intervención y tratamiento unido a alta deserción de los tratamientos. Son los médicos no especialistas de APS los que deben conocer sobre la detección, tratamiento y rehabilitación de este diagnóstico.

La atención de un usuario diagnosticado con trastorno de Personalidad recibe las atenciones que se mencionan en un comienzo, no obstante, a diferencias de otras patologías, muestran peor adherencia y dificultad en adaptarse al encuadre establecido por los profesionales tratantes, produciendo muchas veces desgaste y burnout en los equipos.

9.3. Violencia Intrafamiliar

La Violencia puede ser considerada tanto un problema social (determinante social) como de salud. Nuestro sistema de salud históricamente se ha centrado más en intervenciones que tienden a la reparación, más que a la prevención. Las acciones del área de salud deben ser apoyadas y consensuadas desde la red para ser efectivas en la población de alta vulnerabilidad.

La consulta de violencia intrafamiliar se mantiene en mismo número que el año anterior. Dichos datos nos orientan a mejorar en los equipos de salud las acciones de sensibilidad y educación en la comunidad. La responsabilidad de la atención integral de las personas y familias que viven situaciones de violencia intrafamiliar y la capacidad de coordinación con otras instancias y sectores, que permita desarrollar acciones que promuevan estilos de vida saludables y una cultura del buen trato, donde los conflictos sean resueltos por métodos y formas distintas de la violencia, son los principales ejes y desafío para los equipos de salud.

Los talleres de sensibilización en Violencia intrafamiliar, los grupos de autoayuda, son los grupos que mejor resultado tienen para combatir la violencia de género. Entre otros destacan:

- Exteriorizar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes a partir de sus experiencias de vida
- Entender la conexión entre la pérdida de salud y la violencia de género que se ejerce hacia las mujeres en todas las esferas de su vida.
- Aprender a administrar un tiempo propio para el autocuidado y el desarrollo personal.
- Establecer relaciones y redes de apoyo.
- Desarrollar habilidades para prevenir y enfrentar a las diferentes formas de violencia.
- Aprender relaciones de buen trato, incorporando el buen trato hacia una misma.
- Desarrollar la autoconfianza y la autoestima personal y colectiva.
- Reflexionar y cuestionar los mandatos tradicionales de género

9.4. Consultoría Adulto

La consultoría en este grupo etareo a diferencia del ciclo vital infanto- juvenil, no se realiza en base a lo sugerido por las orientaciones programáticas, considerando que no es ejecutada por miembros del equipo de salud mental especializad (debido a falta de profesionales psiquiatras en dispositivo de atención secundaria para realizar esta actividad). Para estos fines se contrató a consultor externo que realiza básicamente las principales actividades que define la orientación:
Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria: se realiza de manera quincenal por psiquiatra consultor Con la participación presencial de los médicos tratantes en APS de cada uno de los pacientes incluidos.
Los profesionales discuten casos de manera presencia, por ficha clínica o visita domiciliaria.
La consultoría ha mejorado la resolutividad de pacientes complejos en APS de manera considerable y la derivación de casos que requieren de atención de especialista es discutida por equipo y psiquiatra consultor.
Como lo muestra la tabla siguiente, en el año 2017 al mes de septiembre son: 387 casos que se han revisado en los CESFAM en dicha actividad.

Tabla N° 97: Número de casos por CESFAM revisados en Consultoría Adulto. Año 2017 (septiembre)

Centro de Salud	Consultoría Adulto año 2017 (septiembre)
Los Castaños	51
Bellavista	39
Villa O'Higgins	46
Los Quillayes	45
Maffioletti	19
Santa Amalia	47
Trinidad	41
La Florida	50
Jose Alvo	49
Total	387

10. COSAM

El Centro Comunitario de Salud Mental Familiar- COSAM, es un establecimiento de atención ambulatoria, con dedicación exclusiva a la salud mental comunitaria y psiquiatría, complementaria a los centros de salud familiar de la comuna.

El COSAM ha generado dentro de sus programas desde hace 26 años, un modelo de atención clínico-comunitaria con una mirada de responsabilización medioambiental, focalizada en dos ciclos: el ciclo de atención con adultos y el ciclo de atención infanto-adolescente.

En relación a la línea de trabajo con adultos, se distinguen dos programas de intervención.

10.1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones

Considera un sistema de tratamiento con metodología de comunidad terapéutica en horarios diurno (8:30 a 18:00 Hrs.) y Vespertino (18:00 a 21:30 Hrs.), más un programa básico que incluye al menos dos prestaciones a la semana (el cual comienza en noviembre del año 2010) más el programa de desintoxicación ambulatoria, que surge en marzo del año 2011 como una respuesta a la necesidad de evaluar a los usuarios de nuestra comuna que requieren de hospitalización para iniciar abstinencia al consumo de drogas, potenciando los recursos de los pacientes y sus familias en el logro de la abstinencia y como apresto terapéutico pre rehabilitación y el programa de atención y reeducación derivado de la aplicación de la Ley de Alcoholes (ley 19.925).

Se debe señalar que en abril del 2010 se comienza a incorporar en el programa la mirada medioambiental como catalizador del tratamiento de adicciones, la que ha tenido un impacto significativo en la adherencia al programa y en el desarrollo comunitario

En el año 2016 se alcanza una cobertura de 1122 planes anuales, cada uno asociado a 1.3 familiares directos por sujeto que están presentes en la intervención y que reciben tratamiento de manera directa determina una cobertura de tratamiento indirecta de 1459 sujetos intervenidos por

el programa de adicciones, todo esto sobre un convenio de 1050 planes anuales, lo que determina un cumplimiento del orden del 107% en el ámbito de adicciones. Durante el 2016, además se realizan 1540 prestaciones asociadas a consultas espontáneas de diagnóstico y derivación.

El COSAM La Florida cuenta con Programa Ambulatorio Intensivo de Mujeres desde el año 2013 con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de atención específica a mujeres mayores de 20 años que presenten problemas asociados al consumo, abuso y dependencia de drogas. durante el año 2016 el Programa Ambulatorio Intensivo Mujeres se realizaron 164 canastas de prestaciones mensuales, equivalente a un 113,89% de cumplimiento del convenio.

El año 2016 el Programa de Atención y Reeducación para personas con consumo problemático de alcohol y drogas sancionadas por la Ley de Alcoholes 19.925, recibe 38 derivaciones desde los tres Juzgados de Policía Local de La Florida, atendiendo al 100 % de la demanda, convirtiéndose en el programa que más casos recibe en el S.S.M.S.O. bajo este concepto.

10.2. Programa de Salud Mental

Este programa considera tanto los convenios de atención a mujeres en contexto de VIF como el programa de atención a trastornos ansiosos incluyendo los convenios de Depresión y trastorno Bipolar, resultando en el período 2016 una atención a 2109 canastas mensuales, con un convenio que comprendía la ejecución de 2090 planes mensuales, resultando un porcentaje de logro del 104%

10.3. Avances Año 2017

Durante el año 2017, en tanto las prestaciones de los programas de tratamiento y rehabilitación de adicciones hasta septiembre del presente año se han realizado 858 canastas, lo que representa un 85% de logro, lo que representa un incremento en la cobertura del programa, lo que ha implicado un cambio significativo del convenio vía re-asignaciones de plazas asociadas al sobrecumplimiento.

Para el año 2017 fueron conveniadas 144 canastas anuales para el Programa Ambulatorio Intensivo Mujeres y se han realizado 129 canastas de prestaciones mensuales, equivalente a un 90% de cumplimiento.

En tanto Programa de Salud Mental durante el año 2017 se han realizado 1587 planes mensuales, lo que equivale a un 79% de cumplimiento en el promedio entre los convenios, integrando la especificidad de la intervención del centro.

El Programa de Atención de la Ley de Alcoholes durante el año 2017, ha recibido 26 derivaciones, implementando las prestaciones tales como, evaluación, consejería, reeducación preventiva y derivación, así como el vínculo intersectorial con respecto al año anterior.

10.4. Programa Comunitario

A partir del año 2012 se genera el Programa Comunitario en el COSAM de La Florida con el fin de coordinar y ejecutar una intervención de salud mental con enfoque medioambiental que promueva los procesos de co-construcción de pertenencia e identidad comunitaria y comunal a través de los

distintos dispositivos que lo conforman. Este programa es transversal y apunta a desarrollar una intervención transprogramática, que contiene al menos cuatro áreas de desarrollo:

- Resolutividad de enlace (comunitaria) adulto y adolescente
- Programa apoyo psicosocial comunitario
- Programa ley de alcoholes
- Red de grupos de salud mental comunitaria.

Respecto de los avances durante el año 2017 se puede mencionar la consolidación de la resolutividad en enlace el apoyo a APS, recogiendo necesidades de los equipos de salud mental, realizando apoyo para mejorar resolutividad y realizar seguimiento de casos y gestión de redes, así como también un trabajo de enlace intersectorial fomentando la efectividad de los vínculos entre dispositivos de salud e instituciones y organizaciones comunitarias de otros sectores.

En cuanto al Apoyo Comunitario, se visualiza como un avance la consolidación de la Red de Grupos de salud mental comunitaria, como un espacio de intercambio y reflexión en torno a fomentar un nuevo espacio de salud mental comunitaria. En este espacio se ha generado la VII Escuela de Monitores, Otro hito a mencionar es la posibilidad de continuidad de la mesa de trabajo de los equipos comunitarios de los Centros de APS, que se encuentra en desarrollo para consolidar la línea de conformación una plataforma comunitaria para la salud mental.

Como último punto, se posiciona la continuidad del Eco –Tour y la realización de talleres de formación de conciencia medioambiental como dispositivo intervención en salud mental comunitaria por parte del centro realizándose 70 Eco tour y talles colaborativos con colegios e instituciones de salud.

10.5. Proyecciones 2018

Entre las proyecciones para el año 2018 es posible señalar; Consolidar un desarrollo interprogramático de los distintos programas del COSAM La Florida que permita dar cuenta de un sentido interventivo común. Lo anterior implica seguir Profundizando en una mirada transversal entre los distintos programas y además propiciar la participación en experiencias interventivas comunes para los usuarios de los distintos programas. En este contexto es que se pretende consolidar los talleres transprogramáticos que se han iniciado el año 2012 y que pretenden establecerse como instancias de tratamiento que permitan acoger a los usuarios de los distintos programas en intervenciones comunes, sobretodo en el contexto de la ampliación y mejoramiento de los convenios y las intervenciones realizadas y pactadas.
Igualmente, desde una lógica de tratamiento articuladora, es posible esbozar el trabajo unificado entre los distintos Programas del COSAM. Durante el año 2017 se han realizado algunas actividades de trabajo medio ambiental, de promoción de vida saludable y prevención de recaídas entre otras, en territorio, como junta de vecinos y jardín infantil y la comunidad ampliada como dispositivo intervenido, en este sentido, se establece como plataforma colaborativa el taller de huertos comunitarios transinstitucional que integraría al CESFAM Santa Amalia, al CESFAM Los Quillayes, al CESFAM La Florida, el Polideportivo de La Florida Y el COSAM como apuesta interventiva que integra la mirada medioambiental y la de Salud Mental Comunitaria desde un marco de autonomía progresiva.
Desarrollar una aproximación inter y transectorial que permita Consolidar al COSAM y sus programas adolescentes y adultos como dispositivos de salud clínico-comunitario que complementen la labor de los Centros de Salud Familiar, así como de otros dispositivos

interventivos presentes en el territorio en una lógica colaborativa, procesal y complementaria. Desplegar la actividad del COSAM en una lógica territorial comunitaria, permitiendo el desarrollo de intervenciones que promuevan la asociatividad, la vida saludable y una mejor calidad de vida de los habitantes de la comuna.
Se visualiza la necesidad de generar por parte del COSAM, como espacio formativo, de profundizar el acercamiento al territorio, marcar presencia en la comunidad desplegando una experiencia comunitaria, plasmando así, un programa de prevención y promoción para la salud adolescente y adulta con énfasis en una intervención de calidad y de respeto al usuario y a la comunidad a la que pertenece como consolidación del modelo de Salud Mental Comunitaria.

11. Villa Solidaria Alsino

Villa Solidaria ALSINO, único centro de salud público del país especializado en la atención de personas con patología dual –vale decir, personas con trastorno psiquiátrico severo más consumo adictivo de drogas y/o alcohol-, trabaja desde el año 2002 por la rehabilitación e inclusión social de hombres y mujeres, mayores de 20 años, quienes residen en las comunas del sector sur oriente de la Región Metropolitana. Hoy en día, cuenta con una serie de dispositivos ubicados en la comuna de La Florida, cuyo trabajo se despliega desde el enfoque comunitario y el respeto a los derechos humanos.

En los últimos años, esta labor ha dado vida a proyectos de inclusión socio-laboral para personas egresadas de tratamiento y sus familiares o cuidadores, principalmente en las áreas de jardinería, construcción, repostería, masoterapia y servicio de coffee break. Dichos emprendimientos cuentan con el apoyo financiero de entidades como el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), el Servicio de Cooperación Técnica (SERCOTEC) y la Municipalidad de la Florida.

El compromiso humano e institucional con el desarrollo integral de las personas y la necesidad de contribuir a la igualdad de oportunidades para nuestra comunidad, ha permitido que Villa Solidaria ALSINO expanda su labor; dando vida a las siguientes instancias: un Hospital de Día para Patología Dual, un Hogar Protegido, el Centro de Integración Social y Cultural, el Centro de Acción de Padres y Amigos, el Eco Jardín Comunitario Intercultural y la Comunidad de Trabajo “Resistiré”.

Cabe destacar que esta diversificación ha permitido que hoy en día ALSINO cuente con diversas espacios de participación colectiva y desarrollo personal, como el proceso de nivelación de estudios para adultos (Básica y Lectoescritura), los proyectos ecológicos sustentables (huertos comunitarios), el grupo de flamenco “Danza del Alma”, el grupo musical, el proyecto radial “Resistiré” y la consolidación de dos organizaciones sociales (una de egresados y otra de familiares).

11.1. Situación Actual

La visión de todos quienes forma parte de las acciones de la Villa Solidaria ALSINO, es generar una red real y concreta de reinserción educacional, laboral, cultural, deportiva, inclusiva, social y de vivienda de los y las personas que vienen derivados de la red de salud mental y red de SENDA de las instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, considerando a nuestros usuarios como ciudadanos que necesitan protección, comprensión y cariño, enfatizando los procesos de desinstitucionalización y desestigmatización y para esto se potencian las siguientes iniciativas:

Casa comunitaria: Para personas con discapacidad de causa psíquica y problemas de drogodependencia y compromiso biopsicosocial severo, que fueron constantemente hospitalizados en Instituciones de mediana y larga estadía de psiquiatría, a modo que tengan una instancia residencial alternativa, para recuperar progresivamente la posibilidad de vivir en forma independiente y/o recuperar el apoyo de sus familias. Ya llevamos 10 meses funcionando y tenemos tres egresados.

Hospital de día para patología dual: Es una unidad de tratamiento ambulatorio intensivo modificado que forma parte de la red de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano sur oriente, atendiendo a usuarios de las comunas de La Florida, Puente Alto, la Pintana, la Granja, Pirque, San Ramón y San José de Maipo. Este Proceso que dura alrededor de 8 meses, está dividido en 5 fases de tratamiento que contempla tratamiento médico, comunitario, psicosocial y ocupacional. Se trabaja con 23 usuarios (cupos asignados por Ministerio de Salud y SENDA) en consultas: psicológicas, médicas, psiquiátricas. Psicodiagnóstico, terapias de grupo, Talleres, Intervenciones psicosociales, intervenciones familiares, Psicoterapia y Tratamiento farmacológico

Centro de integración social y cultural: Conformado por ex - pacientes que participan desde el año 2005 en un centro social y cultural agrupados con personalidad jurídica propia los cuales han generado espacios de participación culturales (foros teatro, bingos saludables) y deportivos (olimpiadas, campeonatos de futbol) para otros usuarios de programas de salud mental. Además de ser partícipes y ganadores de fondos concursables del Municipio de la Florida, MIDEPLAN, DOS, SSMSO, CONACE. Ellos constantemente demuestran su capacidad de cambio y su desarrollo como personas libres y pensantes, en la medida que evidencian que la estigmatización y marginación por su enfermedad psiquiátrica es solo por temores infundados de una sociedad que no conoce sus capacidades y habilidades.

Talleres productivos y protegidos: Desde la noble iniciativa de profesionales y monitores voluntarios más proyectos concursables se han implementado para más de 500 personas talleres de teatro, reiki, yoga, danza terapia, chocolatería, gasfitería, salud intercultural, desarrollo sustentable, repostería.

Centro de acción social de madres y amigas de ALSINO: Las mamas de egresados se agruparon desde el año 2010 y cuentan con personalidad jurídica, para gestionar apoyo y visibilizar las dificultades de inclusión que tienen sus hijos/as.

ECO Jardín comunitario intercultural ALSINO: Espacio auto gestado por funcionarios, usuarios y egresados a fin de compartir y capacitar a las distintas organizaciones sociales, clínicas y comunitarias en base al concepto de desarrollo sustentable asociado a visión ecológica de la basura, uso de energía solar, residuos de aguas grises y generación de humus.
Cooperativa de trabajo RESISITIRE. Servicios de trabajo y capacitación; que consideran los procesos de inclusión de personas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad intelectual. La capacitación está centrada en: Impresiones digitales, masoterapia, huertos comunitarios, alfabetización digital, Termino de enseñanza básica y enseñanza media. Mientras que los servicios laborales son : Jardinería, construcción, masajes, coffee break y merchandising.

En este Marco Conceptual en ALSINO tenemos la siguiente Misión y Visión:

Visión de villa solidaria ALSINO

Consolidar en una política pública nacional a las personas con patología dual como sujetos de derechos, que puedan vivir felices en su situación de discapacidad teniendo posibilidades de inclusión a programas del Estado y comunales, a nivel de participación social, educación, trabajo, vivienda, tiempo libre y salud.

Misión de villa solidaria ALSINO

Ofrecer programas terapéuticos para el tratamiento de la patología dual en el contexto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria con un enfoque de derechos humanos y desarrollo sustentable. Esto, con el propósito de lograr la abstinencia del consumo de alcohol y drogas a través de la desinstitucionalización y desestigmatización de las personas que tienen una patología psiquiátrica, atendiéndolos con dignidad, mejorando la calidad de vida, fortaleciendo la autonomía, la responsabilidad y promoviendo la inclusión social, educacional y laboral

Datos del año 2016 y avances 2017.

Tabla N° 98: Consulta De Pre-Ingreso Por Sexo.

Tipo de consulta	Sexo	Evaluación año 2016	Evaluación avance 2017
Espontáneos	Hombres	45	41
Espontáneos	Mujeres	38	23

Fuente: Registro ALSINO.

El concepto de “espontáneo”, se refiere a usuarios que sólo asisten a primeras entrevistas y por distintas razones no ingresan al proceso de tratamiento ambulatorio intensivo o básico. Por lo cual son derivados a los dispositivos que les corresponden o, de ser necesario, se gestiona hospitalización cerrada.

Tabla N° 99: Distribución De Consultas Que No Ingresaron A Tratamiento, Clasificado Por Profesional.

Profesional	Cantidad de consultas año 2016	Cantidad de consultas avance 2017
Psicólogos	90	85
Psiquiatra	30	40
Asistente S.	40	38
Otros profesionales	125	87

Fuente: Registro ALSINO.

Tabla N° 100: Pacientes Que Ingresaron A Tratamiento En Hospital De Día.

Actividad	Año 2016	Avance 2017
Ingresos	65 usuarios que se mantuvieron en tratamiento ambulatorio.	55 usuarios que se mantienen en tratamiento ambulatorio. Tanto básico como intensivo
Altas	20 egresos del programa.	13 egresos del programa.
Derivación asistida	10 usuarios que fueron derivados a dispositivos más adecuados a su problemática.	16 usuarios que fueron derivados a dispositivos más adecuados a su problemática.
Abandono	5 usuarios abandonaron tratamiento.	7 usuarios abandonaron tratamiento.
Tratamiento	30 pacientes que se mantendrán en tratamiento en periodo 2016.	25 pacientes que se mantendrán en tratamiento en periodo 2017

Fuente: Registro ALSINO.

Tabla N° 101: Ingresos, Egresos Y Beneficiarios En Hogar Protegido.

Actividad	Año 2016	Avance 2017
Ingreso	18 usuarios que cumplen perfil para ingresar.	17 usuarios que cumple perfil para ingresar.
Egreso	2 usuarios volvió a convivir con su familia.	1 usuario volvió a convivir con su familia.
Beneficiarios	8 Beneficiarios. Lista de espera 18 personas.	8 usuarios beneficiarios. Lista de espera 17 personas

Fuente: Registro ALSINO.

Tabla N° 102: Centro De Integración Social y Cultural ALSINO. Año 2016 y Avances 2017

134 personas que se mantienen vinculadas y en proceso de seguimiento, participando en distintas redes sociales, trabajos protegidos, capacitaciones y formación técnica o profesional.	Año 2016
130 personas que se mantienen vinculadas y en proceso de seguimiento, participando en distintas redes sociales. Este año han postulado y ganado fondos concursables en fondos del SENDA. SENADIS, FOSIS Y fondos municipales. 30 egresados activos participan todas las semanas.	Avance 2017

Fuente: Registro ALSINO.

Tabla N° 103: Asociación De Padres y Amigos.

35 personas que se mantienen vinculadas y asociadas con personalidad jurídica	Año 2016
25 personas que se mantienen vinculadas y en proceso de seguimiento, participando en distintas redes sociales. Del Servicio de salud metropolitano sur oriente y del SENADIS. 20 personas con participación activa cada 15 días.	Avance 2017

Fuente: Registro ALSINO.

Tabla N° 104: Eco Jardín Comunitario. Año 2014 y Avances 2015

Durante el año 2016 fueron capacitadas 350 personas y 350 ocuparon el lugar para acciones recreativas y educativas.	Año 2016
Han visitado el lugar un total de 15 organizaciones y grupos académicos lo que lleva a un total de 255 personas.	Avance 2017

Fuente: Registro ALSINO.

11.2. Proyecciones 2018

Generar acciones para que se cumplan las promesa ya realizadas desde las autoridades respectivas para conseguir apoyo Municipal, Regional o Nacional ya sea a nivel público o privado en la gestión de compra del lugar donde funcionan el Hospital de Día y el Hogar Protegido, ya que el contar con un lugar definido y propio realzaría y amplificaría todos los niveles de acción que se pretenden aunar: Proceso de desintoxicación, proceso de rehabilitación, asociación de familiares, asociación de ex usuarios, labores protegidas, talleres recreativos, talleres culturales, empresa social y vivienda.

Fortalecer acciones comunitarias y de la sociedad civil en torno al Eco Jardín comunitario, Cooperativa de trabajo, biblioteca; y mantener los procesos de reinserción socio laboral con pacientes egresados en convenio con la empresa privada y fondos concursables del Estado. Ampliando esta oferta a usuarios de las redes de drogas, de inclusión y de organizaciones comunitarias de salud mental.

Difundir el libro ALSINO. Una mirada de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos desde un enfoque de derechos humanos y comunitarios. Lo que implica recibir pasantes de todo Chile y realizar participación activa en mesa de trabajo ya sea del estado , de privados y participar en seminarios y capacitaciones de los servicios de salud y de las seremi de desarrollo social.

Mantener una participación constante en congresos, seminarios y jornadas presentando nuestro modelo de trabajo y ser un referente nacional en políticas públicas de trabajo con patología dual.

Para mayor información, visitar nuestro sitio web: www.villasolidarialsino.cl y redes sociales Twitter: @villa_alsino y Facebook: VILLA SOLIDARIA ALSINO (grupo)

12. Salud Oral del Adulto

Si bien las Políticas Públicas están enfocadas a disminuir y prevenir el daño por caries en población menor de 20 años, existe una gran demanda por atención dental en el grupo de adultos. Es por esto que se ha intentado, a nivel nacional, incorporar al acceso en la atención odontológica a ciertos grupos claves dentro de los adultos, pues se sabe que las patologías orales afectan el funcionamiento social y limitan a las personas en su desempeño público (MINSAL, 2011).

12.1. Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años

Para contribuir a mejorar los problemas de salud bucal de la población adulta, y en el marco de las Garantías Explícitas en Salud, se incorporó en el año 2007, la garantía Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios legales del Sistema Público de Salud de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes

Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento, el cual debe iniciarse dentro de 90 días desde la solicitud de atención la que debe realizarse mientras la persona tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo (pudiendo haber superado los 60 años para el cierre de caso).

Un paciente que tiene 60 años cumplidos y que aún no cumple 61 años, puede presentarse al SOME del establecimiento de salud APS en el cual se encuentra inscrito para solicitar la atención odontológica garantizada.
La atención odontológica del paciente adulto de 60 años constituye un desafío importante para el equipo de salud, exigiendo la puesta en marcha de estrategias de difusión que permitan informar a estos pacientes de la Cobertura GES de sus prestaciones odontológicas.

Las actividades correspondientes a acciones de odontología general de los pacientes de 60 años, se llevan a cabo en todos los centros de salud de nuestra comuna, tanto en horario diurno como vespertino, facilitando el acceso a la atención a personas que, mayoritariamente, se encuentran laboralmente activas. De igual forma, las prestaciones de especialidad odontológica para estos pacientes, se desarrollan en nuestra propia comuna, en centros de salud de fácil acceso y en

horarios que permiten la concurrencia de dichos usuarios, brindándole citas con especialistas en forma casi inmediata.

El edentulismo o descentramiento en individuos de 45 años y más representa la mayor carga de enfermedad dentro de las condiciones orales de un individuo, representando un 1,4% de la carga, medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) (MINSAL, 2011).

Frente a esta problemática, el equipo odontológico de la comuna de La Florida se ha comprometido con mejorar la cobertura de atención y de tratamiento protésico de este grupo etario.

La Tabla N° 105 muestra la evolución a lo largo del período 2011-2016, de la cobertura de altas odontológicas en usuarios de 60 años.
El desafío para el Área de Salud en relación a este grupo etario en el 2018, es conseguir aumentar la cobertura de Altas Odontológicas, para poder seguir contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población y así poder aumentar el acceso a mayor cantidad de beneficiarios de 60 años.

Tabla N° 105: Evolución cobertura de altas odontológicas en pacientes de 60 años. Comuna La Florida, periodo 2011-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Altas 60 años	865	942	844	825	884	893
Inscritos	2.983	2.972	2.995	2.995	3.175	3.224
Cobertura	28,99%	31,69%	28,18%	19,06%	27,84%	27.69%

Fuente: DEIS, Inscritos Validados por Comuna Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

12.2. Salud Oral Integral de la Embarazada

En Julio del año 2010 la Salud Oral Integral de la Embarazada como parte de las Garantías Explícitas en Salud. Esto permite que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. Para muchas mujeres, el embarazo es el único período en el que se logra acceso a la atención dental, siendo una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo.5 Por este motivo, el impacto que tiene la salud bucal de la madre para su salud general, así como la influencia que ésta tiene en el riesgo de desarrollar caries temprana en su hijo(a), a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales, justifican una intervención integral que apunte a disminuir los riesgos tanto para la madre como para su hijo que está por nacer.

Podrá acceder al programa dental integral una vez confirmada su condición de embarazo y el inicio del tratamiento dentro de 21 días desde la solicitud de atención.
Localmente se deben generar los flujos para que una vez realizada la confirmación diagnóstica del embarazo en el control prenatal, la gestante pueda ser atendida por el equipo odontológico, cumpliendo así su garantía. Cabe mencionar que la cobertura del GES Salud Oral Embarazada incluye a aquellas usuarias beneficiarias de FONASA o PRAIS que controlen o no su embarazo en el centro de salud.

En el caso que se produzca un aborto o parto prematuro, se deberá continuar con el tratamiento hasta el alta integral. El alta integral se puede producir dentro del embarazo o hasta 15 meses desde el ingreso a la atención odontológica.

La atención odontológica de este grupo constituye una reto para el equipo odontológico, ya que no sólo se busca tratar las enfermedades bucales presentes en nuestras usuarias, sino que además, se ha de considerar todos los aspectos que permitan, por un lado, brindar las mayores condiciones de comodidad, seguridad y confianza para el desarrollo íntegro del tratamiento y, por otra parte, instruir y educar a la mujer en los aspectos básicos que permitan mantener su salud bucal y la de su futuro hijo.

El embarazo corresponde a un estado fisiológico en el cual se suscitan una serie de cambios hormonales que pueden ser capaces de determinar alteraciones en la salud bucal de las mujeres, existiendo una mayor predisposición a desarrollar patologías a nivel periodontal, es decir, de los tejidos que rodean a las piezas dentarias.

Las enfermedades periodontales no sólo involucran daño en los tejidos que rodean a las piezas dentarias, elementos bacterianos son capaces de generar daño en partes distantes del organismo, relacionándose según estudios, en el último tiempo, ciertas proteínas derivadas de la infección bacteriana periodontal, con el aumento en la probabilidad de ocurrencia de parto prematuro (Ovalle A, 2009).
La evolución favorable de estas patologías se ve directamente relacionada con el control bacteriano del medio bucal que puede lograrse con la instauración de un tratamiento odontológico en forma oportuna.

En la Tabla N° 106 se muestra la evolución de la cobertura de Altas Odontológicas Integrales en embarazadas en relación con los ingresos a tratamiento dental de estas usuarias en todos los Centros de Salud de La Florida.

El cumplimiento de la cobertura se debe al compromiso de los equipos odontológicos y de las matronas de los Centros de Salud, por realizar el rescate y motivar para la acción, logrando aumentar la adherencia al tratamiento de este grupo de usuarias.

El desafío para el 2018 es seguir mejorando la condición bucal de las embarazadas, así como seguir entregando las herramientas para su autocuidado y la de sus futuros hijos, con el propósito de contribuir a aumentar la población infantil libre de caries.

Tabla N° 106: Evolución Cobertura de altas odontológicas en pacientes embarazadas ingresadas a los CESFAM. Comuna La Florida, periodo 2011-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Altas Embarazadas	2.364	2.317	2.395	2.602	2.595	2613
Embarazos Ingresados	3.757	3.515	3.302	3.259	3.679	3668
Cobertura	62,92%	65,91%	72,53%	79,84%	70.53%	71.23%

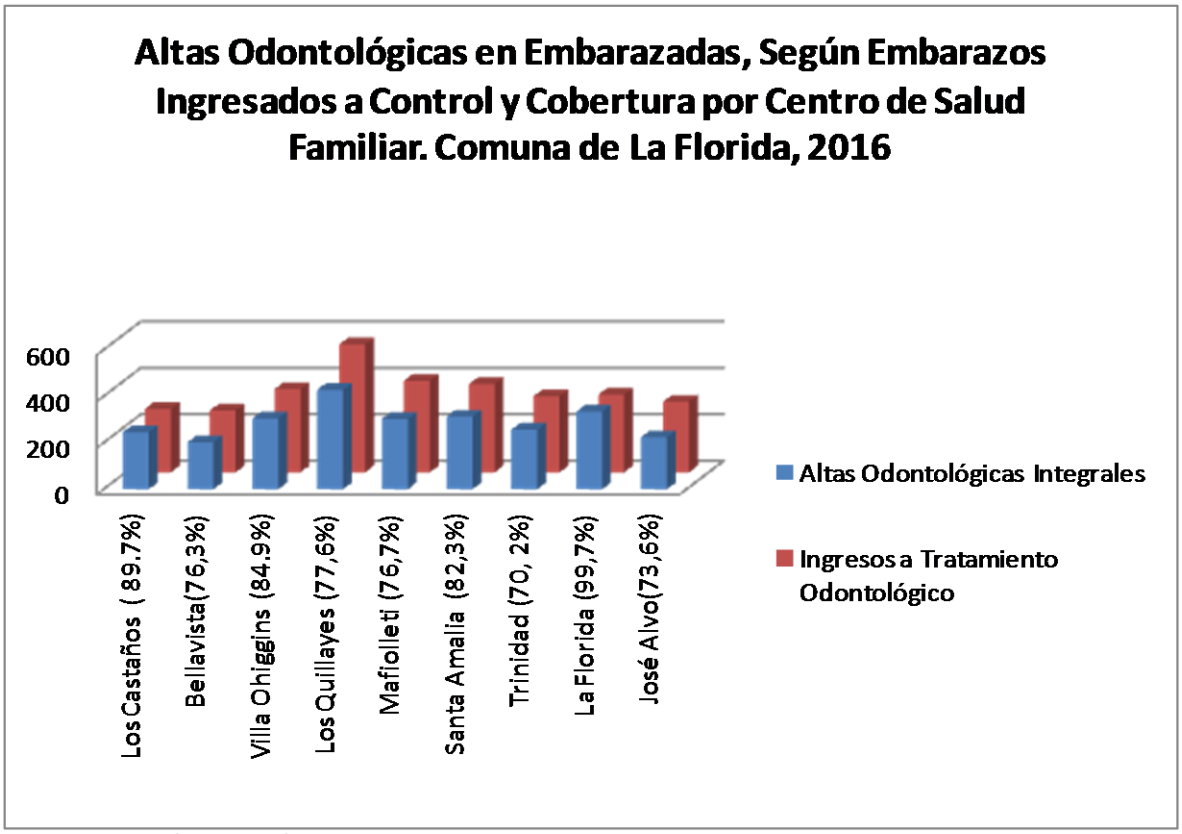
Fuente: Registro Estadístico Mensual, DEIS

En relación a la cobertura de las Altas Odontológicas Integrales en embarazadas por CESFAM, en el Gráfico N° xx se aprecia que, en el año 2016, los 9 Centros de Salud que posee la comuna de La Florida, tienen un promedio de cobertura en embarazadas del 81%. Esto representa un gran

esfuerzo y compromiso de los equipos de Salud, por aumentar la cobertura y acceso a atención odontológica a las mujeres gestantes, lo que se relaciona directamente en el compromiso que tiene la comuna con el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

A septiembre de 2017, contamos con una cobertura de embarazadas que supera el 70%, lo que se espera mantener y en todos los Centros de salud para el año 2018.

Gráfico N° 53: Altas Odontológicas en Embarazadas, Según Embarazos Ingresados a Control y Cobertura por Centro de Salud Familia. Comuna de La Florida, 2016



Fuente: Elaboración Unidad técnica con datos REM 2016

12.3. Urgencias Odontológicas

En Julio del año 2017 se incluyen las Urgencias Odontológicas Ambulatorias a las Garantías Explícitas en Salud, debido al gran daño acumulado en la población adulta chilena y a la alta demanda originada. De esta forma, la atención odontológica de urgencia se constituye como una estrategia relevante que da respuesta a las necesidades de usuarios niños y adultos.

La atención de las urgencias odontológicas ambulatorias corresponde al paciente atendido por una urgencia odontológica ambulatoria garantizada, que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea. La Urgencia

Odontológica Ambulatoria, se define como un conjunto de patologías buco máxilo faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.

Las patologías garantizadas son:

- Pulpitis
- Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico.
- Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales.
- Pericoronaritis aguda.
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis úlcero necrótica aguda.
- Complicaciones post exodoncia (hemorragia post exodoncia y alveolitis).
- Traumatismo dento alveolar.

Es importante reforzar la educación constante a nuestra comunidad en la identificación de las alteraciones que ameritan la consulta de urgencia dental, a diferencia de aquellos problemas cuya solución implica actividades recuperativas, determinan una disminución gradual de las consultas por urgencia odontológica aumentando la consulta por actividades de odontología preventiva y conservadora.

Dicha atención de urgencia se realiza en todos los pacientes que lo requieran en los centros de salud de nuestra comuna. Se dispone, además, en el Centro de Salud Villa O´Higgins del funcionamiento de un sillón odontológico en horario vespertino (17:30 a 23:30 Hrs) para brindar atención de urgencia odontológica a usuarios inscritos en cualquier centro de nuestra comuna, y que tengan los diagnósticos de urgencia especificados en el decreto de Ley.

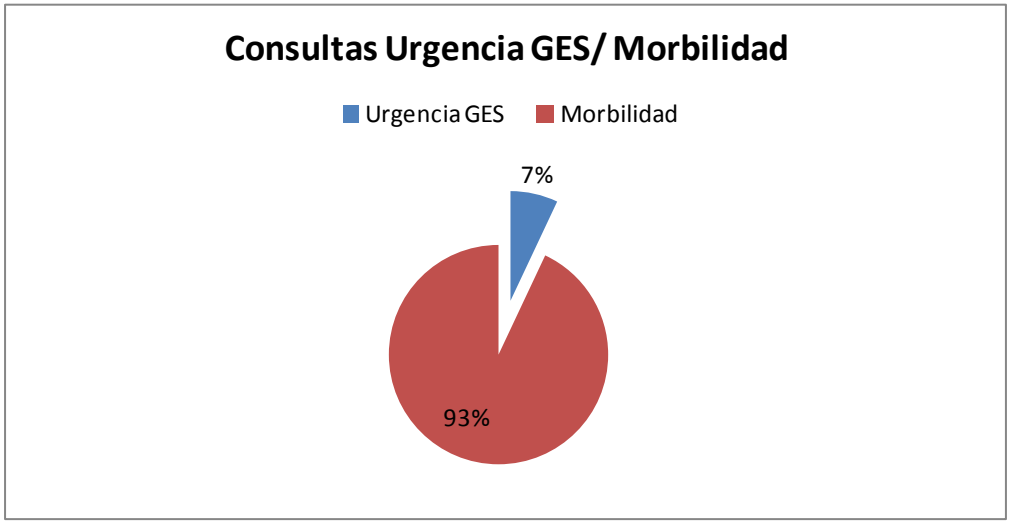
Tabla N° 107: Atenciones de Urgencia Odontológica en Pacientes de Todos los Grupos Etarios. Comuna La Florida, periodo 2011-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Urgencias Odontológicas	33.184	31.546	30.901	31.744	4.409	3.417

Fuente: Registro Estadístico Mensual 2016, DEIS

A partir del año 2015, el MINSAL indica que el registro de urgencias corresponde sólo a las catalogadas dentro de la Guía Clínica del GES Urgencias Odontológicas Ambulatorias. Las consultas clasificadas como urgencia, desde el punto de vista del usuario, comenzaron a registrarse como Consulta de Morbilidad Odontológica. Debido a esto, es que hubo una disminución en el registro de Urgencias Odontológicas, siendo más frecuentes las Consultas de Morbilidad Odontológica.

Gráfico N°54 : Consultas Urgencias GES v/s Consultas Morbilidad Odontológica, Comuna de La Florida, 2016.



Fuente: Registro Estadístico Mensual, 2016

12.4. Programas Especiales de Salud Oral en el Adulto

Los Programas Especiales de Salud Oral tienen como propósito mejorar la salud bucal de la población beneficiaria en el primer nivel de atención, a través de atención preventiva, recuperativa y/o de rehabilitación protésica de acuerdo a los grupos priorizados. Se busca mejorar la calidad de la atención y la resolución de especialidades odontológicas en atención primaria de salud junto con acercar la atención dental a comunidades de difícil acceso, promoviendo la prevención y promoción de la salud oral.

La salud dental es uno de los ámbitos en que las personas mayores de 20 años tienen mayores problemas de acceso y de oportunidad, además de ser de alto costo, por el daño acumulado en el tiempo, pudiendo afectar las relaciones sociales y la integración laboral. Por esto, se hace necesario evitar que los problemas de salud bucal sean una barrera para que la población acceda al trabajo y sea un factor más de riesgo de permanecer o caer en la pobreza (MINSAL, 2011).

La inclusión de Programas Especiales Odontológicos brinda la posibilidad, a nuestros usuarios, de acceder a tratamientos que tendrían un alto costo económico en el extrasistema. El principal objetivo de estos programas, es brindar una terapia odontológica que permita mantener las piezas dentarias dañadas, mediante tratamientos de endodoncia y reponer los dientes perdidos, mediante tratamientos de prótesis removibles obteniendo así, un completo estado de salud del sistema masticatorio, con la consecuente recuperación de los aspectos funcionales y estéticos de dichas estructuras. Estos Programas se desarrollan en los Centros de Salud de nuestra comuna.

12.5. Programa Más Sonrisas para Chile

El año 1995 se inicia el “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”, como línea complementaria del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para

Mujeres de Escasos Recursos", estrategia integral de apoyo coordinada por el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG), que busca promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mercado del trabajo.

A partir del año 2000 se incorporó a los varones, transformándose en la Estrategia Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (MHER), y que posteriormente contempla también la atención de funcionarios de JUNJI/INTEGRA, beneficiarios del Programa Chile Solidario y en última instancia la resolución de lista de espera local priorizando a beneficiarios FONASA A y B.

A partir del año 2014, considerando esta experiencia y el éxito obtenido por la iniciativa Sonrisa de Mujer, se crea la estrategia "Más Sonrisas para Chile" destinada a mujeres de Escasos recursos. Tiene como propósito brindar atención odontológica integral a mujeres mayores de 20 años, sin límite superior de edad y sin importar su clasificación FONASA, con un enfoque de género.

El año 2015, el programa MHER dejó de existir, siendo sus cupos asignados al Más Sonrisas,

Durante el año 2016 el Programa Más Sonrisas realizó un total de 1405 Altas Odontológicas Integrales a Mujeres provenientes de los Programas de SERNAM, PRODEMU y MINVU del Municipio, así como a funcionarias de los Jardines JUNJI e INTEGRA de la comuna y usuarias de los 9 Centros de Salud de la Comuna.

Para el año 2018 se espera reforzar el compromiso con las instituciones del Intersector que son beneficiarias directas de este programa.

12.6. Programa Resolutividad de Prótesis y Endodoncia

Las atenciones de Especialidad más demandadas en odontología son los tratamientos de endodoncia y la rehabilitación oral. Al ser especialidades que se pueden resolver en la APS, y a manera de descongestionar las Listas de Espera, desde 1999 se crea la Estrategia Endodoncia en APS y la Estrategia Prótesis en APS, las cuales destinan recursos para tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral mediante prótesis removibles, respectivamente.

Este programa destina recursos a la Atención Primaria para que se puedan ejecutar los tratamientos de endodoncia y de rehabilitación oral mediante prótesis removibles en los Centros de Salud de la Comuna.

En la Tabla N° 108 se observa la evolución en las coberturas de endodoncias y prótesis realizadas en APS. A partir del 2014, se comprometió con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, un mayor número de endodoncias y prótesis a ejecutarse en la comuna, que esperamos puedan ir en aumento para el año 2018.

Tabla N° 108: Evolución Cobertura de Endodoncias y Prótesis realizadas en APS. Comuna La Florida, periodo 2011-2016.

Actividad	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N° Endodoncias APS	167	78	37	106	143	132
N° Prótesis APS	245	264	122	239	280	301

Fuente: Registro Estadístico Mensual, DEIS

12.7. Programa Hombres de Escasos Recursos (HER)

Debido al Programa Más Sonrisas, la rehabilitación oral integral estuvo marcada por el enfoque de género, y los hombres quedaron sin Programa especial para acceder a Tratamiento Odontológico Integral. Es por esto que, desde agosto del año 2015, se suma un nuevo Programa para hombres de 20 años y más, llamado "Hombres de Escasos Recursos". Los cupos para la comuna fueron 63, los cuales se distribuyeron entre los Hombres que demandaron atención odontológica en cada Centro de Salud, hombres pertenecientes al Hogar de Rehabilitación de Alcohol y Drogas "Raíces" y usuarios del Hospital de Día ALSINO.
El año 2016 se alcanzaron las 62 altas integrales de Hombres, con tratamiento protésico incluido.

12.8. Morbilidad Odontológica

Existe una necesidad latente de la población mayor de 20 años por aumentar la cobertura y el acceso a atención dental, ya que un deterioro de la Salud Oral conlleva a una disminución de la calidad de vida, limitación del funcionamiento social y de su desempeño público (MINSAL, 2015)

El Sistema de Salud ha priorizado la atención odontológica en las embarazadas, niñas y niños de 6, 12 años y adultos de 60 años. Sin embargo, al priorizar a estos grupos se ve limitado el acceso a atención odontológica de los adolescentes y adultos. En los pocos casos en que se puede brindar la atención, ésta se ve restringida por el horario de atención hasta las 17 horas, siendo generalmente incompatible con las actividades escolares y laborales.
Se entiende por atención odontológica de morbilidad a las actividades recuperativas realizadas en extensión horaria al adulto de 20 y más años, de lunes a jueves en 3 horas cronológicas en horario vespertino. Los días viernes en 4 horas cronológicas en horario vespertino y los días sábados en 4 horas durante la mañana. No se realiza los días domingos ni festivos.
Este Programa da inicio el 2015, teniendo como meta para la comuna, alcanzar 7680 actividades recuperativas en extensión horaria, a adultos de 20 años y más.

El año 2016 se realizaron un total de 11.802 actividades recuperativas, en 4 Centros de Salud que tenían la capacidad instalada para contar con una extensión horaria extra, que son CESFAM José Alvo, Bellavista, La Florida y Santa Amalia. Durante el año 2017 se incluyeron además los CESFAM Villa Ohiggins, Trinidad y Mafioletti, ya que la cobertura comprometida para el año corresponde a 13.440 actividades recuperativas.

12.9. Colaboración Universidad Diego Portales

Desde el año 2014, la Universidad Diego Portales, a través de un Convenio Docente Asistencial con la Corporación Municipal de La Florida, se ha incorporado a las actividades promocionales,

preventivas y de rehabilitación en Salud Oral, ejecutando tratamientos odontológicos integrales a la Comunidad en el Centro odontológico UDP, ubicado en dependencias del CESFAM Los Castaños. La Tabla N° 109 muestra las actividades ejecutadas el año 2014, 2015 y 2016

Tabla N° 109: Actividades Ejecutadas en Centro Odontológico UDP-Los Castaños. Comuna La Florida, periodo 2014-2016.

	Altas Más Sonrisas	Endodoncias APS	Prótesis APS
Módulo UDP-Los Castaños 2014	108	54	-
Módulo UDP-Los Castaños 2015	150	67	8
Módulo UDP-Los Castaños 2016	152	84	-

Fuente: Registro Estadístico Mensual, Rayen

12.10. Fundación Endodoncia

Fundación Endodoncia, es una organización sin fines de lucro, constituida por un grupo de odontólogos especialistas en endodoncia, que ponen a disposición de la Comuna de La Florida, sus consultas particulares e insumos para realizar tratamientos endodónticos de manera gratuita para los usuarios derivados desde los Centros de Salud, con el fin de apoyar el Programa de Resolutividad de endodoncia y con ello, disminuir la lista de espera a esta especialidad. La población objetivo son las personas de 20 años y más, usuarios de alguno de los 9 Centros de Salud de la comuna.

El trabajo en conjunto con el Área de Salud de COMUDEF comenzó en abril de 2015, con la derivación de 50 usuarios, los cuales fueron dados de Alta Endodóntica con tratamientos realizados en esta Fundación.

En el 2016 se ocupó el mismo mecanismo, realizando 50 derivaciones de usuarios con necesidad de endodoncia.

13. Rehabilitación con Base comunitaria en población adulta

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas en situación de discapacidad.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas en situación de discapacidad, de sus familias y comunidades y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondiente. Se incorpora las bases de la RBC desde las políticas públicas con el objetivo de contar con una red de establecimientos de salud y redes sociales que brinde una mayor y mejor cobertura para las comunidades.

El proceso de Rehabilitación tiene como objetivo final la inclusión social, se refiere a los vínculos que los individuos establecen con su medio ambiente social, cultural y familiar. Para efectos del programa se entiende como inclusión social aquella que es producto de la intervención del equipo, que ha sido definida en conjunto con la persona en situación de discapacidad y es parte de su plan

de tratamiento. Puede ser inclusión laboral, en el ámbito educación, a grupos sociales, al interior de la familia y el hogar, logro de una actividad nueva o recuperada.

El cambio en el abordaje de los profesionales en rehabilitación, ha significado pasar de logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a persona en situación de discapacidad, comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes de apoyo. Pasar de un equipo de rehabilitación que impone su saber, a un equipo que asesora y traspasa su conocimiento para el desarrollo de las personas y comunidades en el manejo de la discapacidad.

Esta estrategia que puede parecer simple, es de mayor complejidad ya que debe abordar al individuo, su familia y la comunidad en la cual se encuentra inserto y esto implica la capacidad de asesorar y liderar el proceso de rehabilitación, además de la entrega de prestaciones propiamente tal. En el antiguo modelo la discapacidad era vista como un problema propio e inherente al individuo, pues es él quien presentaba la deficiencia que dificultaban su desempeño y participación, abordaba la enfermedad desde el concepto biológico, ignorando aquellos aspectos sociales, ambientales del individuo y pasaba por alto la responsabilidad y compromiso de las personas con su salud.

La comuna de La Florida cuenta con dos Centros comunitarios de Rehabilitación Física en establecimiento de atención primaria: CCR Los Castaños y CCR José Alvo, ambos centros son referencia para las derivaciones de pacientes adultos del resto de los CESFAM de la comuna y cuentan con asignación de recursos de MINSAL a través de convenio con el SSMSO para impulsar el programa de rehabilitación integral en la red de salud, el resto de los recursos necesarios para el funcionamiento de ambos CCR son a través de aportes municipales.

CCR Los Castaños: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona norte de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médicos desde CESFAM Bellavista, La Florida y Los Castaños.

CCR José Alvo: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona sur de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médico desde CESFAM Trinidad, Santa Amalia, Los Quillayes, Maffioletti y José Alvo.

CESFAM Bellavista transitorio: Actualmente CESFAM Bellavista se está construyendo en el marco de su reposición y se estima que el tercer trimestre del año 2018 se inaugure, dado a que este nuevo centro de salud contempla en su modelo arquitectónico un CCR. El actual CESFAM bellavista transitorio con aporte municipal, está comenzando la atención de pacientes adultos y adultos mayores principalmente con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera al igual de pacientes con Parkinson ambas patologías GES inscritos en el mismo centro de salud con la finalidad de no derivarlos a CCR Los Castaños y comenzar a instaurar redes en el modelo de RBC que comenzarán a trabajar una vez comience a funcionar el nuevo CESFAM.

Tabla N° 110: Población 20 a 64 años bajo control por centro de salud en Rehabilitación Física. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.

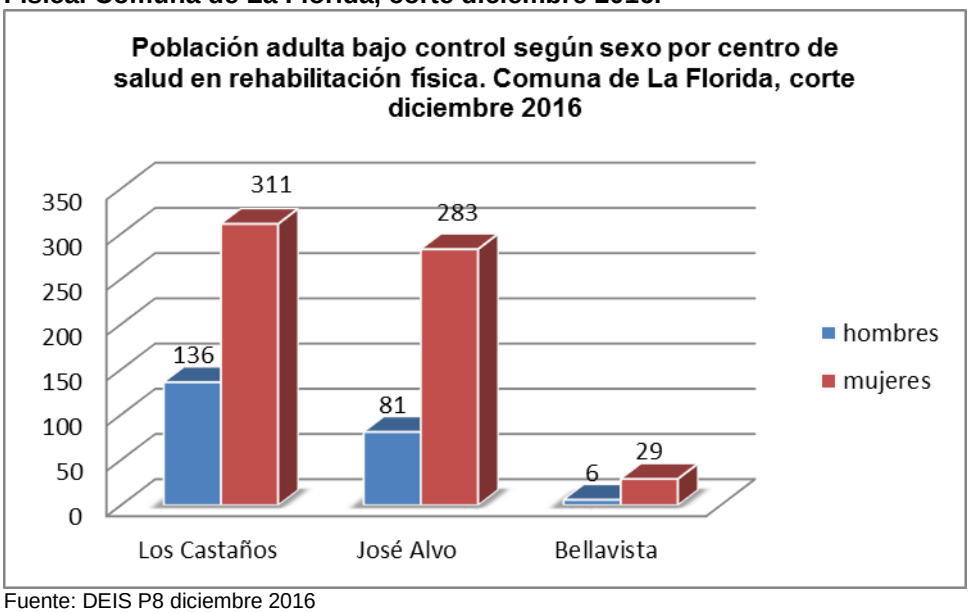
Población bajo control adulta CCR			
Centro de salud	**hombres**	**mujeres**	**total**

Los Castaños	136	311	447
José Alvo	81	283	364
Bellavista	6	29	35
Comunal	223	623	846

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016

En la tabla N°110 se aprecia que en diciembre 2016, de la población entre 20 a 64 años bajo control en rehabilitación física a nivel comunal corresponde a 846 pacientes:
Un 53% corresponde a la población bajo control en CCR Los Castaños.
Un 43% corresponde a la población bajo control en CCR José Alvo.
Un 4% corresponde a la población bajo control en la sala de rehabilitación CESFAM Bellavista transitorio.

Gráfico N° 55: Población 20 a 64 años bajo control por centro de salud en Rehabilitación Física. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.



Fuente: DEIS P8 diciembre 2016

Si esta misma población la analizamos según sexo, corresponden mayoritariamente a mujeres tanto en ambos CCR como en la sala de rehabilitación física Bellavista.

CCR Los Castaños de la población bajo control a diciembre 2016 un 31% corresponde a hombres y un 69% a mujeres.

CCR José Alvo de la población bajo control a diciembre 2016 un 22% corresponde a hombres y un 78% a mujeres.

En la sala de rehabilitación CESFAM Bellavista transitorio de la población bajo control a diciembre 2016 un 17% corresponde a hombres y un 83% a mujeres.

Tabla N° 111: Población 20-64 años bajo control por centro de salud según patología en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.

Patología de ingreso	Los Castaños	José Alvo	Bellavista	Comunal
Sd. Doloroso de origen traumático	45	0	0	45
Sd. Doloroso de origen no traumático	250	158	0	408
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	48	90	32	170
Secuela de ACV	7	24	0	31
Secuela de TEC	0	1	0	1
Secuela TRM	2	0	0	2
Secuela de quemaduras	0	0		0
Enfermedad de Parkinson	0	8	3	11
Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años	94	73	0	167
Otros	1	10	0	11
Total	447	364	35	846

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

En la tabla N°111 se puede analizar la población adulta bajo control en CCR Los Castaño, José Alvo y Bellavista transitorio, según patología en el corte Diciembre 2016 el Síndrome doloroso de origen no traumático a nivel comunal y en los CCR Los Castaños y José Alvo es la patología más prevalente en la población bajo control con un 48% del total comunal. Tal como se mencionó en la introducción de Rehabilitación con base comunitaria, la sala de rehabilitación física Bellavista transitorio ha enfocado la atención en 2 patologías GES: las artrosis leve y moderada de cadera y rodilla y Parkinson de pacientes inscritos en su establecimiento.

14. Enfermedades respiratorias crónicas del adulto y adulto mayor (era)

El programa ERA tiene como propósito otorgar una atención oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

Población bajo control

Aumento de la población bajo control en salas ERA de los CESFAM de la comuna de La Florida

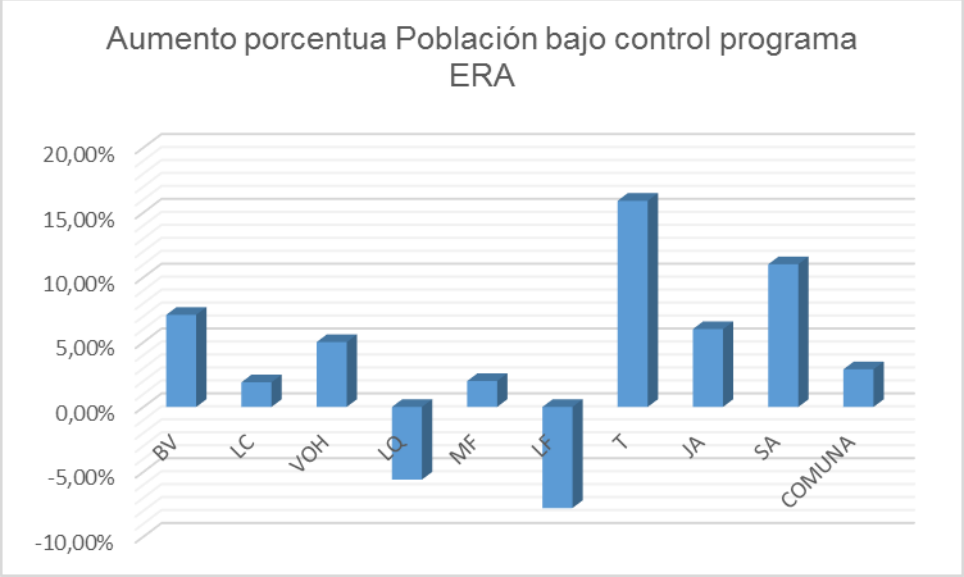
Se observa que en el corte diciembre 2016 correspondían a 6.305 pacientes y en el corte junio 2017 a 6.488 pacientes, con una variación porcentual de un 2,9%, lo que se muestra en la tabla y gráfico siguientes:

Tabla N° 112: Aumento de población bajo control adultos y adultos mayores por CESFAM sala ERA. Comuna de La Florida corte diciembre 2016 y junio 2017.

	jun-17	año 2016	Aumento de PBC	Aumento porcentual PBC
Bellavista (BV)	975	910	65	7,10%
Los Castaños (LC)	756	742	14	1,90%
Villa O'Higgins (VOH)	571	544	27	5,00%
Los Quillayes (LQ)	756	801	-45	-5,60%
Maffioletti (MF)	548	537	11	2,00%
La Florida (LF)	983	1066	-83	-7,80%
Trinidad (T)	618	533	85	15,90%
José Alvo (JA)	426	402	24	6,00%
Santa Amalia (SA)	855	770	85	11,00%
COMUNA	6488	6305	183	2,90%

(CESFAM: BV: Bellavista; LC: Los Castaños; VOH: Villa O'Higgins; LQ: Los Quillayes; MF: Maffioletti; LF: La Florida; T: Trinidad; JA: José Alvo; SA: Santa Amalia).
Fuente: Serie P3 DEIS

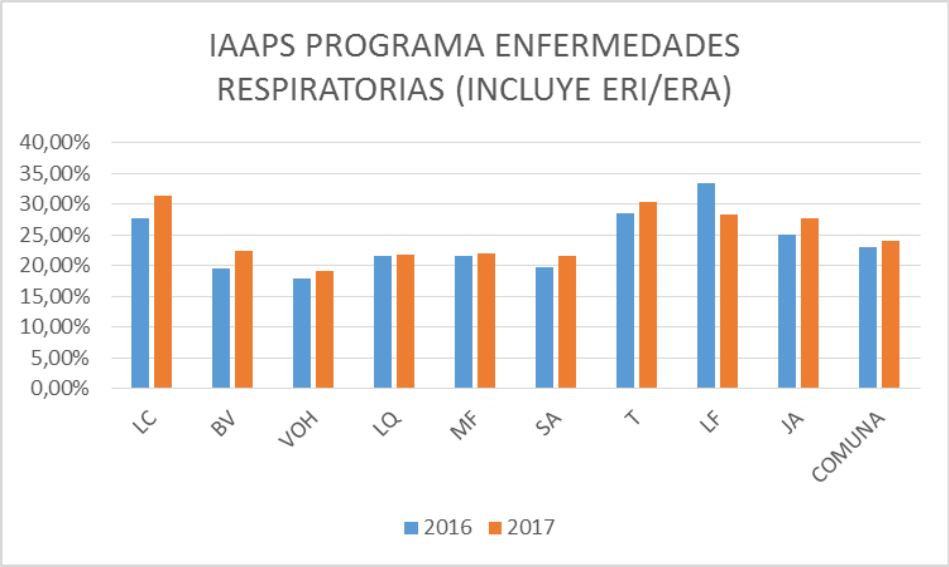
Gráfico N° 56: Población adulta y adulta mayor bajo control por CESFAM sala ERA. Comuna de La Florida corte diciembre 2016 y junio 2017. Aumento porcentual población bajo control.



Fuente: Serie P3 DEIS

Lo anterior se puede observar también en el gráfico siguiente, donde describen los IAAPS (índices de actividad en atención primaria), que muestra que en 8 de los 9 CESFAM hubo un aumento de este indicador.

Gráfico N° 57: Comparación de IAAPS programa ERI y ERA por CESFAM, Comuna La Florida. Año 2016 y corte a Junio 2017



Fuente: Serie P3 DEIS

Población bajo control en salas ERA de la Comuna de la comuna de La Florida, según patología.

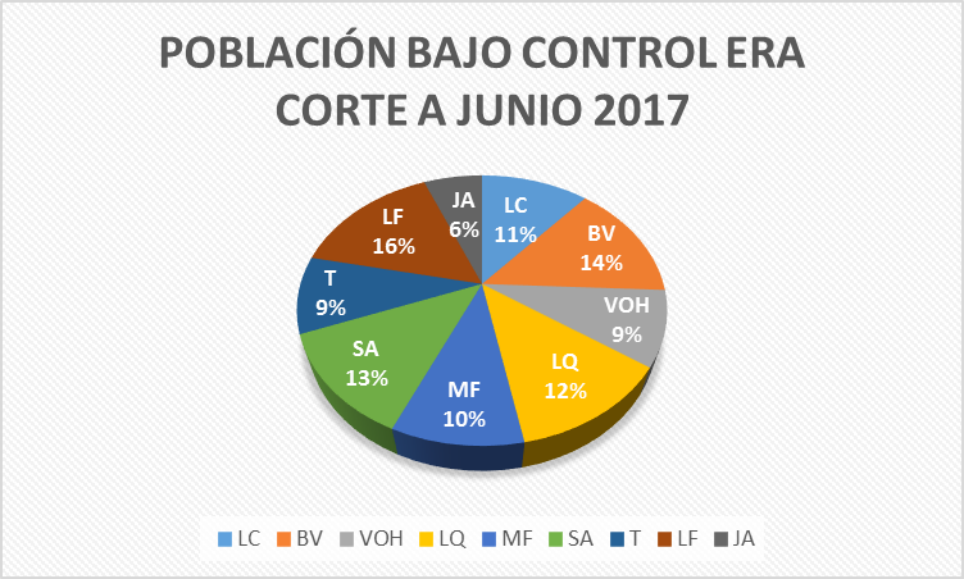
En las salas ERA se controlan pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de Asma, EPOC y otras enfermedades respiratorias.

Tabla N° 113: Prevalencia a nivel comunal de las distintas patologías (Asma, EPOC, otras patologías respiratorias) bajo control en las salas ERA. Comuna de La Florida corte junio 2017.

	ASMA	EPOC	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	TOTAL ERA
Bellavista (BV)	478	274	113	865
Los Castaños (LC)	633	342	125	1100
Villa O'Higgins (VOH)	341	230	113	684
Los Quillayes (LQ)	491	265	182	938
Maffioletti (MF)	413	135	192	740
La Florida (LF)	538	317	98	953
Trinidad (T)	434	184	86	704
José Alvo (JA)	702	281	200	1183
Santa Amalia (SA)	313	113	44	470
COMUNA	4.343	2.006	1153	7.502

Fuente: Serie P3 DEIS

Gráfico N° 58: Prevalencia a nivel comunal de las distintas patologías respiratorias crónicas (Asma, EPOC, otras patologías respiratorias) bajo control en las salas ERA, por CESAM. Comuna de La Florida corte junio 2017.



En este gráfico podemos observar la población con enfermedades respiratorias crónicas por CESFAM, donde se observa que los CESFAM La Florida (16%), Bellavista (14%) y Santa Amalia (13%) son los con mayor población bajo control. A su vez los CESFAM con menos población bajo control son Villa O'Higgins y Trinidad con un 9% cada uno y José Alvo con un 6%.

El asma se clasifica dependiendo de sus síntomas diurnos, nocturnos, función pulmonar y variabilidad de PEF, en leve, moderada y severa. La distribución según severidad en la comuna corresponde a un 73,6% los leves, 22% moderado y un 4,2% los severos.

Tabla N° 114: Población bajo control por centro de salud con Asma. Comuna de La Florida, corte junio 2017.

CESFAM	ASMA LEVE	ASMA MODERADA	ASMA SEVERA	TOTAL
Los Castaños (LC)	401	61	16	478
Bellavista (BV)	539	70	24	633
Villa O'Higgins (VOH)	256	74	11	341
Los Quillayes (LQ)	352	130	9	491
Maffioletti (MF)	222	152	39	413
Santa Amalia (SA)	312	194	32	538
Trinidad (T)	346	70	18	434

La Florida (LF)	649	42	11	702
José Alvo (JA)	118	174	21	313
COMUNA	3.195	967	181	4.343

Fuente: Serie P3 DEIS

La población de usuarios con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se pueden clasificar según el VEF1 de su espirometría en Tipo A y B, según su VEF 1 y frecuencia de exacerbaciones. EPOC A es de un 83,6% y EPOC B es de un 19,6%

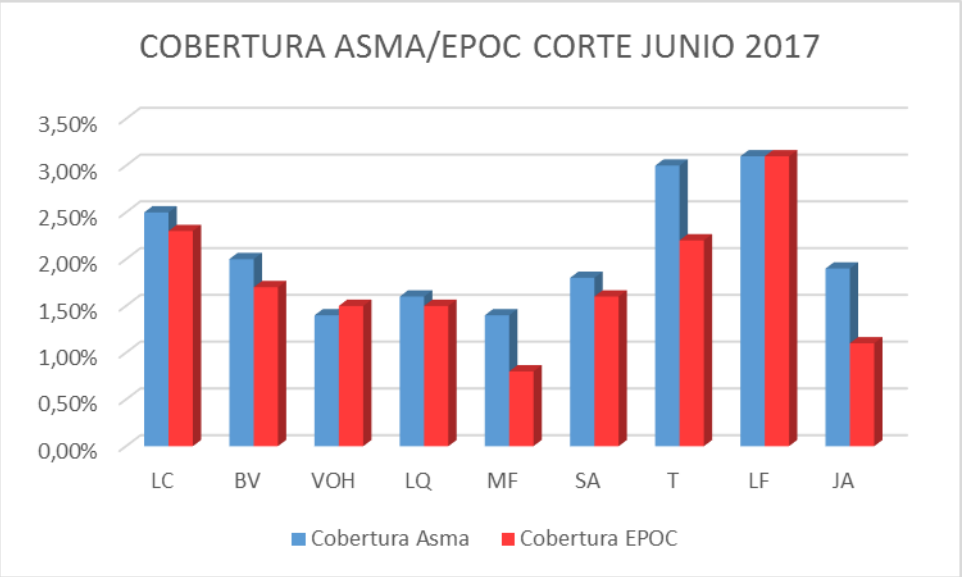
Tabla N° 115: Población bajo control por centro de salud con EPOC. Comuna de La Florida, corte junio 2017

CESFAM	EPOC A	EPOC B	TOTAL
Los Castaños (LC)	232	42	274
Bellavista (BV)	298	44	342
Villa O'Higgins (VOH)	197	33	230
Los Quillayes (LQ)	208	57	265
Maffioletti (MF)	69	66	135
Santa Amalia (SA)	277	40	317
Trinidad (T)	157	27	184
La Florida (LF)	221	60	281
José Alvo (JA)	88	25	113
COMUNA	1.678	394	2.006

Fuente: Serie P3 DEIS

14.1. Cobertura de las patologías Asma y EPOC en la comuna de La Florida

Las prevalencias de Asma son de un 8% y EPOC 5%. En la comuna de La Florida se observa una baja cobertura. Las mayores son en el CESFAM La Florida que reportan 3,1% y 3,1% para cada una de las patologías.



Fuente: Serie P3 DEIS

14.2. Población bajo control con otras patologías respiratorias crónicas

Además, en las salas ERA se controlan pacientes con otras enfermedades respiratorias crónicas, como limitación crónica de Flujo Aéreo (fibrosis pulmonar, secuelas por TBC).

Tabla N° 116: Población bajo control por centro de salud con otras patologías respiratorias. Comuna de La Florida, corte junio 2017

CESFAM	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
Los Castaños (LC)	113
Bellavista (BV)	125
Villa O'Higgins (VOH)	113
Los Quillayes (LQ)	182
Maffioletti (MF)	192
Santa Amalia (SA)	98
Trinidad (T)	86
La Florida (LF)	200
José Alvo (JA)	44
COMUNA	1153

Fuente: Serie P3 DEIS

Programa de pacientes oxígeno dependientes y pacientes con asistencia ventilatoria no invasiva (AVNIA) e invasiva del adulto (AVIA).

Los pacientes oxígeno dependientes y con asistencia ventilatoria no invasiva (AVNIA) e invasiva del adulto (AVIA), son de mayor severidad, son controlados por el nivel secundarios en el caso de los primeros y por el SSMSO en los segundos. También se deben realizar visitas domiciliarias, por parte de los equipos ERA de APS, por lo menos una vez al año. El CESFAM Maffioletti tiene el mayor número de estos pacientes: 21 oxígeno dependientes y dos de AVNIA/AVIA.

Tabla N° 117: Programas de oxigenoterapia domiciliaria, asistencia ventilatoria no invasiva del adulto (AVNIA) y asistencia ventilatoria invasiva del adulto (AVIA)

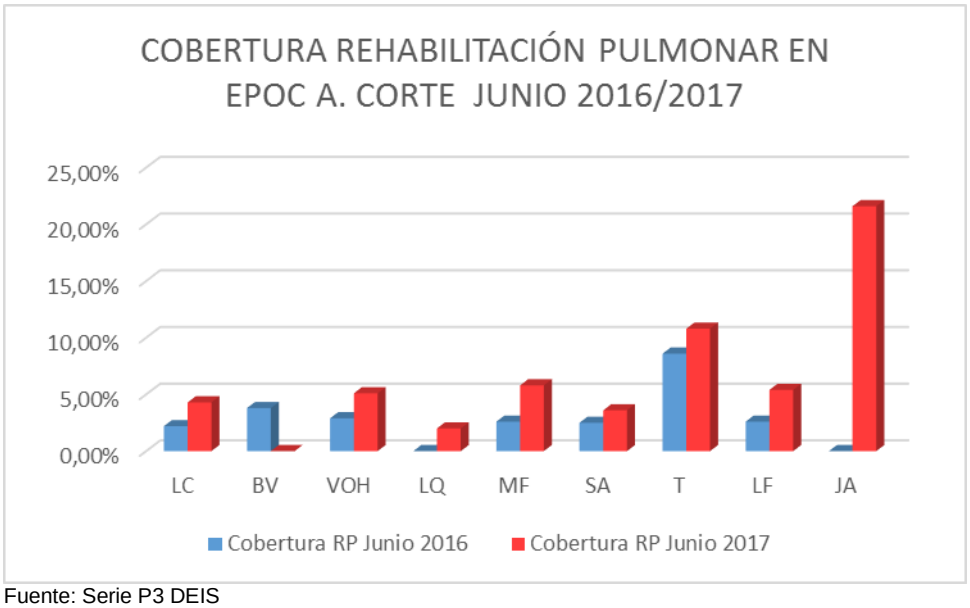
CESFAM	OXÍGENO DEPENDIENTES	AVNIA/AVIA
Los Castaños (LC)	9	0
Bellavista (BV)	12	0
Villa O'Higgins (VOH)	10	0
Los Quillayes (LQ)	9	0
Maffioletti (MF)	21	2
Santa Amalia (SA)	9	1
Trinidad (T)	14	1
La Florida (LF)	11	0
José Alvo (JA)	9	0
COMUNA	104	4

Fuente: Serie P3 DEIS

14.3. Rehabilitación Pulmonar

Una de las medidas para disminuir la mortalidad de los pacientes con EPOC es la Rehabilitación Pulmonar, siendo uno de los objetivos de las salas ERA. En el gráfico siguiente se observa un aumento de la cobertura en casi todos los CESAM, al comparar los cortes a junio de los años 2016 y 2017.Sin embargo, la cobertura de Rehabilitación Pulmonar de la comuna de La Florida al corte de Junio del 2017 es de un 4,9%, siendo de un 35% en el SSMSO. Los factores que han influido en esta baja cobertura, en general es porque los pacientes no tienen interés y según refieren, tiene un costo económico por la movilización. Otro factor es que no todos los participantes de estas actividades las terminan, no logrando el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Gráfico N° 59: Cobertura rehabilitación pulmonar en pacientes EPOC A. corte a junio 2016/2017

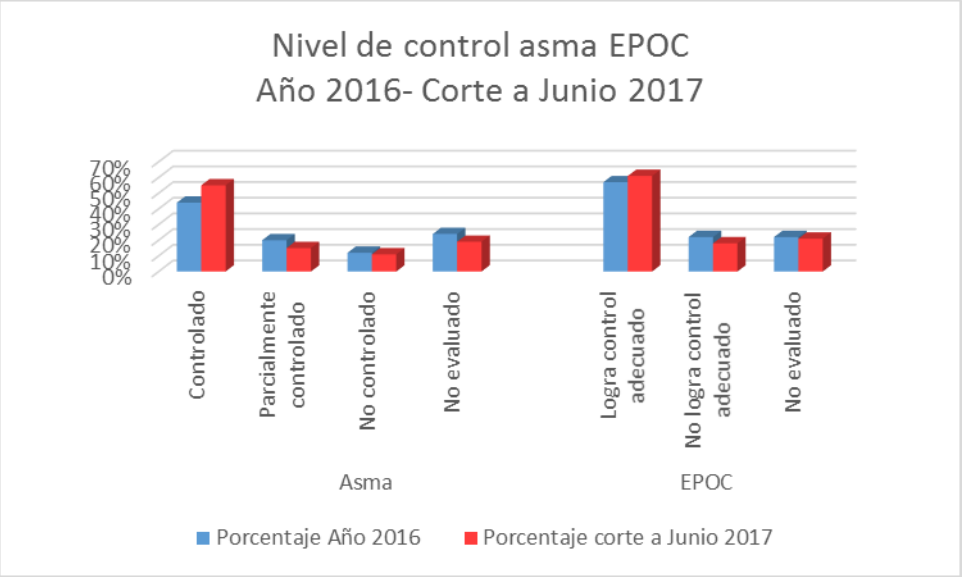


Fuente: Serie P3 DEIS

Nivel de control de la población bajo control con diagnósticos de Asma y EPOC.

Otro objetivo de las salas ERA es optimizar el control de la población bajo control. En el gráfico siguiente se observa el nivel de control en Asma y EPOC. Se observa, al comparar el año 2016 y el corte a Junio del 2017, un aumento de los paciente con control de su patología. Sin embargo, el porcentaje de no evaluado es casi igual al no controlado, lo que determina un sub o sobre registro de la meta a lograr.

Gráfico N° 60:Porcentaje del nivel de control Asma y EPOC, año 2016 y corte a Junio 2017

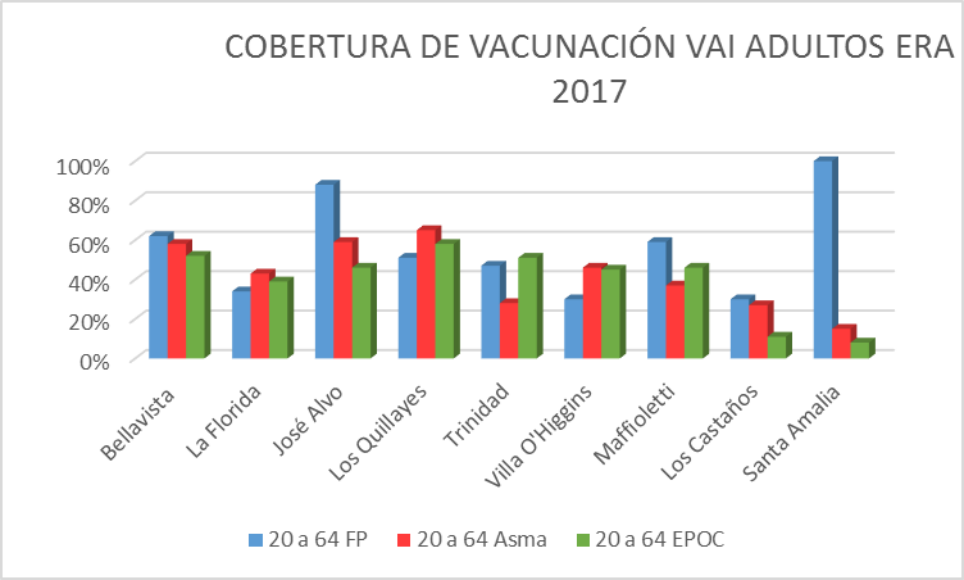


Fuente: Serie P3 DEIS

Vacunación VAI a la población bajo control en salas ERA

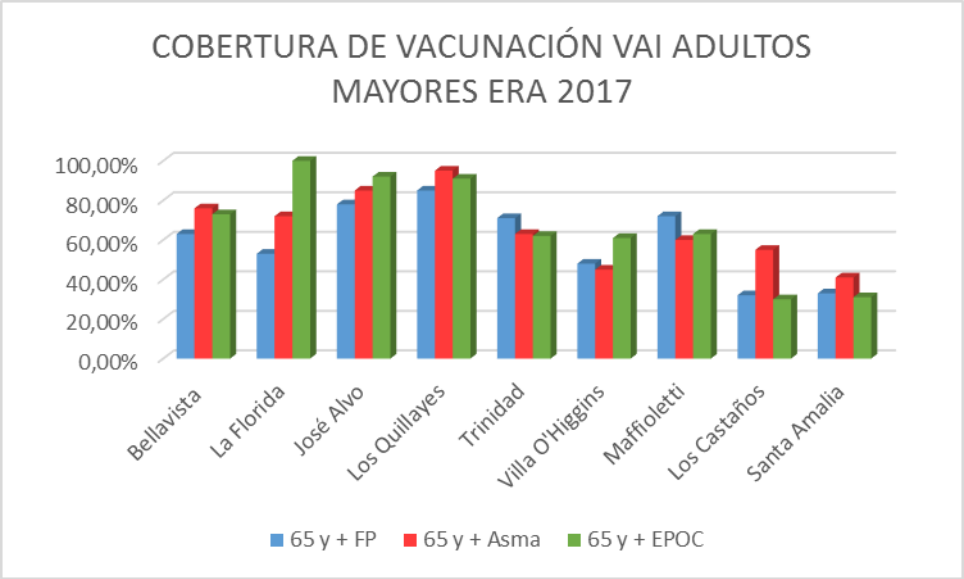
Para disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, cada año se debe realizar la vacunación con vacuna anti influenza a, por lo menos, un 90% de la población bajo control. La cobertura VAI de la comuna de La Florida fue de un 67%, siendo mayor que la del SSMSO, que registro un 62.32%. La cobertura por CESFAM es muy diferente entre sí, lo cual se determinó por dificultad en los registros, inicio de registros ya terminada la campaña y otros factores.
En los siguientes gráficos se observan los datos de la vacunación VAI en adultos y adultos mayores.

Gráfico N° 61: Vacunación con Vacuna anti influenza población de 20 a 64 años bajo control de salas ERA. Comuna La Florida, 2017



Fuente: Serie P3 DEIS
FP: fibrosis pulmonar

Gráfico N° 62: Vacunación con Vacuna anti influenza población de 65 y más años bajo control en salas ERA. Comuna La Florida, 2017



Fuente: Serie P3 DEIS
FP: fibrosis pulmonar

Trabajo intra e intersectorial:

En el año 2017, se han continuado con las reuniones de coordinadores médicos de los CESFAM de la comuna y reuniones con el nivel secundario, Unidad de Broncopulmonar del Hospital de La Florida. Estas actividades han sido de gran utilidad para una mejor atención de la población bajo control. Se cuenta con correos electrónicos, que facilitan la coordinación. En estas últimas participan, tanto médicos como kinesiólogos de todos los CESFAM de la comuna y de la unidad, lo que ayuda a tener una visión más integral de la atención de la población bajo control.

Proyecciones para el 2018:
Según la matriz de cuidados según ciclo vital para el año 2017, se plantea la atención de pacientes de 25 a 64 años y de 65 y más años. Se realizarán evaluaciones según grupo etario.
En cuanto a la prevención del tabaquismo se deberá realizar en un 100% de las atenciones agudas por enfermedades respiratorias, el consejo breve antitabaco. Esto nos ayudará, también a reconocer los pacientes con riesgo de EPOC, lo que ayudará a la pesquisa de pacientes con esta patología.
Como describe la cobertura de VAI, es baja en la comuna y se deberá lograr un 95% de ésta. Por lo que se comenzará desde el inicio del año a generar estrategias para motivar a la población bajo control y a determinar un registro adecuado, en conjunto con las unidades de SOME, vacunatorio y programa ERA.
Para el objetivo de disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas, aumentando la cobertura de estas patologías, se realizarán estrategias como educación a la población sobre los factores de riesgo, sintomatología para que puedan consultar. También se motivará a todos los funcionarios de los CESFAM para que deriven a los pacientes con sospecha de estas patologías a las salas ERA para que se realice la pesquisa. A los pacientes con antecedentes de asma en su familia o en ellos mismos o en el caso de fumadores o ex fumadores mayores de 40 años, se derivarán a las salas ERA, para realizar los exámenes correspondientes. 7.5 Se coordinará con los SAC y SAPU de los CESFAM para que deriven los pacientes con patologías agudas, tanto de la población bajo control, como la que no tiene el diagnóstico. Así se aumentará la cobertura, que debe ser de un 5% en población de 25 a 64 años y de un 10% en los de 65 y más años.
Para optimizar el tratamiento de la población bajo control de salas ERA, se insistirá en la realización de la evaluación del nivel de control de los pacientes con Asma y EPOC. Además, el rescate de los pacientes inasistentes, motivándolos de la importancia de sus controles para evitar las exacerbaciones.
En cuanto a la cobertura de Rehabilitación Pulmonar, se debe aumentar en un 25%, por lo que se planteará la posibilidad de horarios que puedan facilitar la participación de los pacientes en estas actividades. Además, se analizarán los instrumentos requeridos y nuevas técnicas para motivar la participación y finalización el total de sesiones.
En cuanto al trabajo intrasectorial se realizarán reuniones con todo el equipo de las salas ERA de la comuna, tanto médicos como kinesiólogos coordinadores de cada CESFAM. Manteniendo, también las actividades en la red La Florida, APS y Unidad de Broncopulmonar del Hospital de La Florida.

15. Proyecciones 2018 ADULTO

Tabla N° 118: Proyecciones 2018. Salud en el Adulto.

Promoción:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo
Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años
Prevención:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.
Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.

Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)
Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad
Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad
Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años
Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años
Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.
Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.

Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Hepatitis A a poblaciónentre 25 y 40 años con VIH(+)
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años
Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad

Tratamiento:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**

Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia
Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años
Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.
Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA
mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años

Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años

Rehabilitación	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.
Atención Integral:	
OBJETIVO	ACTIVIDAD
Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar
Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4
Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulacion de fertilidad.	Control de regulación de fertilidad

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

1. Características de la Población

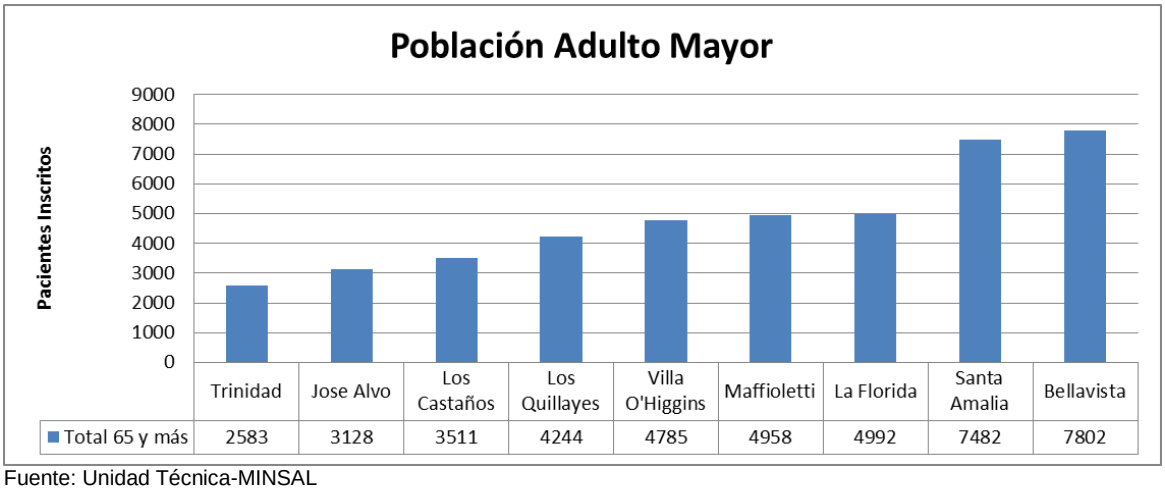
El envejecimiento, es una etapa del ciclo vital, en la cual el ser humano pierde autonomía e independencia, se hace más frágil y requiere un mayor uso de los servicios de salud, aumentando la demanda de la APS. Es precisamente por esto que el equipo debe adquirir competencias para observar, reconocer e iniciar intervenciones en las personas mayores.

El objetivo de la atención de salud en esta etapa, es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutiva, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas que se presentan en esta etapa del ciclo vital.

La identificación del tipo de intervención más efectiva que necesita una determinada persona o familia exige identificar las circunstancias de la vida de ésta, así como los valores, creencias, expectativas que pudieran influir en el origen, persistencia o recuperación de su problema de salud. También exige conocer, no sólo la oferta de prestaciones y servicios en el propio establecimiento y en el resto de la red asistencial pública y privada, sino también de otros sectores del Estado y de organizaciones sociales y comunitarias. Así, en conjunto es posible alcanzar una gama más amplia de intervenciones, de modo de ofrecer respuestas coherentes con la diversidad de las personas que son atendidas (“Orientaciones Programáticas” MINSAL).

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

Gráfico N° 63: Población inscrita de adultos mayores por CESFAM. Comuna La Florida, año 2016.



Fuente: Unidad Técnica-MINSAL

Del total de inscritos en el 2016, los Adultos Mayores (AM) en nuestra Comuna representan el 14,9% presentando un aumento de un 0.9% respecto al año 2015.

El grupo específico de 65 a 69 años representa el 34% del total (n=14.796), le sigue el grupo de 70-74 años con un 27% (n=11.756), sin dejar de aumentar el grupo de 80 y más años el cual alcanza el 21% (n=9.371) el año 2016.

En relación a la distribución de Adultos mayores en los CESFAM, es importante destacar que el CESFAM Bellavista y CESFAM Santa Amalia, son los centros que tienen más adultos mayores inscritos, superando en más de 3000 pacientes el promedio comunal de adultos mayores. A continuación superando el promedio comunal, pero muy por debajo de los centros antes mencionados destaca también que la población del CESFAM la Florida, Maffioletti y Villa O'Higgins.

Tabla N° 119: Población bajo control comunal según condición de funcionalidad. Comuna de La Florida, junio 2016.

Condición de Funcionalidad	Total		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Autovalente sin riesgo	10.550	4.056	6.494
Autovalente con riesgo	5.282	1.715	3.567
Riesgo de dependencia	3.552	1.050	2.502
Subtotal (EFAM)	19.384	6.821	12.563
Dependiente leve	1263	388	875
Dependiente moderado	508	151	357
Dependiente grave	377	101	276
Dependiente total	376	110	266
Subtotal (Índice BARTHEL)	2.524	750	1.774

Total adultos mayores en control	21.908	7.571	14.337

Fuente: REM P5 Sección A 2016 DEIS-MINSAL

La población Bajo control de Adultos mayores en la comuna no ha tenido un aumento significativo del año 2015 al 2016, el incremento corresponde a 559 usuarios bajo control. Lo que destaca es la variación en la población con dependencia que tuvo un aumento de 607 pacientes lo que significa un 24% más respecto al año anterior. Dentro de nuestra población destacan 42 pacientes que se identifican con algún pueblo originario y 60 pacientes migrantes que reciben atenciones en nuestros centros de salud.

Para evitar que esta población aumente su grado de dependencia es necesario realizar el examen preventivo EMPAM una vez al año, el cual, a partir de esta medición, cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, con este resultado se implementan acciones, fundamentalmente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras.
Estas acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteo articular.
Dentro del examen que se realiza la pesquisar la existencia de redes de apoyo y sospecha de maltrato, para realizar acciones dependiendo del caso.

En este grupo el objetivo de los planes de intervención elaborados en conjunto entre el adulto mayor y su equipo de salud buscan mantener el mayor tiempo posible la autovalencia, fortaleciendo los factores protectores y apoyando el tratamiento de patologías crónicas y agudas.

La población bajo control de los centros de salud en un 72,2 % son autovalentes, de ellos el 24 % presenta condiciones de riesgo para la pérdida de su condición. El diseño de estrategias promocionales y preventivas van destinadas a que este grupo de adultos mayores mantengan o mejoren su condición.

El 16 % de la población ha perdido su autovalencia, y se considera con riesgo de dependencia, este grupo debe ser sujeto de una intervención preventiva tendiente a abordar el riesgo específico que los hace vulnerables minimizando así los riesgos identificados, fortaleciendo las redes familiares y comunitarias para el apoyo.

Estos adultos mayores se benefician de una intervención orientada a evitar caídas y a mejorar su actividad física de manera preventiva además de trabajar aspectos emocionales derivados de su relación con la familia.

Existen las evidencias de que las acciones realizadas oportunamente por el equipo de salud, con continuidad en el tiempo, tienen efecto. Efecto que impide la instalación de la discapacidad o retarda esta instalación.

El aumento de la esperanza de vida, conlleva también una mayor frecuencia de adultos mayores, que presentan enfermedades crónicas y degenerativas, aumentando progresivamente el número de AM que requieren ser apoyados o cuidados. Aunque la mayoría permanece en sus propios hogares y son funcionalmente independientes, sin embargo, un porcentaje menor puede presentar algún grado de afectación de la funcionalidad global de las actividades de la vida diaria y por tanto requieren de cuidados y/o apoyo, que en general lo reciben de la familia. Los cuidados son entregados por varios integrantes de la familia, pero en la mayoría de las veces esta responsabilidad la asume uno solo.

Una de las tareas del equipo de salud es apoyar a los cuidadores de pacientes postrados, fortaleciendo y desarrollando sus habilidades para el mejor cuidado del paciente y su entorno familiar.

Adicionalmente ciertos pacientes de este grupo cumplen los criterios establecidos para recibir estipendio o aporte económico, que les permite absorber en parte los costos de su riesgo dependencia. Se considera como requisito que el equipo de salud valide la labor del cuidador y que el paciente esté en buenas condiciones de cuidado.

Tabla N°120: Adultos mayores dependientes, distribuidos por centro de salud. Comuna La Florida

CESFAM	Dependiente	%
Centro de Salud Familiar Los Castaños	264	10,5
Centro de Salud Familiar Bellavista	670	26,5
Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins	331	13,1
Centro de Salud Familiar Los Quillayes	203	8,0
Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Maffioletti	222	8,8
Centro de Salud Familiar Santa Amalia	213	8,4
Centro de Salud Familiar Trinidad	82	3,2
Centro de Salud Familiar La Florida	198	7,8
Centro de Salud Familiar José Alvo	341	13,5
TOTAL	2.524	100%

Fuente: REM P5 Sección A 2016 DEIS-MINSAL

El tema de la atención de una persona con discapacidad severa es asumido por la familia del usuario. Esta familia requiere de apoyo técnico y emocional para manejar a su familiar de la mejor manera. Estos usuarios requieren durante su permanencia en el programa un número importante de atenciones en domicilio por equipo multidisciplinario.

El instrumento para medir la severidad de la dependencia en APS es Índice de Barthel.El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

De acuerdo a esta clasificación los usuarios con resultado en la categoría de Dependiente Grave y Total son considerados con dependencia severa. Los cuales de acuerdo al diagnóstico del equipo son evaluados en el domicilio. A nivel comunal evaluados con esa condición de funcionalidad corresponden a un 31 % de los adultos mayores evaluados con algún tipo de dependencia.

En los casos que se ha producido una pérdida de funcionalidad, los equipos de salud, deben colaborar por la recuperación de ésta, mediante los programas de rehabilitación insertos en su ambiente familiar y comunidad. De igual forma, se debe reforzar el apoyo y orientación en los cuidados de la salud, a las familias y cuidadores de personas mayores en situación de dependencia para evitar la progresión a condiciones de funcionalidad con más dependencia, en la

comuna el tema es relevante ya que el 11,5 % de los adultos mayores en control en los CESFAM de la comuna presentan una dependencia.

1.1. Examen de Medicina Preventiva

El Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor, es una actividad que pretende identificar, de manera anticipatoria, factores de riesgo que pudiesen generar dependencia en personas de este grupo etario. Esta identificación anticipatoria de los factores de riesgo, permite que los equipos de salud, en conjunto con las familias y el intersector, generen estrategias e intervenciones oportunas y continuas en el tiempo, que impidan la instalación de la discapacidad o retarden la instalación de esta condición (Subsecretaría de Salud Pública-MINSAL)

Importante es mencionar que, un 50,3% de la población Adulta Mayor inscrita es los Centros de Salud de la comuna de La Florida, se realizó el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Si bien esta cobertura ha aumentado en relación al 2013 (45,2%), al 2014 (47,8%) y al 2015 (49%), aún hay un porcentaje de Adultos Mayores cuyo estado de salud desconocemos. Por lo que se hace necesario, seguir potenciando los programas especiales que involucran la participación de este grupo, como lo son el "MÁS Adultos Mayores Autovalentes" y el trabajo intersectorial con el Departamento del Adulto Mayor que depende del Municipio.

Cabe mencionar que, cerca del 50% de la población de adultos mayores de la comuna, presenta problemas de malnutrición por exceso (Sobrepeso u obesidad), lo que también representa un gran desafío para los equipos locales e implica fortalecer las estrategias promocionales en este grupo etario.

Tabla N° 121: Exámenes Preventivos realizados en Población Adulta Mayor, La Florida año 2016.

Estado Nutricional	Total 2016
	Ambos Sexos
Normal	6.990
Bajo Peso	1.685
Sobre Peso	4.948
Obesos	4.178
Total	17.801

Fuente: REM A02 2016, DEIS-MINSAL

La actividad del EFAM, tiene por objetivo detectar el grado de dependencia que presenta el Adulto Mayor, así como su funcionalidad. En la Tabla N°122.

Tabla N° 122: Población Adulta Mayor bajo control comunal, según condición de funcionalidad. Comuna de La Florida, año 2016.

CESFAM	Autovalente sin riesgo	Autovalente con riesgo	Riesgo de dependencia	Dependiente	Total	%
Los Castaños	970	571	458	264	2.263	10,33
Bellavista	3.145	577	654	670	5.046	23,03
Villa O´Higgins	1.112	673	491	331	2.607	11,90
Los Quillayes	728	385	112	203	1.428	6,52
Maffioletti	1.290	633	853	222	2.998	13,68
Santa Amalia	936	780	382	213	2.311	10,55
Trinidad	530	318	111	82	1.041	4,75
La Florida	1.051	908	270	198	2.427	11,08
José Alvo	788	437	221	341	1.787	8,16
Total	10.550	5.282	3.552	2.524	21.908	100,00

Fuente: REM 2016, DEIS-MINSAL

El 72,3% de la población bajo control de los centros de salud es autovalente. De ellos, el 24,1% presenta condiciones de riesgo para la pérdida de su condición. El diseño de estrategias promocionales y preventivas va destinado a que este grupo de Adultos Mayores mantengan la autovalencia.

El 16,2% de la población ha perdido su autovalencia, y se considera con riesgo de dependencia. Este grupo, debe ser sujeto de una intervención preventiva tendiente a abordar el riesgo específico que los hace vulnerables, minimizando así los riesgos identificados, fortaleciendo las redes familiares y comunitarias para el apoyo.

Estos Adultos Mayores se benefician de una intervención orientada a evitar caídas y a mejorar su actividad física de manera preventiva, además de trabajar aspectos emocionales derivados de su relación con la familia. Existen las evidencias de que las acciones realizadas oportunamente por el equipo de salud, con continuidad en el tiempo, tienen efecto. Efecto que impide la instalación de la discapacidad o retarda esta instalación (Subsecretaría de Salud Pública- MINSAL)

Los Centros de Salud con más Adultos Mayores en condición de Riesgo en su Funcionalidad; es decir autovalentes con riesgo y riesgo de dependencia; corresponden a CESFAM Maffioletti, Bellavista, La Florida.

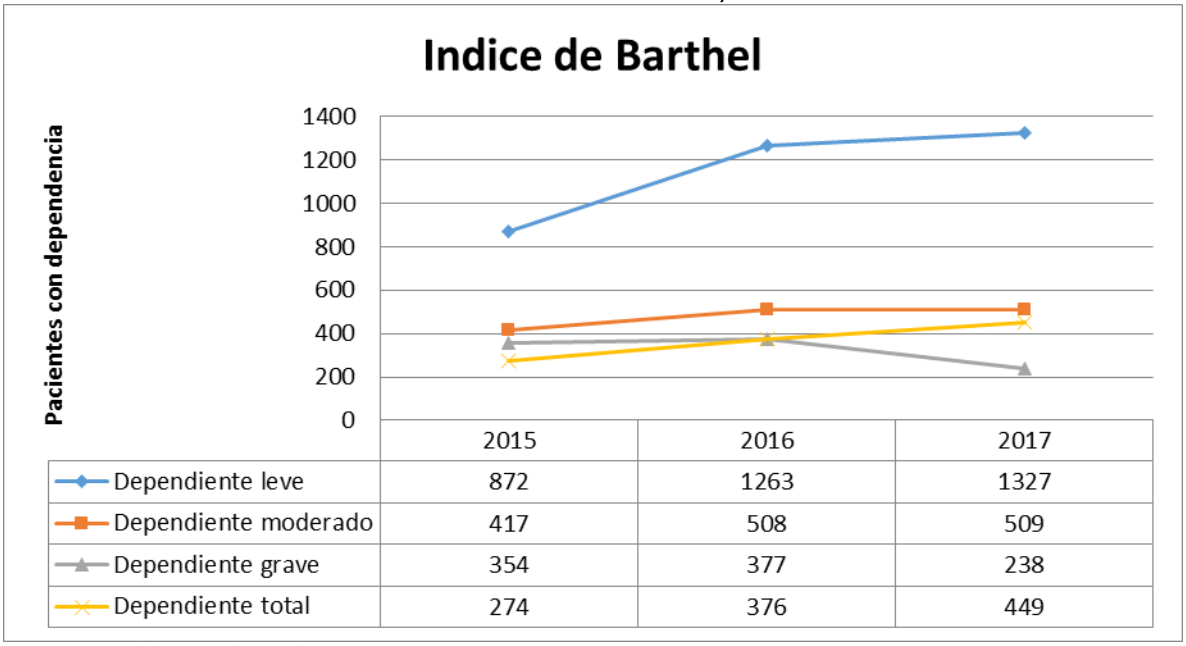
El aumento de la esperanza de vida, conlleva también una mayor frecuencia de Adultos Mayores, que presentan enfermedades crónicas y degenerativas, aumentando progresivamente el número de Adultos Mayores que requieren ser apoyados o cuidados. Aunque la mayoría permanece en sus propios hogares y son funcionalmente independientes, un porcentaje menor puede presentar algún grado de afectación de la funcionalidad global de las actividades de la vida diaria y, por tanto, requieren de cuidados y/o apoyo, que en general lo reciben de la familia. Los cuidados son entregados por varios integrantes de la familia, pero en la mayoría de las veces esta responsabilidad la asume uno solo.

El instrumento para medir la severidad de la dependencia en APS es el Índice de Barthel; el cual es ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

De acuerdo a esta clasificación, los usuarios con resultado en la categoría de Dependiente Grave y Total, son considerados con dependencia severa; los cuales de acuerdo al diagnóstico del equipo son evaluados en el domicilio. A nivel comunal, el porcentaje de Adultos Mayores evaluados con esa condición de funcionalidad, corresponde al 753 pacientes. Hay que aclarar que esta clasificación solo considera a las personas entre 65 y más años.

En el Gráfico N° XX, se puede observar que, el número de adultos mayores dependientes, ha ido en aumento en todos sus niveles, desde el 2013 al 2015, lo cual se relaciona con el proceso de Transición demográfica que está viviendo nuestro país y del cual la comuna de La Florida, no está ajena.

Gráfico N° 64: Evolución del Índice de Barthel 2015-2017, Comuna de La Florida.



	2015	2016	2017
Dependiente leve	872	1263	1327
Dependiente moderado	417	508	509
Dependiente grave	354	377	238
Dependiente total	274	376	449

Fuente: REM 2015, DEIS-MINSAL

Frente a este escenario, el desafío de la comuna de La Florida, por disminuir el porcentaje de dependencia en los adultos mayores, se presenta como una constante que requiere la participación de un equipo intersectorial y el apoyo de las familias.

2. Salud Cardiovascular

La evaluación del riesgo cardiovascular, al igual que en la población adulta, es un tamizaje para identificar a aquellas personas que tienen una mayor probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular. En esta etapa del ciclo vital el riesgo cardiovascular se incrementa conforme avanza la edad del individuo. En nuestra población se observa un incremento en la proporción de usuarios que presentan un riesgo alto un 56%, le sigue el riesgo moderado con el 24,3%, y finalmente riesgo bajo con un 19,6%.
Este RCV es el que va a definir la periodicidad de los controles cardiovasculares con el equipo de salud, por ejemplo, el paciente con riesgo cardiovascular alto será visto por 4 veces al año y en el caso de estar descompensado, será evaluado en atenciones especiales hasta lograr metas terapéuticas adecuadas.

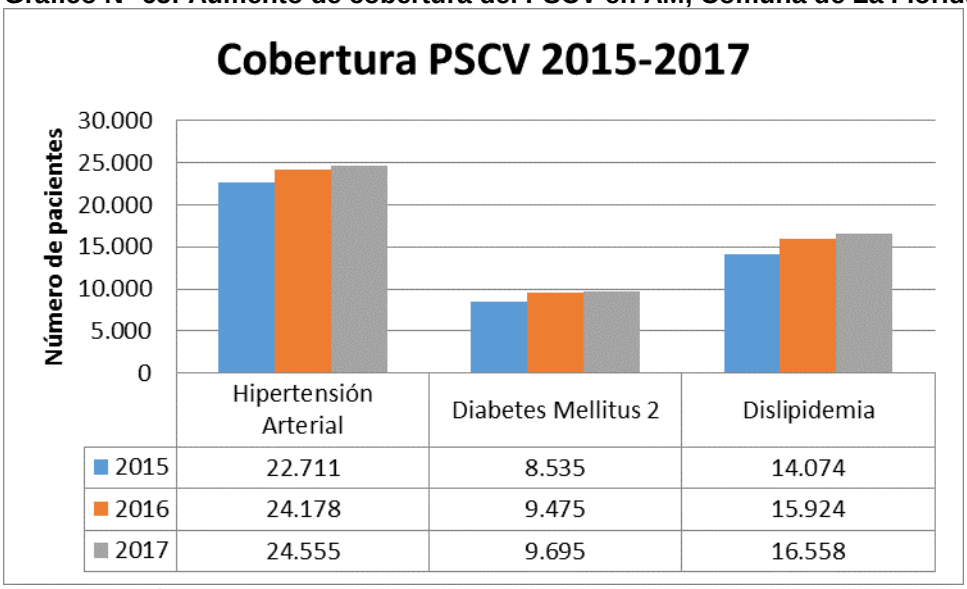
Tabla N° 123: Población adulto Mayor Programa de Salud cardiovascular, según clasificación Global del Riesgo cardiovascular Comuna La Florida.

Total Comuna 65 y más años		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Número de Personas en PSCV		29.532	11.232	18.300
Clasificación del Riesgo Cardiovascular	Bajo	5.784	1.636	4.148
	Moderado	7.186	2.510	4.676
	Alto	16.562	7.086	9.476

Fuente: REM P4, Sección A. DEIS-MINSAL

Es importante destacar que dentro de la población bajo control adulta mayor del programa cardiovascular el 62% son mujeres y un 38% son hombres, esto debido a la esperanza de vida y el constructo social que tienen los hombres en torno a la salud.

Gráfico N° 65: Aumento de cobertura del PSCV en AM, Comuna de La Florida 2015-2017.



Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2015-2016. DEIS-MINSAL
Consolidado Serie P4 2017. Unidad técnica

En el grafico N°65 se visualiza el detalle de las patologías cardiovasculares, en las cuales el mayor porcentaje son las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Dislipidemia.
Se puede observar que desde el 2015 hasta Junio de 2017 la población bajo control adulta mayor se incrementa año a año, a pesar de que el total comunal de inscritos validados no tenga el mismo aumento. Esto se debe al trabajo de pesquisa que realizan los centros de salud con el objetivo de alcanzar coberturas según prevalencias nacionales en estas patologías.

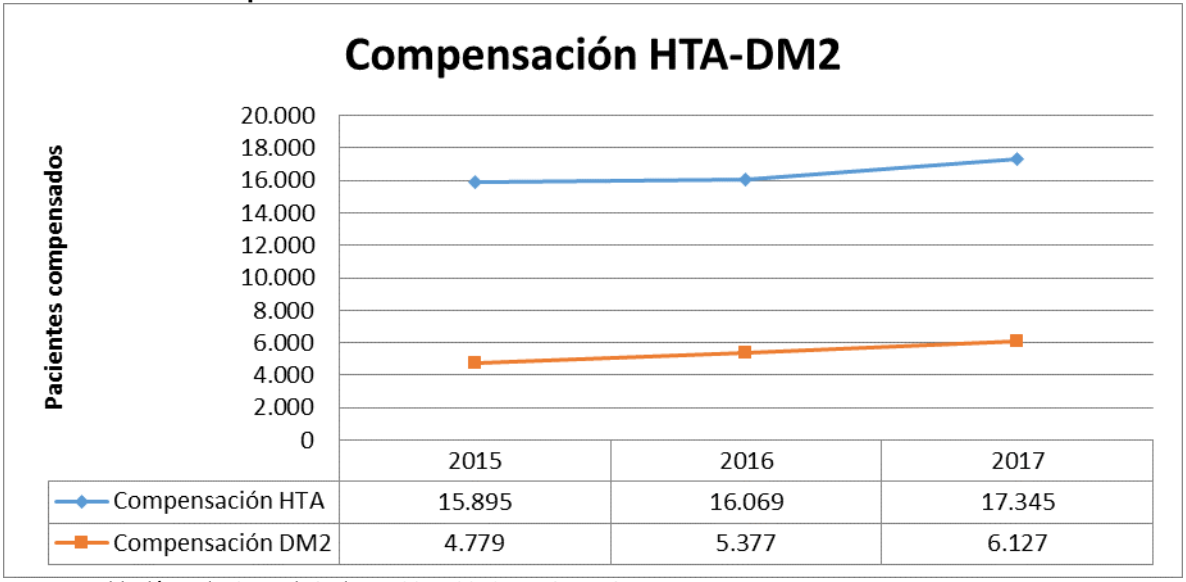
Tabla N° 124: Número de Controles de la población adulto Mayor según profesional. Comuna La Florida 2016

Tipo de control	Profesional	Total	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 y más
Salud cardiovascular	Médico	22.285	7.026	6.493	4.337	4.429
	Enfermera/o	12.754	3.880	3.764	2.578	2.532
	Nutricionista	11.840	3.765	3.427	2.362	2.286
	Total	46.879	14.671	13.684	9.277	9.247

Fuente: REM A01 Sección A DEIS-MINSAL

Durante el año 2016 se realizaron 46.879 controles en el PSCV. De estas atenciones el 47.5% corresponden a atenciones hechas por profesional médico, las restantes atenciones se distribuyen entre enfermera y nutricionista. El promedio mensual de controles cardiovasculares en la comuna es de 3.906 actividades. Si cruzamos los datos de la población bajo control en el programa (n=29.532) con el total de controles cardiovasculares, podemos extraer que la tasa de controles es de 1.6 controles al año.

Gráfico N° 66: Compensación HTA-DM2 Comuna de La Florida 2015-2017



Fuente: Población Bajo Control, Serie P4 2015-2016. DEIS-MINSAL
Consolidado Serie P4 2017. Unidad técnica

Respecto a la compensación de la población adulto mayor, y considerando los antecedentes de coberturas logradas expuestas en el grafico N°66 vemos que entre los años 2015 y 2017 la compensación en este grupo etario ha ido en aumento, destacando el corte a junio del 2017 en ambas patologías.

Sumados a estos datos de compensación, podemos agregar que de la población diabética en este grupo etario un 22,5%(n=2.129), usa insulina como parte de su tratamiento. El 86,5% (n=8.199), tiene su evaluación del Pie diabético vigente y el 47,1% (n=4.465), se le ha realizado el examen de fondo de ojo dentro de la vigencia indicada.

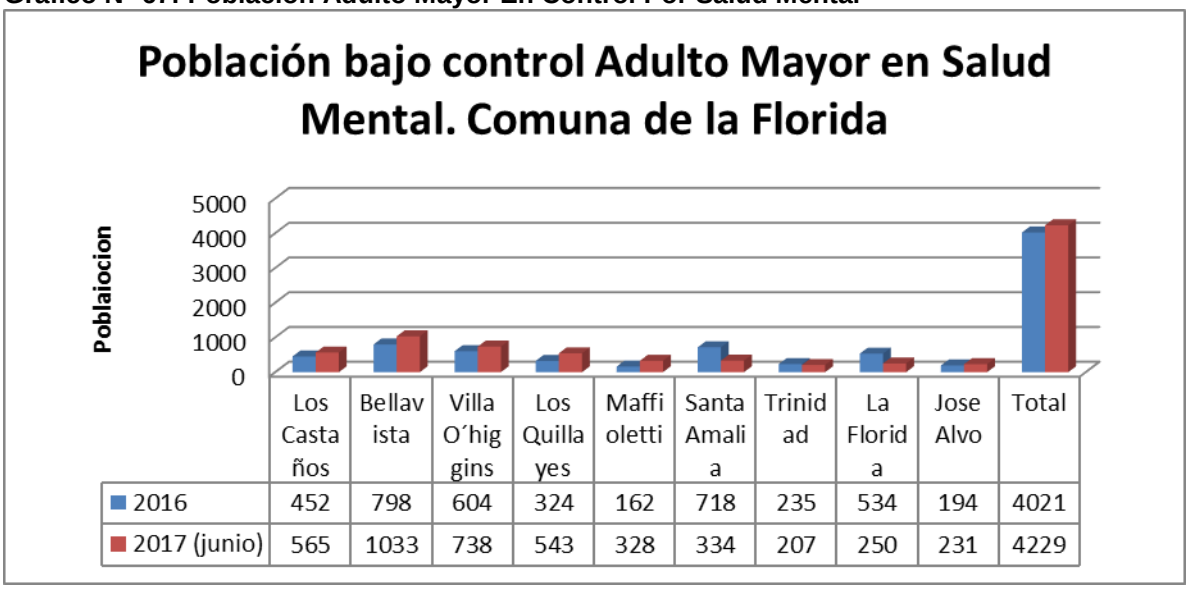
3. Salud Mental

Según datos de la OMS en el año 2000, las personas de 60 años o más en América latina y el Caribe representaban un 8% de la población total. Se estima que para el 2025 el 14% serán habitantes mayores de 60 años.

Este aumento de aproximadamente el 50% de la población Adulta Mayor se muestra también en nuestra población, obligando a los equipos a realizar mayores acciones de intervención para este grupo y diversificar las atenciones según sus necesidades actuales que difieren de las otorgadas hace 10 o 20 años atrás.

De los 9 Centros de Salud, 6 aumentaron su población bajo control en el grupo adulto mayor, como lo muestra el siguiente gráfico desde el año 2016 al 2017.

Grafico N° 67: Población Adulto Mayor En Control Por Salud Mental



	Los Castaños	Bellavista	Villa O´higgins	Los Quillayes	Maffioletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	Jose Alvo	Total
2016	452	798	604	324	162	718	235	534	194	4021
2017 (junio)	565	1033	738	543	328	334	207	250	231	4229

Fuente: Serie P6 2016-2017.

Los equipos de salud mental, en colaboración con los equipos de sector, realizan actividades grupales y educativas tendientes a abordar el objetivo inicialmente planteado. Durante el año 2016-2017 se realizan las siguientes actividades:

Tabla N° 125: Talleres Ciclo Vital Adulto Mayor. Programa de Salud Mental. Año 2016-2017.

Ciclo Adulto Mayor	
Nombre	**Tema**
Activación de redes sociales de apoyo	Redes de Apoyo
Articulación con el intersector o redes comunitarias	Trabajo Intersectorial
Taller de Hierbas Medicinales	Autocuidado
Sensibilizar a las mujeres en los distintos tipos y grados de violencia que existen en nuestra cultura y comunidad, focalizado en el adulto mayor.	Prevención Violencia al Adulto Mayor
Cuidados del cuidador	Autocuidado
Taller de memoria	Prevención Trastornos Mentales
Higiene del Sueño	Autocuidado
Taller del Recuerdo	Estimulación cognitiva
Taller de autocuidado para cuidadores de pacientes dismovilizados	Autocuidado/ prevención
Taller de hierbas medicinales	Tratamiento no convencional de patología de SM
Arte de Envejecer	Intervención comunitaria
Renacer	Intervención comunitaria
Huerto de la Amistad	Intervención comunitaria
Angeles dorados	Intervención comunitaria

3.1. Trastornos Afectivos en el Adulto Mayor

Los trastornos de ansiedad, afectivos y demencias son los diagnósticos que más se presentan en el adulto mayor. Dentro de los trastornos de ansiedad aparecen los problemas de sueño, conductuales y otros ocasionados por las diferentes enfermedades que confluyen en esta etapa.

La patología mental se asocia entonces a dolencias físicas y, además, en otros casos, a problemas sociales. La intervención interdisciplinaria, con la familia y cuidador es absolutamente necesaria en el adulto mayor.

Tabla N° 126: Desglose De Diagnóstico en el Adulto Mayor Correspondiente Al Año 2016-2017

Diagnósticos Adulto Mayor		2017	2016
Violencia Hacia el Adulto Mayor		101	92
Trastornos Del Humor (Afectivos)	Depresión Leve	395	363
	Depresión Moderada	499	453
	Depresión Grave	31	34
	Depresión Post Parto	0	0
	Trastorno Bipolar	18	13
Trastornos de Ansiedad		2.417	2.460
Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debido A Consumo Sustancias Psicotrópicas	Otra Sustancia Como Droga Principal	66	65
Alzheimer y Otras Demencias		325	272

Fuente: REM Series P 2016

3.2. Maltrato /Violencia Hacia el Adulto Mayor

Durante el año 2016- 2017 los equipos de salud han incorporado en los talleres preventivos y terapéuticos, temas específicos relacionados con los diagnósticos más prevalentes que se presentan en esta edad. Talleres al cuidador y prevención de VIF al adulto mayor y los grupos de autoayuda con usuarios de 65 años y más son los que adhieren a esta actividad. El maltrato al adulto mayor existe de diversas formas; físico, psicológico, sexual, como negligencia o abuso patrimonial; se ejerce de manera activa o pasiva, y se presenta en distintos contextos, ya sea en el ámbito familiar, en las instituciones que prestan asistencia a los adultos mayores y en la sociedad.

Una de las características destacables de este grupo es que mantienen buena adherencia al tratamiento ambulatorio de las atenciones de salud que se ofrecen permitiendo buenos resultados terapéuticos en el tiempo que transcurre la intervención.

4. Salud Oral del Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso Universal e irreversible. A nivel mundial, se observa una tendencia al aumento de la esperanza de vida al nacer, lo que conlleva a un aumento de la población mayor de 60 años (MINSAL, 2010).

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica, en el que en los últimos 100 años se aprecia que la población de mayores de 60 años creció 7,5 veces; estimándose que para el 2034 la cantidad de adultos mayores será igual a la cantidad de menores de 15 años (MINSAL, 2010).

El aumento de la Esperanza de vida debe ir a la par con el aumento en la calidad de vida de una persona, y en ese contexto, la Salud Bucal del Adulto Mayor debe ser un tema a resolver, ya que es este grupo el más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. Además, pueden producirse cánceres bucales y observarse manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

La Comuna de La Florida cuenta con atención odontológica para adultos y adultos mayores en horario de extensión horaria (17:30 a 20:30). En el año 2016, se brindaron 1.357 Altas Odontológicas Integrales en los adultos de 65 años y más, que representa un aumento del 21% en relación a las altas ejecutadas el 2015.

La incorporación del Programa Más Sonrisas, ha significado aumentar la cobertura y acceso a atención odontológica integral con rehabilitación oral, entre los cuales los adultos mayores se vieron también beneficiados. En el año 2016 se dieron un total de 168 Altas Odontológicas Integrales, con tratamiento protésico incluido, a mujeres de 65 años o más.

En relación al Programa de Morbilidad Odontológica, de las 11.802 actividades recuperativas realizadas en Extensión Horaria el 2016, 2761 fueron ejecutadas en Adultos Mayores. Del mismo modo, desde el año 2015, los Programas de Resolutividad de Prótesis y Endodoncia, también contemplan población de 65 años y más, lo que hace aumentar la cobertura y el acceso a atención odontológica a este grupo etario.

Durante el año 2017, COMUDEF ha trabajado en la consolidación del Trabajo Intersectorial entre los Centros de Salud y los grupos de autoayuda, grupos de adultos mayores, Programa MAS, entre otros para poder aumentar la cobertura de atención odontológica en la población Adulta Mayor de la Comuna. Este desafío sigue en pie para el año 2018, donde se espera lograr mejorar el acceso de la población adulta mayor a la atención odontológica.

5. Rehabilitación con base comunitaria en población adulto mayor

En el año 2003 el MISAL impulsa el desarrollo e implementación de proyectos y programas de RBC en centros de APS con financiamiento de la cooperación japonesa. Así se comienza a incorporar la estrategia desde la política pública.

Posteriormente en el año 2007 el MISAL desarrolla un programa de rehabilitación integral en la red de salud donde se estructura una lógica que apunta a adoptar la estrategia RBC en APS en el mediano plazo. Esta se enfoca en atender la discapacidad física considerando un acercamiento de las intervenciones de salud a la comunidad. Asimismo se describe las acciones a implementar por los nuevos Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR). Los CCR son una “instancia de participación comunitaria que aplican la estrategia de RBC, para acoger a la comunidad y en particular a las personas con discapacidad y su familia, articulando acciones y los recursos de la comunidad para detectar y dar soluciones a sus propias necesidades de acuerdo a la realidad local”.

En el año 2009 el MISAL actualiza la información publicada en el año 2007, entregando orientaciones metodológicas para el trabajo de rehabilitación integral en el país, ASÍ EL misnal

establece que algunos CCR comenzarán con la atención de problemas de salud física hasta finalmente incorporar el modelo de RBC completo.

En el año 2010 el MINSAL publica las "Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de Rehabilitación en APS", estas orientaciones pretenden entregar elementos conceptuales para incorporar la estrategia de RBC en el desarrollo de la red pública de salud. En el 2010 también se dicta la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas en situación de discapacidad.

Esta estrategia que puede parecer simple, es de mayor complejidad ya que debe abordar al individuo, su familia y la comunidad en la cual se encuentra inserto y esto implica la capacidad de asesorar y liderar el proceso de rehabilitación, además de la entrega de prestaciones propiamente tal.

La comuna de La Florida cuenta con dos Centros comunitarios de Rehabilitación Física en establecimiento de atención primaria: CCR Los Castaños y CCR José Alvo, ambos centros son referencia para las derivaciones de pacientes adultos del resto de los CESFAM de la comuna y cuentan con asignación de recursos de MINSAL a través de convenio con el SSMSO para impulsar el programa de rehabilitación integral en la red de salud, el resto de los recursos necesarios para el funcionamiento de ambos CCR son a través de aportes municipales.

CCR Los Castaños: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona norte de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médicos desde CESFAM Bellavista, La Florida y Los Castaños.

CCR José Alvo: Centro comunitario de rehabilitación ubicado en la zona sur de la comuna que brinda atención a los pacientes derivados por médico desde CESFAM Trinidad, Santa Amalia, Los Quillayes, Maffioletti y José Alvo.

CESFAM Bellavista transitorio: Actualmente CESFAM Bellavista se está construyendo en el marco de su reposición y se estima que el tercer trimestre del año 2018 se inaugure, dado a que este nuevo centro de salud contempla en su modelo arquitectónico un CCR. El actual CESFAM bellavista transitorio con aporte municipal, está comenzando la atención de pacientes adultos y adultos mayores principalmente con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera al igual de pacientes con Parkinson ambas patologías GES inscritos en el mismo centro de salud con la finalidad de no derivarlos a CCR Los Castaños y comenzar a instaurar redes en el modelo de RBC que comenzarán a trabajar una vez comience a funcionar el nuevo CESFAM.

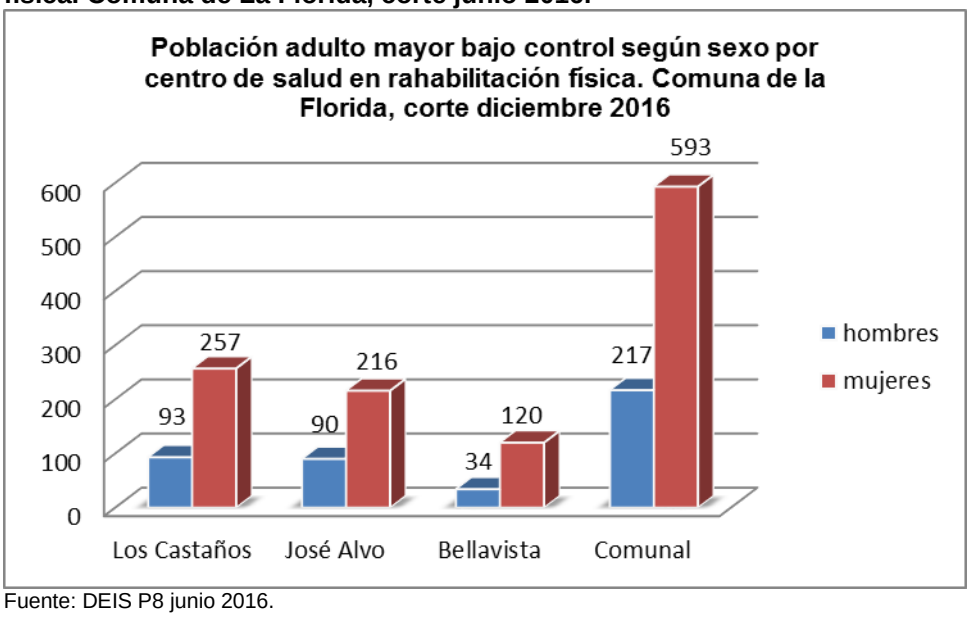
Tabla N° 127: Población de 65 años y más bajo control por centro de salud en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.

Población bajo control adulto mayor por CCR			
Centro de salud	**hombres**	**mujeres**	**total**
Los Castaños	93	257	350
José Alvo	90	216	306
Bellavista	34	120	154
Comunal	217	593	810

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

En diciembre 2016, de la población en el rango etario 65 años y más bajo control en rehabilitación física a nivel comunal, corresponde a 810 pacientes en este corte:
Un 43% corresponde a la población bajo control en CCR Los Castaños.
Un 38% corresponde a la población bajo control en CCR José Alvo.
Un 19% corresponde a la población bajo control de la sala de rehabilitación Bellavista transitorio.

Gráfico N°: 68 Población de 65 años y más bajo control por centro de salud en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte junio 2016.



Fuente: DEIS P8 junio 2016.

Si esta misma población la analizamos según sexo, corresponden mayoritariamente a mujeres tanto en ambos CCR como en la sala de rehabilitación física Bellavista.

CCR Los Castaños de la población bajo control a diciembre 2016 un 27% corresponde a hombres y un 73% a mujeres.

CCR José Alvo de la población bajo control a diciembre 2016 un 29% corresponde a hombres y un 71% a mujeres.

En la sala de rehabilitación CESFAM Bellavista transitorio de la población bajo control a diciembre 2016 un 22% corresponde a hombres y un 78% a mujeres.

Tabla N° 128: Población de 65 años y más bajo control por centro de salud según patología en rehabilitación física. Comuna de La Florida, corte diciembre 2016.

Patología de ingreso	Los Castaños	José Alvo	Bellavista	Comunal
Sd. Doloroso de origen traumático	36	0	0	36
Sd. Doloroso de origen no traumático	129	120	0	249
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	101	126	134	361
Secuela de ACV	22	16	0	38
Secuela de TEC	0	2	0	2
Secuela TRM	0	0	0	0
Secuela de quemaduras	0	0	0	0
Enfermedad de Parkinson	3	16	20	39
Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años	41	24	0	65
Otros	18	2	0	20
Total	350	306	154	810

Fuente: DEIS P8 diciembre 2016.

En la tabla N°128 se puede analizar la población adulta mayor bajo control en rehabilitación física según patología, corte diciembre 2016:
A nivel comunal los pacientes bajo control en rehabilitación física corresponden principalmente a pacientes con diagnóstico de Artrosis leve y moderada de cadera y rodilla con un 45% del total de pacientes de ese corte, seguido del diagnóstico Síndrome doloroso de origen no traumático con un 31%.

Al analizar CCR Los Castaños al corte diciembre 2016 en rehabilitación física corresponden principalmente a pacientes con diagnóstico de Síndrome doloroso de origen no traumático con un 37% del total de pacientes de ese corte, seguido de pacientes con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera con un 29%.

Al analizar CCR José Alvo al corte diciembre 2016 en rehabilitación física corresponden principalmente a pacientes con diagnóstico de Artrosis leve y moderada de cadera y rodilla con un 41% del total de pacientes de ese corte, seguido del diagnóstico Síndrome doloroso de origen no traumático con un 39%.

Al analizar la sala de rehabilitación física al corte diciembre 2016 y tal como se mencionó en la introducción de este tema, las prestaciones se brindan a 2 patologías: pacientes con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera y Parkinson.

6. Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes

El envejecimiento, es una etapa del ciclo vital, en la cual el ser humano pierde autonomía e independencia, se hace más frágil y requiere un mayor uso de los servicios de salud, aumentando la demanda de la APS. Es precisamente por esto que el equipo debe adquirir competencias para observar, reconocer e iniciar intervenciones en las personas mayores.

El objetivo de la atención de salud en esta etapa, es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutiva, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas que se presentan en esta etapa del ciclo vital.

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

La continuidad del programa el año 2017, permitió intervenir en el primer semestre del año a 1721 adultos mayores, de 60 y más años, un incremento de un 20 % en relación a igual semestre del 2016.

En marzo se coordinó el contacto con los Clubes de Adulto Mayor que quisieran realizar los talleres durante el año 2017. Una vez que acceden, se coordina la visita a los clubes u

organizaciones, donde se realiza una actividad explicativa respecto al programa, comenzando con una dinámica de presentación, posteriormente la explicación correspondiente de los talleres, en qué consisten, cuantas sesiones son, el tiempo de duración del programa y de las sesiones, una vez realizada la presentación del programa, se da paso a las aclaraciones de dudas. A su vez se hace entrega de volantes con información necesaria de los talleres. Por otro lado, se negocian los días y horarios donde los clubes u organizaciones tienen mayor tiempo, para no entorpecer las actividades propias de ellos, y los horarios que la dupla profesional tiene disponible.

Las actividades realizadas se pueden dividir en tres partes: La primera corresponde a "Estimulación de Funciones Cognitivas", la segunda a "Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas" y la tercera a "Autocuidado y Estilos de Vida Saludable". En nuestra realidad, y como práctica innovadora, proponemos actividades que cumplen objetivos tanto a nivel cognitivo como motor en una misma actividad con duración de 90 minutos, todo esto basado en el fundamento de la "Terapia Dual", la que tiene múltiples beneficios en las personas mayores. Existen estudios como el que publica la Revista Española de Geriatría en el 2011 llamado "Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad, Memoria en Movimiento" en donde expresan que "(…) *Los programas combinados pueden aunar el entrenamiento cognitivo con un entrenamiento físico o con un entrenamiento psicomotor. Los trabajos efectuados al respecto demuestran que se obtienen mejores rendimientos cognitivos combinando el entrenamiento físico y cognitivo que aplicándolos por sí solos."*

Dentro de los componentes trabajados, se destacan los propuestos por la orientación técnica, pero además como profesionales de la salud, hemos agregado otros que complementan y especifican el trabajo, tales como:

Ejemplo de temáticas de Talleres del Mas

Componentes de Estimulación de funciones cognitivas	Componentes de Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas	Componentes de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable
Diferenciación de Memoria de Trabajo, Corto plazo y largo plazo	Equilibrio estático y dinámico	Educación en autocuidado de ayudas técnicas (prótesis dentales, anteojos, pastillero, entre otros)
Praxias ideomotoras, ideativas y visoconstructivas	Transiciones y giros	Tai Chi como estrategia de autocuidado
Esquema corporal: Espacio, tiempo y objeto	Funciones motoras finas, coordinación óculo-manual	Construyendo posa vasos con greda
Creatividad	Estimulación sensorio-motriz	

	Coordinación dinámica global
	Mejoría y/o Mantención de marcha

Fuente: Planificación anual talleres MAS

Con respecto al "Autocuidado y Estilos de Vida Saludable", los temas agregados han sido propuestos y escogidos a través de un diagnóstico participativo breve sobre sus intereses, al comienzo del taller.

Algunos de los ejemplos de actividades son:

- "Pelota musical", pelota con preguntas que cuando la música se detiene, tienen que ser respondidas (cognitivo-motor).
- "Representando las AVD" tarjetas con AVDI escondidas de la sala que cuando las encuentran deben ser representadas en orden en forma de sketch (cognitivo-motor).
- "Recetas innovadoras con PACAM" circuito motor de obstáculos que cuando llegan a la meta juegan al memorice con imágenes de recetas, el que encuentra el par debe contar al grupo ingredientes y preparación de la receta (autocuidado-motor).
- "Viviendo mi Sexualidad" comentar cuento "El pez frío" y luego circuito motor donde en la meta deben clasificar tarjetas entre mitos y realidades en torno a la sexualidad. Se finaliza con un collage sobre como vivencian la sexualidad desde el género.

Tabla N° 129: Distribución de Talleres por área temática, numero de sesiones y participantes. Agosto 2017 en la Comuna de La Florida

Establecimiento	Acumulado Enero – Agosto 2017	
COMUNA DE LA FLORIDA	Nº DE SESIONES	Nº DE PARTICIPANTES
ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES MOTORAS Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS	2158	35537
ESTIMULACION DE FUNCIONES COGNITIVA	1729	28542
AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	664	12636

Durante el año 2017, se han realizado 4572 sesiones, en las cuales el promedio de asistencia es de 13.2 personas, el Cesfam Villa O'Higgins tiene un promedio de asistentes de 20 y la dupla de Cesfam Santa Amalia de 18 personas por cada encuentro que se realiza en las sedes de la comunidad.
Durante los meses de Enero y Febrero de 2017 se llevó a cabo Talleres del Programa Mas en el Club Vive ,en sesiones diarias de 3 horas , en los cuales los adultos mayores realizaban actividad física , estimulación cognitiva y Autocuidado , participando un total de 359 personas de toda la comuna.

Ceremonia de finalización Talleres de Verano, Marzo 2017

7. Proyecciones 2018 ADULTO MAYOR

Tabla N° 130: Proyecciones 2018. Salud en el Adulto Mayor.

Promoción:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.
Promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	Realizacion de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años

Prevención:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)

Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).
Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m2)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.
Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.

Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.
Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A traves de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años
Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años

Tratamiento:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA

Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna apoblación adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años

Rehabilitación	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.

Atención Integral:	
OBJETIVO	**ACTIVIDAD**
tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar

Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4

TRANSVERSALES

METAS SANITARIAS E ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Metas Sanitarias 2016

Las metas sanitarias y las de mejoramiento de la atención, son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se debe considerar las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año.

Los ámbitos de las metas sanitarias son los siguientes:

- Recuperación del DSM
- Reducción de brecha del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.
- Aumento de cobertura de Alta odontológica Total en adolescentes de 12 años.
- Aumento de cobertura de Alta odontológica Total en Embarazadas.
- Aumento de Cobertura de Alta Odontológica en niños de 6 años.
- Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con diabetes Mellitus Tipo 2 controlada.
- Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con HTA controlada
- Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses.
- Consejos de Desarrollo de Salud con Plan ejecutado y Evaluado.
- Evaluación de Pie Diabético.
- Plan de trabajo participativo

El cumplimiento por CESFAM es el siguiente:

Tabla N° 131: cumplimiento de metas sanitarias por CESFAM, 2016.

CESFAM	Cumplimiento
Los castaños	96,14
Bellavista	94,37
Villa o'higgins	97,53
Los quillayes	98,15
Maffioletti	98,28
Santa amalia	94,14
Trinidad	95,35
Jose alvo	98,60
LA FLORIDA	95,78

Fuentes: DEIS MINSAL

Con los resultados expuestos previamente podemos ver que se han cumplido las metas sanitarias en todos los CESFAM de la comuna, ya que el corte para considerarlas como cumplidas, es un 90%, y todos superan el 94%. Esto refleja el compromiso constante de los equipos de salud en cumplir las metas, que implican mejorías en las coberturas de condiciones relevantes para la comunidad.

2. Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS) 2016

El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud para el año 2016, contemplaba tres componentes:

- Componente Actividad General
- Indicadores de cobertura de acciones preventivas
- Indicadores que evalúan oportunidad, accesibilidad y equidad
- Indicadores de resultados en procesos de intervención preventiva con enfoque de riesgo
- Indicadores de enfoque multidisciplinario, enfoque familiar
- Componente Actividad de Continuidad de Atención
- Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES).

Los Índices de Actividad de Atención Primaria IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas al financiamiento per-cápita ante los incumplimientos de metas pactadas para el año en curso, el mínimo exigido es el 90% para considerarse cumplido. En el caso de la Comuna de La Florida, los indicadores obtuvieron un cumplimiento global del 98,3%.

Tabla N° 132: IAAPS 2016.

Nº	COMPONENTES	META ANUAL	META A OCTUBRE	LOGRADO A OCTUBRE	% LOGRADO EN RELACION A META	IMPORTANCIA RELATIVA %	PTJE. PONDERADO COMUNAL
1	**Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años**	12,5%	12,5%	9,9%	79,3%	8	6,3
2	**Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años**	24,0%	24,0%	24,3%	101,3%	8	8
3	**Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en adultos de 65 y más años**	42,2%	42,2%	42,6%	101,1%	8	8

4	**Ingreso precoz a control de embarazo**	90,0%	90,0%	91,8%	102,0%	7	7
5	**Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total**	28,0%	28,0%	30,2%	107,9%	8	8
6	**Gestión de reclamos en atención primaria**	98,0%	98,0%	99,9%	102,0%	7	7
7	**Cobertura de atención de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años.**	59,4%	59,4%	64,7%	108,9%	8	8
8	**Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años.**	81,8%	81,8%	83,1%	101,6%	8	8
9	**Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control**	96,0%	96,0%	109,5%	114,0%	8	8
10	**Tasa de Visita domiciliaria Integral**	25,0%	25,0%	28,0%	112,1%	7	7
11	**Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más**	20,9%	20,9%	23,3%	111,4%	8	8
12	**Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.**	17,0%	17,0%	35,3%	207,9%	8	8
13	**Cobertura de Control de salud Integral de Adolescentes de 10 a 14 años.**	13,0%	13,0%	15,4%	118,2%	7	7
TOTAL						100	98,3

COMUDEF

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO GARANTIAS GES AÑO 2016 Y PRIMER SEMESTRE 2017

El Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley Nº18.469. Este contiene además, las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El año 2016 entró en vigencia el Decreto N° 3 que ratifica los 80 problemas de salud del Decreto N° 4, solo mejorando canastas y garantías en algunos problemas de salud. Este Decreto es modificado a través del N° 22 del 2017 que Incluye mejoras para 10 problemas de Salud, beneficiando a más de 70 mil personas.
La APS (junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios) son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda.
En este contexto, para la Red Asistencial, son procesos especialmente importantes: la sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica.
Durante el presente año, se produjo por parte de la Subsecretaria de Redes Asistenciales a través del Ordinario 3396, un cambio en la nomenclatura de garantías en el contexto de garantías del Régimen de Garantías Explícitas, entre las cuales se incluyen las causales de excepción y las Garantías Cerradas.

1. Garantías Cerradas

Este monitoreo permite determinar todas las garantías que se realizaron dentro y fuera de plazo, que resultan en un cierre de la garantía correspondiente:
Garantía Cerrada dentro del plazo: garantía en la cual existe dentro del periodo garantizado, una prestación asociada al cumplimiento de esa garantía de oportunidad. Denominada anteriormente cumplida.
Cerrada realizada fuera de plazo: en la cual existe fuera del periodo garantizado, una prestación asociada al cumplimiento de esa garantía de oportunidad. Denominada anteriormente incumplida con hito.
Cerrada exceptuada: garantía asociada a la existencia de una condición imputable al beneficiario, que no hace posible otorgar dicha garantía dentro del plazo máximo establecido, ya sea por indicación médica definitiva, por rechazo del prestador o del tratamiento o por contacto no corresponde.
Cerrada retrasada: garantía que no se otorgó dentro del plazo máximo garantizado y es cerrada por un documento de cierre de GO, por las causales: indicación médica definitiva, rechazo del prestador designado o rechazo del tratamiento.
Cerrada retrasada por cierre de caso: garantía que no se otorgó dentro del plazo máximo establecido, sin haber recibido la prestación que debía cumplir dicha GO y se cierra el caso del beneficiario por alguna de las causales: fallecimiento, cambio de previsión, término del tratamiento, no cumple criterios de inclusión, cumple criterios de exclusión o inasistencia.

Tabla N° 133: Garantías Cerradas desde año 2014 a la fecha a nivel Comunal.

	Garantías						
Año	**Cumplida**	**% Cumplidas**	**Exceptuada**	**% Exceptuadas**	**Incumplidas con Hito**	**% Incumplidas con Hito**	**Total general**
2014	47.247	94,25%	2.621	5,23%	259	0,52%	50.127
2015	43.087	94,15%	2.348	5,13%	331	0,72%	45.766
2016	39.414	94,40%	2.036	4,88%	304	0,73%	41.754
2017	18.510	94,60%	954	4,88%	103	0,53%	19.567

Fuente: SIGGES.

En la Tabla N° 133 podemos observar que al analizar el total de garantías cerradas desde el año 2014 a la fecha, el porcentaje de garantías cumplidas se ha mantenido en torno al 94%. En relación a las garantías exceptuadas, han ido disminuyendo progresivamente hasta estabilizarse en un 4.88%, valor que se encuentra dentro del rango acordado con el Servicio de Salud que es un 5%. Estos datos muestran el compromiso de los equipos de los distintos Centros de Salud Familiar para dar cumplimiento a la normativa vigente del GES.

Tabla N° 134: Garantías Cerradas por CESFAM desde el año 2014 a la fecha por CESFAM.

CESFAM	**Cumplidas**				**Exceptuadas**				**Incumplidas con Hito**			
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2014**	**2015**	**2016**	**20,17**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Bellavista	93,16%	94,17%	88,06%	88,54%	6,72%	5,49%	11,22%	10,79%	0,12%	0,34%	0,73%	0,67%
Fernando Maffioletti	93,86%	90,38%	93,73%	93,79%	5,31%	8,36%	5,63%	5,73%	0,83%	1,25%	0,64%	0,47%
Jose Alvo	96,49%	95,83%	95,45%	96,52%	3,32%	3,91%	4,40%	3,35%	0,20%	0,26%	0,15%	0,13%
La Florida	90,94%	92,99%	94,07%	94,59%	8,09%	5,85%	4,38%	4,77%	0,98%	1,17%	1,55%	0,64%
Los Castaños	96,29%	97,24%	97,87%	97,85%	3,18%	2,40%	1,64%	1,41%	0,53%	0,36%	0,49%	0,73%
Los Quillayes	94,89%	94,25%	92,89%	94,12%	4,91%	5,26%	6,52%	5,54%	0,19%	0,49%	0,59%	0,34%
Santa Amalia	95,54%	95,17%	96,69%	97,73%	3,39%	3,36%	2,32%	1,61%	1,07%	1,47%	0,98%	0,66%
Trinidad	92,07%	91,23%	96,56%	96,84%	7,76%	8,34%	2,98%	2,48%	0,17%	0,43%	0,46%	0,68%
Villa O'Higgins	94,06%	95,15%	96,26%	95,23%	5,76%	4,68%	3,07%	4,38%	0,18%	0,16%	0,67%	0,39%
COSAM	97,14%	96,98%			0,00%	0,00%			2,86%	3,02%		
Total general	94,25%	94,15%	94,40%	94,60%	5,23%	5,13%	4,88%	4,88%	0,52%	0,72%	0,73%	0,53%

Fuente: SIGGES.

Al profundizar el análisis de las garantías cerradas y realizarlo por Centro de Salud, se puede observar que durante el año 2016 y Primer semestre del 2017, solo 4 CESFAM tienen menos del 95% del total de sus garantías cerradas como cumplidas entre los que se encuentran: Bellavista, Maffioletti, La Florida y Los Quillayes.
Esta disminución de garantías cumplidas es producto de un aumento en el porcentaje de garantías exceptuadas, siendo el CESFAM Bellavista el que tiene el mayor porcentaje con un 11.22% y 10.79% respectivamente, sin embargo, este resultado puede ser explicado por el gráfico siguiente.

Tabla N° 135: Principales problemas de Salud exceptuados en los establecimientos con más de 5% de garantías exceptuadas durante los años 2016 y 2017.

Problema de Salud 2016	Bellavista	Maffioletti	Los Quillayes	Total general
Hipertensión Arterial	199	109	165	473
Diabetes Mellitus Tipo 2	54	110	248	412
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	98	14	16	128
Asma Bronquial 15 Años y Más	60	12	14	86
Displasia Luxante de Caderas	9	1	48	58
Salud Oral Integral de la Embarazada	39	2	5	46
Neumonía	11	1		12
Asma Bronquial	7	3	1	11
Colecistectomía Preventiva	2		2	4
Cáncer Cervicouterino		1	1	2
Salud Oral Adulto		1		1
Problema de Salud 2017	**Bellavista**	**Maffioletti**	**Los Quillayes**	**Total general**
Hipertensión Arterial	98	62	97	257
Diabetes Mellitus Tipo 2	30	44	60	134
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	47	6	4	57
Asma Bronquial 15 Años y Más	40	3	8	51
Salud Oral Integral de la Embarazada	34	1	4	39
Ortesis	26			26
Displasia Luxante de Caderas	3		18	21
Colecistectomía Preventiva	10		2	12
Neumonía	1	3		4
Asma Bronquial	1		2	3
Enfermedad de Parkinson	1	1		2
Salud Oral Adulto		1		1

Fuente: SIGGES

En las tablas anteriores se puede observar que en los establecimientos que tienen más del 5% del total de sus garantías cerradas como exceptuadas, los problemas de salud que más contribuyen con excepciones son Hipertensión Arterial Esencial Primaria y Diabetes Mellitus Tipo 2. Es importante hacer el alcance que si bien Bellavista es el establecimiento con mayor porcentaje de garantías exceptuadas, estas se ven incrementadas por los siguientes motivos:

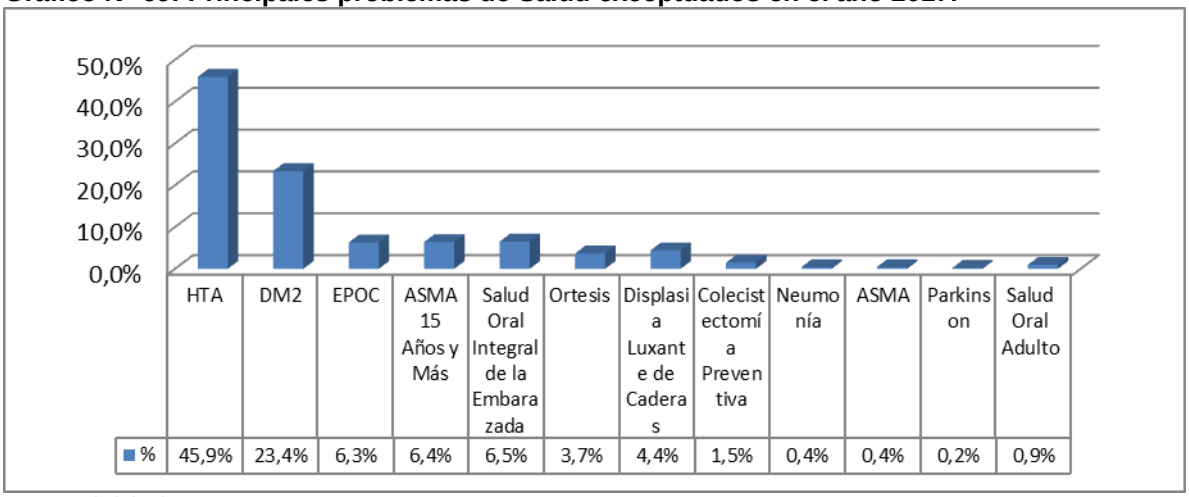
Son el CESFAM que más sospechan problemas de Salud como ASMA y EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), que tienen una garantía breve de 20 días para el diagnóstico.

Están participando de un piloto de entrega de Ortesis en APS, generando excepciones que otros establecimientos no tienen.

2. Garantías Exceptuadas

Al realizar un análisis más profundo de las garantías exceptuadas durante el año 2017, podemos observar que al igual que en aquellos establecimientos que tienen más del 5% de sus garantías exceptuadas, los principales problemas de salud que contribuyen a las excepciones de garantías se mantienen estables en todos los establecimientos de la Comuna y son: Hipertensión Arterial (45.9%), Diabetes Mellitus tipo 2 (23.4%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (6.3%), ASMA 15 años y más (6.4%) y Salud Oral de la embarazada (6.5%). Estos datos se encuentran disponibles en los siguientes Gráficos.

Gráfico N° 69: Principales problemas de Salud exceptuados en el año 2017.



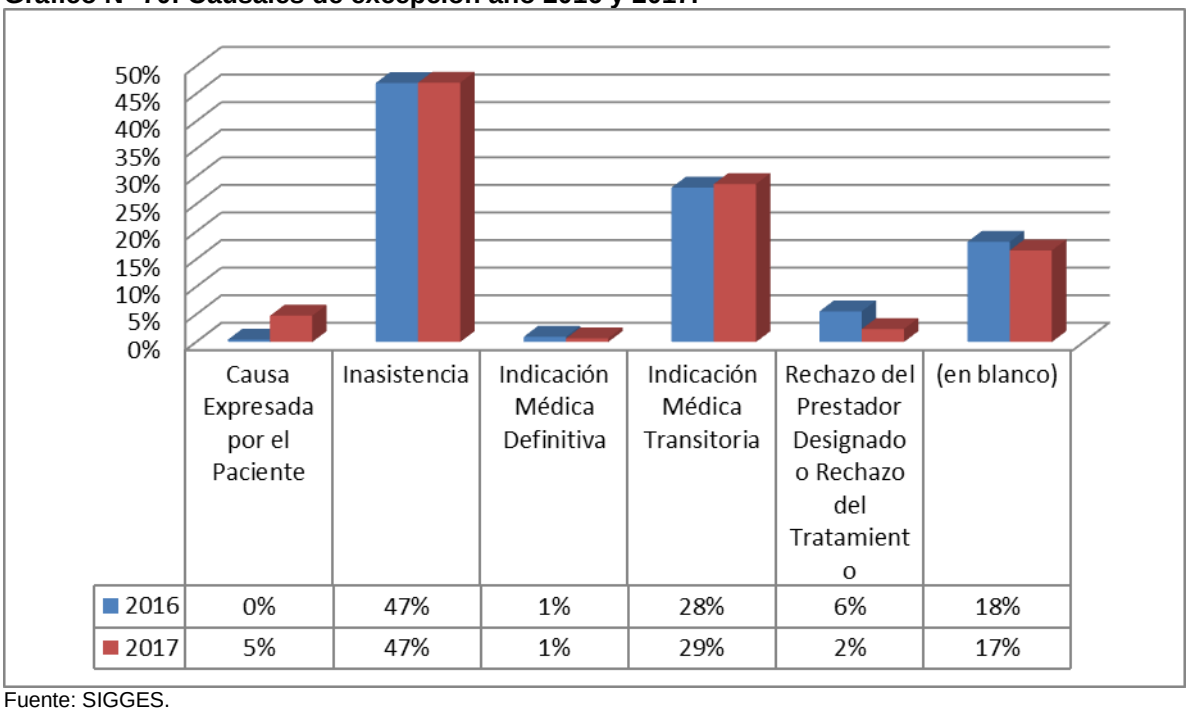
	HTA	DM2	EPOC	ASMA 15 Años y Más	Salud Oral Integral de la Embarazada	Ortesis	Displasia Luxante de Caderas	Colecistectomía Preventiva	Neumonía	ASMA	Parkinson	Salud Oral Adulto
%	45,9%	23,4%	6,3%	6,4%	6,5%	3,7%	4,4%	1,5%	0,4%	0,4%	0,2%	0,9%

Fuente: SIGGES.

Causales de Excepción

Al analizar las principales causales de excepción durante el año 2016 y primer semestre del 2017, se puede apreciar en el siguiente gráfico que corresponden a la causal de inasistencia que se ha mantenido en un 47%, seguida de la Indicación Médica Transitoria (28% y 29%) y en tercer lugar por una causal en blanco (18% y 17%). Esta última causal aparece por un error de la plataforma SIGGES, ya que no debiesen existir excepciones sin una causal seleccionada.

Gráfico N° 70: Causales de excepción año 2016 y 2017.



	Causa Expresada por el Paciente	Inasistencia	Indicación Médica Definitiva	Indicación Médica Transitoria	Rechazo del Prestador Designado o Rechazo del Tratamiento	(en blanco)
2016	0%	47%	1%	28%	6%	18%
2017	5%	47%	1%	29%	2%	17%

Fuente: SIGGES.

Dentro de los desafíos que se presentan para el año 2018 se encuentran:

- Realizar las gestiones necesarias para cumplir con los periodos garantizados para los problemas de Salud en los cuales las prestaciones corresponde entregar a la atención primaria de Salud.
- Buscar las estrategias Comunales para cumplir con el compromiso con el SSMSO de tener como máximo un 5% de garantías exceptuadas.
- Continuar trabajando en el registro en la ficha electrónica de los rescates realizados para respaldar los cierres y excepciones por la causal de inasistencia y cumplir con los nuevos cambios en las normativas asociadas a las garantías en salud.
- Perfeccionar el piloto de entrega de órtesis en Atención Primaria en los Centros que lo llevan a cabo, ya que permite facilitar la entrega de estas a los usuarios que lo requieren y nos permite fortalecer la coordinación en del trabajo en Red con el Hospital de la Florida.

COMUDEF

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

Las vacunas son consideradas esenciales para proteger a la comunidad de enfermedades transmisibles. Por eso, el Estado de Chile dispone de un Plan Nacional de Inmunización que cubre la mayoría de las enfermedades transmisibles susceptibles de ser prevenidas con vacunas.
La importancia que tiene para la comunidad la vacunación obligatoria, radica en que, es una de las principales herramientas con las que cuenta la salud pública para disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades que son transmisibles.

La infancia es, sin lugar a dudas, uno de los momentos más importantes de la vida de un ser humano, donde también estamos expuestos a una gran cantidad de enfermedades. A través de las vacunas nos protegemos de enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, hepatitis, paperas, tuberculosis y otras tantas que, durante los primeros años de vida, representan un riesgo para la salud.

En el caso del calendario 2016, se contempla la inmunización para niños y también para adultos contra un total de quince enfermedades.

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) contempla todas aquellas vacunas obligatorias desde el momento del nacimiento hasta la edad en que los menores cursan octavo año de escolaridad básica, la vacunación de los grupos de riesgo contra influenza y la vacunación del adulto mayor.

Tabla N° 136: Calendario Nacional de Vacunación 2016

CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2016

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por *M. tuberculosis*
2 y 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio*	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuros)	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
12 Meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *N. meningitidis*
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A**	Hepatitis A
Adultos de 65 años y más	Neumocócica polisacárida	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4° Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano***
5° Básico	VPH (segunda dosis)****	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8° Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

* Se reemplazará la dosis de Polio Oral de los 2 meses por Polio Inyectable.
** Sólo para la Región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Biobío.
*** Cáncer cervicouterino, verrugas genitales y otras enfermedades asociadas a VPH.
**** Durante 2016 se administrará la segunda dosis de VPH a niñas que cursan 7° y 8° básico.

LLAME A SALUD RESPONDE
600·360·7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

vacunas.minsal.cl

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Fuente: MINSAL.

Tabla N° 137: Cobertura Vacunas Programáticas Recién nacido, 2, 4, 6 y 18 meses año 2016

BCG		
Recién Nacido	Población	Cobertura
5,073	4,926	103%

Pentavalente y Hexavalente		
2 Meses		
1º Dosis	Población	Cobertura
4,942	4,926	100%
4 Meses		
2º Dosis	Población	Cobertura
4,887	4,926	99%
6 Meses		
3 º Dosis	Población	Cobertura
4,889	4,926	99%
18 Meses		
1er Refuerzo	Población	Cobertura
4,578	4,985	92%

Polio y Hexavalente		
2 Meses		
1º Dosis	Población	Cobertura
4,959	4,926	101%
4 Meses		
2º Dosis	Población	Cobertura
4,893	4,926	99%
6 Meses		
3 º Dosis	Población	Cobertura
4,891	4,926	99%
18 Meses		
1er Refuerzo	Población	Cobertura
4,552	4,985	91%

Fuente: Deis.

La inmunización en los establecimientos educacionales de la Comuna de la Florida, Municipales, Subvencionados y Particulares, cada año es un desafío para los equipos locales de coordinación y de movilización de recurso humano en terreno por más de sesenta días. Una de las vacunas que representan un mayor desafío para su administración es la vacuna VPH. A continuación se muestra la cobertura obtenida en los distintos grupos etários en la comuna de La Florida.

Tabla N° 138: Cobertura Vacunas VPH 2016.

VPH		
4º Básico	Población	Cobertura
1,852	2,610	71%
5º Básico	Población	Cobertura
1,956	2,612	75%
7º Básico	Población	Cobertura
1,895	2,770	68%
8º Básico	Población	Cobertura
1,790	2,723	66%

Fuente: Deis

La inmunización contra la influenza representa una de las campanas más grandes en cuanto a movilización de recurso humano y tiempo de duración. Cada uno de los 9 CESFAM de la comuna realiza diversas estrategias para conseguir inmunizar a los distintos grupos objetivos establecidos por el MINSAL.

Vacuna Neumocócica Polisacárida en el Adulto Mayor

	NEUMO Polisacárida		
	1° Dosis	2° Dosis	1er refuerzo, 1
	NEUMO1D	NEUMO2D	NEUMO1R
Dosis Adminsitradas	4900	4814	4698

	NEUMO1D	NEUMO2D	NEUMO1R
La Florida	103,8%	102,2%	100,4%

Vacunación Escolar año 2017 Comuna de La Florida

Niñas		Niñas y Niños		SRP	dTpa		VPH		SRP	dTpa		VPH		VPH
4º básico	5º básico	1º básico	8º básico	1º básico	1º básico	8º básico	4º básico	5º básico	1º básico	1º básico	8º básico	4º básico	5º básico	RECHAZOS
2773	2.607	6.182	5.521	3.580	4.007	3.211	1636	1391	57,91%	64,82%	58,16%	59,00%	53,36%	197

Tabla N° 139: Vacunación Influenza 2016

TOTAL GENERAL		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
90,089	71,716	79.60
Niños de 6 meses a 5 años de edad		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
27,315	21,151	77.43
Mayores de 65 años y más		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
32,547	22,875	70.28
Embarazadas, a partir de la 13ª semana de gestación		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
2,453	1,268	51.69
Enfermos crónicos de 6 a 64 años de edad		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
17,250	17,680	102.49
Personal de salud Privado		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
866	1,011	116.74
Personal de salud Público		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
2,687	2,511	93.44
Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo		
Pob. Grupo Objetivo	Vacunas Adm.	% Avance
7	6	85.71

Fuente: Deis

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

1. Promoción de Salud

En Ottawa, Canadá, en 1986 se celebró la Primera Conferencia internacional de la Promoción de la salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Durante esta conferencia se llega a una definición consensuada de promoción de salud que tiene relación con: “El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.

Promoción de la Salud contempla más que la entrega de contenidos el incorporar el fortalecimiento de habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el propósito de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad.

Promoción de salud es entendida también como el proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida son responsables de gran parte de la morbimortalidad y del déficit en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud que aborda no solamente la transmisión de la información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, que influyen en la salud, sino también lo que refiere a los factores de riesgo, y comportamiento de riesgo, además del adecuado uso del sistema de estructura sanitaria.

“Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras. Transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida” (OMS, 2012).

La mayor parte de la problemática de salud que da cuenta de la carga de enfermedad actual está asociada a la conducta de las personas. Por ello el desafío principal de los equipos de salud debe estar en orientar su acción hacia la modificación de conductas que afectan a la salud de las personas, interviniendo en los estilos de vida tanto en el contexto individual como en el familiar, social y comunitario.

Durante el 2015 y el primer semestre del 2016 se ha mantenido fuertemente el trabajo continuo en temáticas como alimentación saludable, actividad física, ambientes libres del humo del tabaco y estrategias para una comuna saludable.

Las siguientes son las acciones realizadas en las Ferias de Salud: Estas tienen un Enfoque desde la Promoción de la Salud, si bien se realiza toma de presión, medición talla y peso, para obtener índice de masa corporal, su principal objetivo es de carácter educativo e informativo, para ello se despliega una serie de recursos humanos desde los CESFAM que utilizan espacios públicos para el desarrollo de estas.

Educación de higiene bucal niños
Educación de higiene bucal adultos.
Consulta de salud sexual y reproductiva realizada por matrona
Información general de alimentación saludable.
Información general de salud.

Tabla N° 140: Total de Operativos y Ferias de Salud realizadas durante el 2015, 2016 y 2017.

AÑO	2015		2016		2017	
CESFAM	Actividades	Total Participantes	Actividades	Total Participantes	Actividades	Total Participantes
José Alvo	17	380	9	626	4	158
Los Quillayes	18	1022	17	640	4	250
Maffioletti	9	317	1	60	1	100
Bellavista	16	1060	3	150	4	395
Santa Amalia	18	414	13	357	4	280
La Florida	24	2422	6	422	6	320
Los Castaños	12	599	18	613	16	640
Trinidad	7	650	2	155	3	210
Villa O'Higgins	19	1125	18	415	19	655

Fuente: Unidad Técnica COMUDEF

Dentro de las estrategias en Promoción de Salud, existe la denominada "Municipios saludables" que constituye un ejemplo de enfoque multidimensional de la problemática de salud. Sus objetivos son mejorar las condiciones de salud en las poblaciones más vulnerables e impulsar la sostenibilidad de programas que se ejecutan en un municipio. La estrategia responde a un enfoque del desarrollo local, que involucra a la población en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de los programas. (CEPAL, Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2005)

En este sentido, la municipalidad de La Florida realiza, constantemente Operativos en los territorios de la comuna, donde se despliegan todos los dispositivos municipales, incluidos Salud y Educación, es decir, se lleva al territorio todas las prestaciones a la comunidad.

Esta gran actividad es denominada “Fiestas Familiares”, acción que busca promover el uso de los espacios públicos, generar acercamiento entre los vecinos, llevar los servicios municipales a los territorios y realizar actividades recreativas para los niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores de la comuna. Dentro de esta estrategia, el área de salud participó activamente con los operativos de salud contando con la instalación de un stand permanente dirigido a la comunidad., esto permitió entregar información general sobre las acciones de salud.

Las siguientes son las prestaciones realizadas en los Operativos de Salud:

- Medición peso.
- Medición Talla.
- Medición presión.
- Glicemia.

Tabla N° 141: Fiestas Familiares Municipales.

FIESTAS FAMILIARES 2017				
Nº	Unid.Vecinal	Lugar	Fecha	Hora
1	12	Las Gardenias	viernes, 15 de septiembre de 2017	16:00 A 21:30
2	11	Sta. Raquel	sábado, 16 de septiembre de 2017	16:00 A 21:30
3	23	Chacon Zamora	domingo, 17 de septiembre de 2017	16:00 A 21:30
4	8	Lía Aguirre	lunes, 18 de septiembre de 2017	16:00 A 21:30
6	16	México	sábado, 07 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
5	1	Parque Rojas Magallanes	domingo, 08 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
7	5	Enrique Olivares	sábado, 14 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
8	20	Santa Cecilia	sábado, 21 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
9	36	Los Nogales	domingo, 22 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
10	18	Colombia	sábado, 28 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
11	13	San José Estrella	domingo, 29 de octubre de 2017	16:00 A 21:30
12	24	Parque Frei	sábado, 04 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30
13	31	María Elena	sábado, 11 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30
14	27 Y 20	Vic. Mackenna Pte.	domingo, 12 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30
15	24	Parque Frei	viernes, 10 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30
16	24	Parque Frei	sábado, 11 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30
17	24	Parque Frei	domingo, 12 de noviembre de 2017	16:00 A 21:30

Plan Comunal de Promoción:

En el marco de las políticas y prioridades de salud que reconocen la influencia de los estilos de vida y del entorno en la salud de las comunidades, y considerando que la Promoción de Salud es una función esencial de salud pública, los municipios implementan estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud, en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables y con la estrategia nacional de salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

El Ministerio de Salud ha elaborado el programa de Promoción de la Salud, en el que se enmarca la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, cuyo objetivo es fortalecer el rol del Municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población en conjunto con la comunidad e intersector. Apunta a identificar las causas de los problemas de salud en los territorios, con metodologías ajustadas para trabajar con una visión territorial, pertinente, participativa, integral, sectorial e intersectorial, sobre las inequidades e instalar un plan estratégico en el espacio local, con un modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Dicho Plan estratégico, que se constituye como el instrumento de gestión de la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, busca implementar, entre otras medidas, la generación de políticas locales que promuevan la creación de entornos saludables para incentivar la práctica de actividad física y la alimentación saludable. En este contexto la SEREMI de Salud y la Municipalidad de La Florida han adquirido el compromiso de ejecutar un Plan Trienal de Promoción en la Comuna que abarca los años 2016 al 2018 en concordancia con la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables.

En la Comuna de La Florida, para lograr una planificación estratégica y participativa del proceso de instaurar un Plan Comunal de Promoción, se realiza un análisis de las siguientes instancias participativas:

- Diagnósticos Participativos CESFAM
- Diagnostico Consultora CADO
- Dialogo Ciudadano Plan de Salud 2015

En estas jornadas, la comunidad ha reflexionado acerca de los problemas de salud que los aquejan, a modo de establecer relaciones comparativas entre los distintos diagnósticos para así dilucidar los flujos y cambios de las problemáticas. Cabe mencionar, que fueron considerados sólo los problemas que tengan que ver con el enfoque de promoción de Salud y determinantes sociales, entendiendo que es esa la reflexión que nos convoca para gestionar estratégicamente un Plan Comunal.

De acuerdo a los resultados de estos diagnósticos participativos de la Comuna de la Florida, la comunidad destaca la importancia de los estilos de vida para la salud. De esta manera, las problemáticas que se repiten tienen estrecha relación con hábitos saludables que deben ser internalizados en la infancia y adolescencia. Lo anterior se relaciona que en la etapa adulta y adulta mayor se desencadenan enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y los problemas cardiovasculares. Desencadenado en la necesidad de aumento de horas médicas para el tratamiento de enfermedades crónicas descompensadas y problemas relacionados con la atención y acceso a CESFAM y Hospital de la Red. Por otro lado, pero en la misma línea de los malos hábitos se identifican como problemas la mala alimentación, el consumo de tabaco y el consumo de drogas y alcohol como problemáticas de peso que afectan a la población de la comuna.

Considerando el análisis de todos los aspectos y trabajos participativos que se han realizado, a partir del siguiente cuadro resumen podemos dilucidar que la problemática planteada por nuestra comunidad tiene que ver con hábitos poco saludables de la población, lo que implica mala alimentación, hábitos no saludables, consumo de drogas y alcohol y baja participación social en los ámbitos de salud.

Por lo tanto, el problema a trabajar e intervenir por el Plan Trienal de Promoción es:
"Prevalencia de estilos de vida poco saludables que inciden como factores de riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisible."

Tabla N° 142: Actividades Programadas para Trienio 2016 – 2018 en Promoción Comunal.

Diagnostico Participativo CADO
Altos niveles de tráfico y consumo de drogas y alcohol
Malas condiciones de envejecimiento en la población
Malos hábitos alimenticios en la población
Bajos niveles de educación sexual

Tabla N° 143: Actividades Plan Comunal de Promoción para el Trienio 2016-2018

Resultado esperado	Actividad (Intervención/bienes o servicios)	Descripción de la actividad	Población objetivo (Beneficiarios de la actividad/ intervención)
Población conoce y practica los beneficios de la actividad física	Actividad Física en Plazas Activas	Utilización de Plazas Activas con la comunidad del sector, con un profesor que guía las actividades	Adultos entre 20 y más años
	Evento Comunal Deportivo	Corrida Familiar, Ferias de Salud, Zumbaton, etc., que incluya la participación de la comunidad	Todos los interesados en participar
	Actividad Física en Sedes Sociales	Utilización de las Sedes Vecinales para realizar actividad física para toda la población del sector	Adultos entre 20 y más años
	Actividad Física Autocuidado Funcionarios de Salud	Incorporar Profesor de Actividad física en los autocuidados de los funcionarios de los CESFAM de la Comuna	Funcionarios de SALUD
Población conoce los beneficios de una sana alimentación	Dialogo Ciudadano Ley 20606	Discusión comunal sobre la implementación de la Ley 20606	Colegios, Centros de Padres, Funcionarios de Salud, Población General
	Intervenciones en Salas de Espera CESFAM	Entrega de folletería alusiva a la temática de alimentación saludable y demostración guiadas por nutricionistas y alumnos en práctica de nutrición	Usuarios CESFAM

	Charlas en colegios y juntas vecinales	Charlas educativas en Colegios y Juntas vecinales guiadas por una nutricionista entregando pautas alimenticias y orientaciones nutricionales a los requirentes	Comunidad Educativa y Población General
Participación Activa de la Comunidad en actividades de Salud	Trabajo con Quioscos Establecimientos Educacionales	Charlas Informativas durante junio del año 2016, sobre la aplicación de la Ley 20606. Entregando y formando herramientas de solvencia para el desarrollo de su quehacer diario.	Concesionarios de Quioscos colegios Municipales Comunidades Escolares
	Mesa Comunal de Promoción	Invitar a los diferentes actores de los dispositivos municipales y trabajar en una mesa comunal los temas de promoción de salud e incentivar la aplicación de salud en todas las políticas	Población de la Comuna de la Florida
	Ordenanza o Regulación Municipal	A partir del trabajo con la Mesa Comunal de Promoción se espera incentivar la generación de políticas comunales en esta temática, presentado propuesta a la Autoridad Local para la generación de Ordenanzas o Regulaciones Municipales.	Población de la Comuna de la Florida
	Colegios Promotores de Salud	Durante el 2016 realizar Abogacía y presentación de los lineamientos de Promoción de Salud, con los Colegios y autoridades Educacionales para incentivar la implementación de Escuelas Promotoras de Salud.	Comunidad Educativa
	Participación en Redes Intersectoriales	Realizar un plan de manejo con el intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de la población inscrita en los CESFAM de la Comuna	Población de la Comuna de la Florida
	Compromiso Intersectorial	A través de los planes de manejo y la mesa de promoción de salud se espera generar compromisos institucionales con el intersector que participa en las actividades de la Mesa	Población de la Comuna de la Florida
	Mesas Territoriales de Promoción	Trabajar territorialmente con las comunidades de cada CESFAM de la comuna en temáticas de salud y promoción	Población de la Comuna de la Florida

	Huertos Comunitarios Educativos	Desde la perspectiva de participación se invita a las comunidades mapuches a realizar huertos comunitarios con enfoque de medicina y cosmovisión mapuche para la comunidad general	Comunidades Mapuches y usuarios CESFAM
	Diagnósticos participativos con Adolescentes	Realizar en los diferentes colegios de la comuna que le corresponda a un territorio del CESAM, un diagnostico participativo para conocer las necesidades y problemáticas de salud de los adolescentes	Adolescentes entre 10 y 19 años
Niños y Adolescentes participan activamente en actividades Lúdicas y Recreativas	Circo Itinerante para adolescentes	Dar a conocer e incentivar la práctica de las disciplinas Circenses, a través de las técnicas de Acrobacia y Malabarismo desarrollando habilidades artísticas, físicas y sociales, en los participantes	Adolescentes entre 12 y 19 años
	Fiesta de la Primavera	Realizar carnaval comunal con iniciativas de Colegios de la Comuna entorno a estilos de vida saludable con la participación actividad de las comunidades escolares	Adolescentes entre 12 y 19 años
	Olimpiadas Jardines Infantiles	Realizar olimpiadas comunales con iniciativas de los Jardines Infantiles de la Comuna entorno a estilos de vida saludable y actividad física con la participación activa de las comunidades prescolares	Niños y Niñas entre 3 y 5 años
	Concurso Obras Colectivas	Incentivar la participación de los jardines Infantiles en la creación de obras de libre elección con el propósito del trabajo en aula en temáticas de estilos de vida saludable	Niños y Niñas entre 3 y 5 años
	Encuentro Espacios Amigables	Realizar encuentro con los adolescentes que participan activamente en los controles de los Espacios Amigables de los CESFAM de la Comuna, interaccionando entre sus habilidades sociales y artísticas como una demostración a la comunidad.	Adolescentes entre 10 y 19 años

1.1. Proyecciones 2018

Tabla N° 144: Proyecciones 2018. Promoción.

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD
Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable
	Realizar eventos masivos en actividad física
	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral
	Promulgación de la Ordenanza Municipal
	Consolidación de la Mesa Intersectorial de Promoción de la Salud

2. Participación Social

En la década de los 90, en el área de salud, se desarrollaron diversas declaraciones y normativas que han sustentado la generación de políticas públicas orientadas a la participación ciudadana, esto ha permitido un avance en el desarrollo de las comunidades, con capacidad de interlocución, cada vez con más poder para ejercer el control social en salud y avanzar en el ejercicio de sus derechos.

En el año 2011 tras la promulgación de la Ley 20.500, se generar trabajo directo con asociaciones y participación en la gestión pública, cuerpo legal que regula las organizaciones ciudadanas y entrega directrices sobre la participación social. Durante el mismo año se dicta la Norma N° 712 de participación ciudadana en el Ministerio de Salud, la cual da indicaciones dirigidas específicamente a la salud pública. En este periodo también se promulgan las Leyes 20.584, de Derechos y deberes de las personas en salud, y la 20.730 que regula el lobby y las Gestiones de Interés Particulares. Ambas leyes se articulan con el trabajo que instituciones públicas de salud y comunidades realizan en cuanto a participación Social.

En el año 2015 se dicta la Norma N° 31 de participación ciudadana en la gestión pública de salud, en concordancia con la agenda pro Participación Ciudadana 2014-2018. Esta Norma sectorial reformula y define el marco de participación ciudadana en la gestión pública de salud, que busca asegurar, de manera más amplia, el ejercicio de derechos ciudadanos y el fortalecimiento de mecanismos de participación social.

Es por ello que la participación social en la comuna de La Florida se fundamenta en una Estrategia Nacional con lineamientos Ministeriales de Salud, basados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el cumplimiento de la Meta 7 y Pauta MAIS.

Es por ello que desde el año 2016 se realizan en cada uno de los CESFAM de la Comuna el Plan de Participación Social 2016-2018. Este tiene como objetivo realizar un solo Plan de acción que integre la mirada y participación comunitaria a través de los Comités de Usuarios y tres nuevas

organizaciones sociales. Este último con la finalidad de expandir los canales de participación local e incorporar otras visiones a nivel territorial. (ver anexo 2).

Mecanismos De Participación:

Los mecanismos de participación que se consideran en el quehacer de los Centros de Salud Familiar de la comuna son:

- Consejos de Usuarios (CDU)
- Diagnósticos Participativo
- Cuenta Pública Participativa
- Diálogos Ciudadanos
- Acceso a la información pública a través de las solicitudes en la OIRS (Ley 20.285)
- Sistema integral de atención ciudadana (Solicitudes ciudadanas, teléfono, OIRS, mail, entre otros)

a) Los Consejos de Usuarios (CDU):
Los Consejos de Usuarios, son "Organismos asesores a la dirección de hospitales y CESFAM representados por los usuarios, de la comunidad local y del personal de salud, en la perspectiva de ejercer un control social sobre la gestión de salud".

Objetivos:
Colaborar en el diagnóstico de salud de la población.
Ser un canal activo de información entre los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento del establecimiento. (programas, sistemas de atención, problemas u otros)
Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención y satisfacción usuaria.
Participar en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.
Impulsar acciones de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad.
Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.
Contribuir al compromiso de los ciudadanos con el fortalecimiento del Servicio Público de Salud, la promoción de la salud y el desarrollo local.

b) Diagnósticos Participativos:
"El diagnóstico participativo de la situación de salud, es el proceso que permite identificar y explicar que elementos de una realidad social generan problemas e inequidades en salud a una población determinada, sea esta un territorio o localidad acotada (…) o la comuna en general. Es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los actores o instituciones de un territorio (…). Permite obtener información útil, para visualizar las áreas de mayor interés de la población y observar las responsabilidades en la situación diagnosticada" (MINSAL 2008).

c) Cuenta Pública Participativa:
Instancias donde los órganos del sistema rinden cuenta anual de su gestión a la ciudadanía. Se espera que los contenidos y el formato sean definidos en conjunto con la comunidad. Destacar que este proceso es de responsabilidad de los/as directores/as de establecimientos, quienes deben liderarlo.

Las Cuentas Públicas Participativas se realizan durante el mes de abril de cada año en los Centros de Salud Familiar de La Florida.

d) Diálogos y Consultas Ciudadanas*:*
Los diálogos y consultas ciudadanas se realizan en relación a ofertas programáticas, temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nuevas tecnologías, entre otros. Se esperan relaciones de carácter vinculante, para asegurar la capacidad de incidencia en la toma de decisiones.

La comuna de La Florida realiza dialogo ciudadano todos los años, en el proceso de la planificación de los planes de salud anuales, en él se convoca a la comunidad, funcionarios de salud, y otras redes institucionales dentro de la comuna, que aporten tanto a la reflexión, como a la proyección de políticas locales y comunales por ciclo vital.

e) Acceso a la Información Pública:
Las instituciones deben asegurar el acceso a la información pública en función de lo señalado en la Constitución Política y en la Ley 20.285 sobre Acceso a la Información Pública. De acuerdo a lo anterior, en la página web de la Corporación Municipal de la Florida se encuentra publicada la información. www.COMUDEF.cl

f) Sistema Integral de Atención Ciudadana:
El sector salud debe mantener un sistema de atención ciudadana que integre los distintos puntos de contacto de la población (presenciales, virtuales, telefónico, etc.), bajo el enfoque de ventanilla única. Este sistema vela por la adecuada recepción y derivación de las solicitudes ciudadanas.

La Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (OIRS) es una instancia de participación social, de interacción y comunicación con la institución, que facilita al usuario el ejercicio de derecho, para informarse, sugerir, denunciar, felicitar o reclamar a través del formulario de Solicitudes Ciudadanas. Con respecto a la atención, el trato, el tiempo de espera y otras situaciones que puede considerar oportuna de manifestar a través de este documento, para los Establecimientos de Servicio Público entre ellos los CESFAM de la comuna. Esta oficina además garantiza el acceso sin discriminación a los diferentes servicios con el propósito de corregir los procesos y mejorar la calidad de la atención entregada.

Las observaciones negativas o reclamos son investigados al interior de cada CESFAM y respondidos a través de carta certificada o correo electrónico, en un plazo máximo de 15 días hábiles.

Gestión de Reclamos, Información y Solicitudes Ciudadanas

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) fueron creadas mediante el Decreto 680 de 1990 e incluidas en el Sistema de Programas de Mejoramiento de la Atención, PMG en el año 2003.

La Oficina de informaciones Reclamos y Sugerencias (OIRS) es una instancia de participación ciudadana, interacción y acceso de las personas (usuarios) a los centros de salud de la comuna, la cual busca facilitar el acceso a la información sobre el funcionamiento y prestaciones de salud que cada establecimiento dispone para la atención de sus beneficiarios.
Su misión es ser un espacio eficiente de atención a las personas, que favorezca la interacción con la administración de los establecimientos de salud, que garantice su derecho a informarse, sugerir,

consultar o reclamar o felicitar, para contribuir a lograr una atención oportuna, de calidad, excelencia y sin discriminación.

Sus principales objetivos son:

- Facilitar el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el sistema de salud público.
- Entregar atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas.
- Establecer coordinación con otras reparticiones públicas dentro y fuera del sector salud, con el fin de optimizar la calidad de la atención a las personas.
- Recibir y gestionar todos los requerimientos ciudadanos, con el propósito de mejorar la gestión y funcionamiento de las instituciones involucradas, constituyéndose en un espacio de participación.

La comunicación es a través del formulario de solicitudes, estos son recibidos, se evalúan y se responden por la dirección de cada establecimiento dentro del plazo legal de 15 días, este instrumento es ocupado para la gestión de salud, donde se generan planes de mejora.

Flujo Gestión de Solicitudes Ciudadanas OIRS:

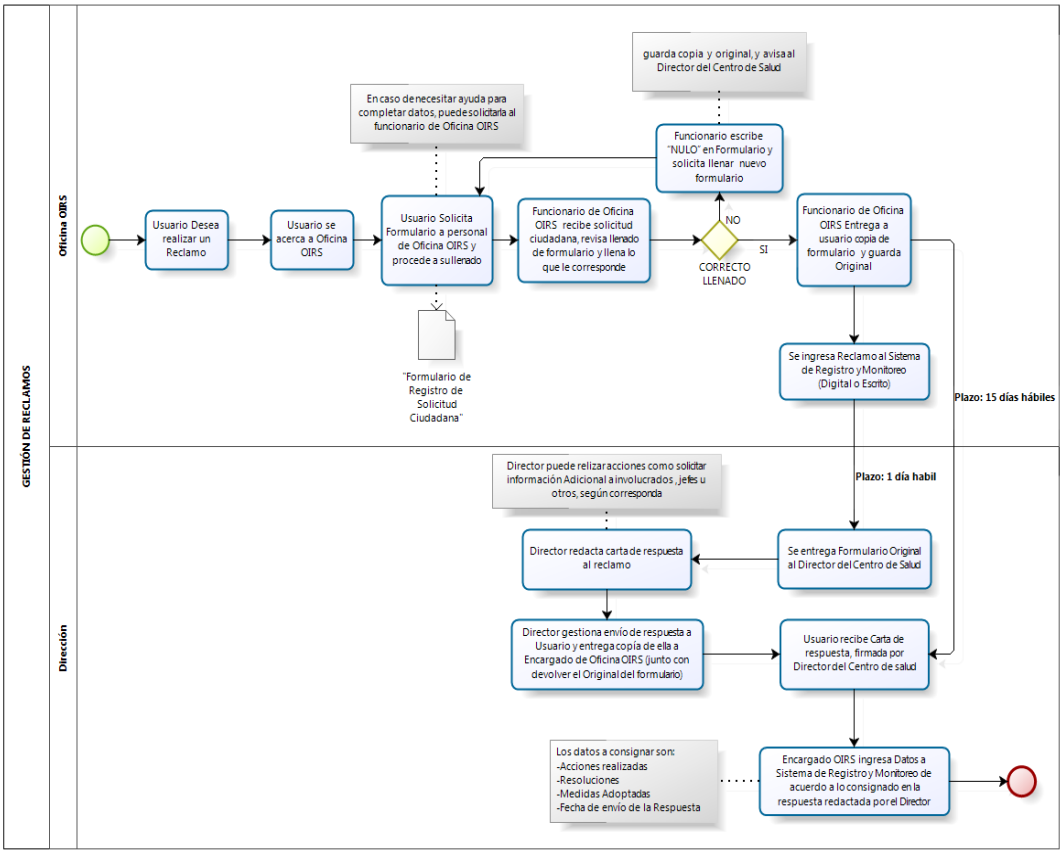


Tabla N° 145: Consultas Ciudadanas 2016.

Consulta Ciudadana	Total	Hombres	Mujeres
Consultas	185930	71798	114132
Sugerencias	165	36	129
Felicitaciones	998	228	770
Solicitudes	732	213	519
Solicitudes Ley 20.285 (Ley de Transparencia)	32	12	20

Fuente DEIS 2016

Se puede apreciar que 185.930 personas realizaron consultas durante el año 2016, las mujeres lideran este número con 114.132 consultas, mientras que 71.798 son hombres. Si bien el número de sugerencias 165, es bastante inferior en relación a las personas que consultan estas no dejan de ser significativas para la gestión de un Centro de Salud. Se destaca plenamente el número de felicitaciones 998, es un número relevante para los equipos de salud y para la cultura organizaciones que existe al interior de los CESFAM. Por ultimo señalar que cada año existe mayor cultura de hacer solicitudes por esta vía ya sea solicitudes de fichas, certificados o información relevante por medio de la Ley de Transparencia.

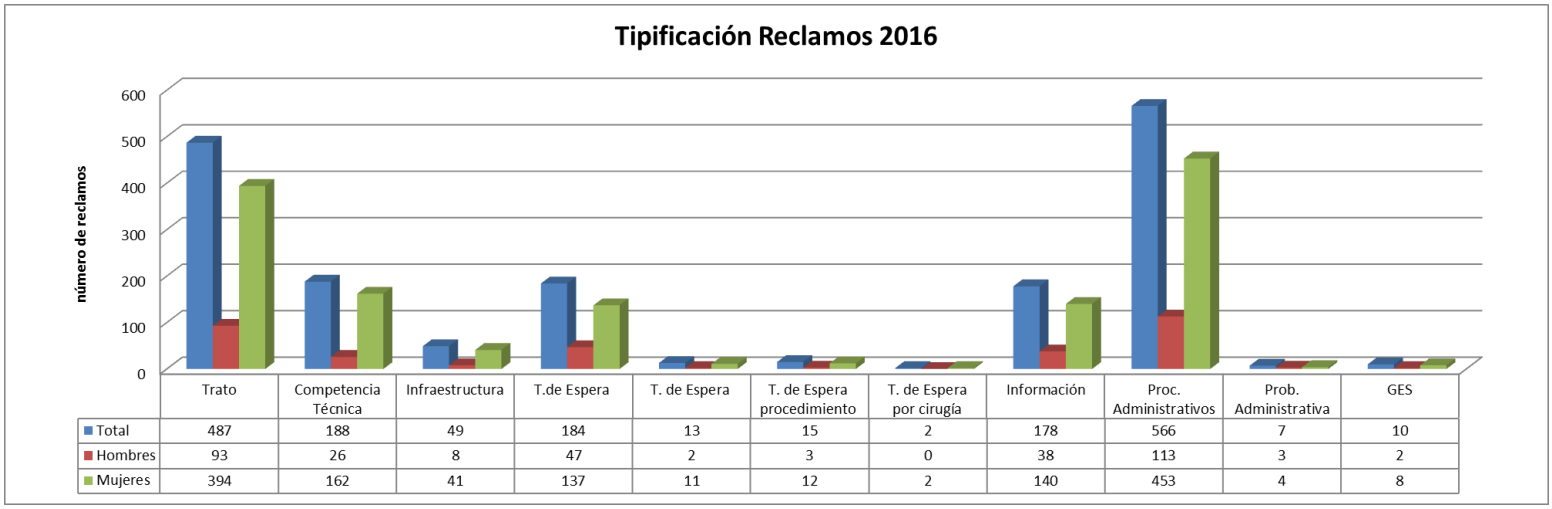
Tabla N° 146: Reclamos según Tipificación 2016

Tipificación de Reclamos	Total	Hombres	Mujeres
Total de Reclamos	1699	335	1364
Trato	487	93	394
Competencia Técnica	188	26	162
Infraestructura	49	8	41
Tiempo de Espera (En Sala de Espera)	184	47	137
Tiempo de Espera, por consulta especialidad (Por Lista de Espera)	13	2	11
Tiempo de Espera, por procedimiento (Lista de Espera)	15	3	12
Tiempo de Espera, por cirugía (Lista de Espera)	2	0	2
Información	178	38	140
Procedimientos Administrativos	566	113	453
Probidad Administrativa	7	3	4
Garantías Explicitas en Salud (GES)	10	2	8

Fuente DEIS 2016

Se puede observar que los reclamos se concentran principalmente en los Procedimientos Administrativos con un total de 566 solicitudes ciudadanas, esto quiere decir que las razones son principalmente de tipo administrativas, entre ellos se encuentran, no aviso por cambios de horas,

no agendamiento en el sistema Rayen, no agendamiento en carnet de control, no atenciones por incumplimiento de horario (presentarse después de la hora agendada). Le siguen los reclamos por trato con 487 solicitudes ciudadanas, estos reclamos son más complejos y subjetivos de analizar, ya que varía desde la mala atención por lenguaje no verbal “no me puso la atención cuando le hablaba, en ningún momento me miró” y también el verbal donde en algunas ocasiones se generan discusiones por distintos motivos en los distintos sectores de los CESFAM de la Comuna.



	Trato	Competencia Técnica	Infraestructura	T.de Espera	T. de Espera	T. de Espera procedimiento	T. de Espera por cirugía	Información	Proc. Administrativos	Prob. Administrativa	GES
Total	487	188	49	184	13	15	2	178	566	7	10
Hombres	93	26	8	47	2	3	0	38	113	3	2
Mujeres	394	162	41	137	11	12	2	140	453	4	8

Gráfico N° 71: Porcentaje de Reclamos Realizados en OIRS Durante 2015

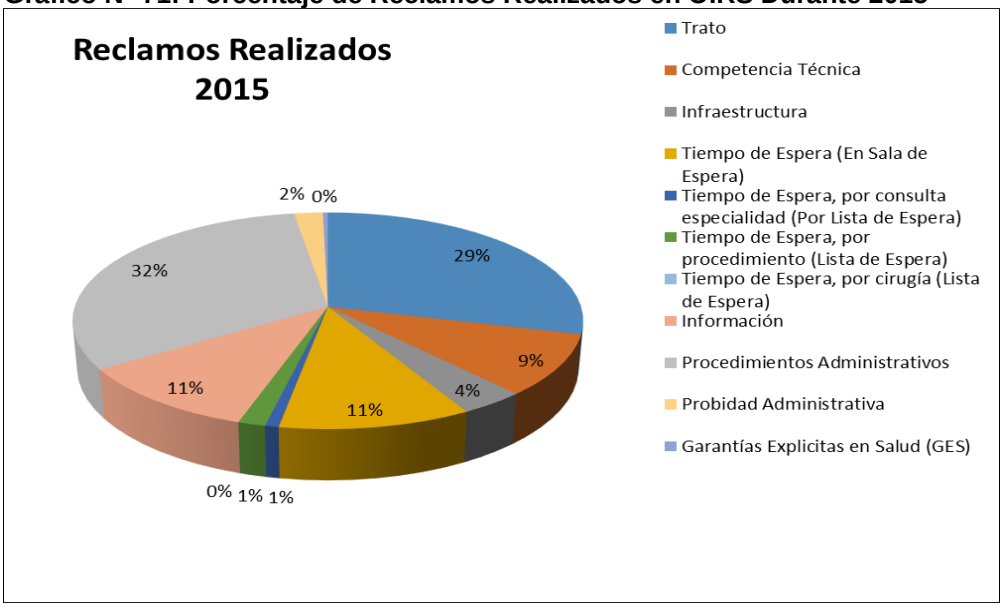
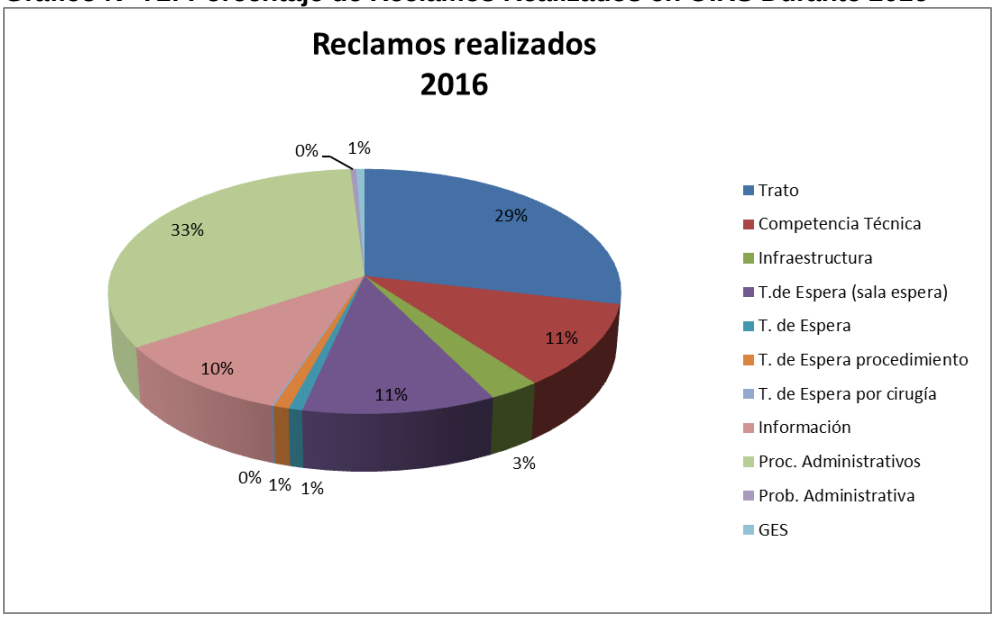


Gráfico N° 72: Porcentaje de Reclamos Realizados en OIRS Durante 2016



Se puede apreciar que la tendencia de los años 2015 y 2016, no ha variado en lo absoluto. Se mantienen los reclamos por Procedimientos Administrativos. En año 2015 el mayor porcentaje fue de 32%, mientras que en el año 2016, este presenta un pequeño aumento de 1% que es traducido en 33% del total de los reclamos, por la misma tificación. Los reclamos por Trato siguen siendo un nudo crítico en la gestión de los CESFAM de la Comuna, el año 2015 y 2016 presentaron un 29% de solicitudes Cuidadanas. La tipificación que presentan el tercer lugar en los años 2015 y 2016 es el Tiempo de Espera (en sala de espera) con un 11%. La variación se situa en el año 2015 y 2016, con respecto al porcentaje de 11%, que fue relacionado a la entregada de Información, mientras que el 2016, el 11% fue clasificado para la Competencia Técnica. Se puede concluir que las personas que realizan solicitudes cuidadanas se encuentran un poco más informadas sobre algunos tipos de procedimientos que se realizan en los Centros de Salud o al menos dejan sus molestias o descontentos por escritos a traves del formulario de solicitudes ciudadanas.

Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas

El Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, tiene como función es ser una instancia de coordinación, comunicación y análisis que asesora a la dirección de cada establecimiento en lo relativo a las solicitudes ciudadanas y respuestas entregadas a los usuarios, coordinando y aportando los antecedentes necesarios, para la resolución eficiente y oportuna de las áreas deficitarias, contribuyendo además a la formulación de planes de mejora a nivel de cada establecimiento, que permitan una mejor calidad de la atención y una mejora en la satisfacción usuaria.

Sus Objetivos específicos son:

- Poner a disposición del Comité, todos los antecedentes de los reclamos, sugerencias, solicitudes, felicitaciones, y solicitudes recibidas por Ley de Transparencia.
- Analizar la estadística de las solicitudes ciudadanas recepcionadas, según tipología, área y tiempos de respuesta.
- Analizar las solicitudes ciudadanas de mayor significancia recibidas en la OIRS, en el periodo anterior a la sesión ordinaria del comité.
- Analizar los resultados de la medición de la satisfacción usuaria u otras mediciones realizadas en el establecimiento.
- Detectar áreas críticas de la atención y satisfacción usuaria.
- Presentar a la Dirección las problemáticas más recurrentes en las solicitudes ciudadanas, especialmente aquellas situaciones que persisten.
- Definir y proponer a la autoridad del establecimiento los mecanismos de intervención y planes de mejora que favorezcan la satisfacción usuaria
- Asesorar a la Dirección en materias relacionadas con la satisfacción usuaria.
- Mantener los registros que evidencien el funcionamiento del Comité (cronograma de reuniones, actas, lista de asistencia, informes, entre otros).
- Realizar presentación del trabajo, a lo menos semestral, ante el Comité de Usuarios u otra instancia participativa, con la finalidad de generar mayor difusión de la información obtenida.
- Realizar presentación del trabajo, a lo menos semestral, ante el CIRA o Consejo Técnico, u otra instancia asimilada.
- Evaluar el cumplimiento de las estrategias y acciones propuestas para mejorar los nodos críticos detectados.

Con respecto a los reclamos realizados por trato, el comité debe analizar la ocurrencia de reclamos en términos de servicios o unidades más reclamadas, situaciones más recurrentes y funcionarios más reclamados. Y en conjunto diseñar estrategias de disminución de la ocurrencia de los reclamos por trato.

En cuanto a los integrantes del comité, la Dirección designa al equipo de salud que integrara este comité, de acuerdo a las funciones que tengan directa relación con la gestión usuaria, entre ellos se encuentran Jefes de Sector, Jefes de Unidad, Encargados de Calidad u otros funcionarios de trato directo.

La comunidad es representada por el Comité de Usuarios, generalmente por la directora del CDU, quien a través de este comité ejerce participación social dentro del CESFAM, para hacer levantamiento de nudos críticos.

La participación en este Comité es de carácter obligatoria dada la importancia que tiene su presencia como representante interno y externo, asociado con las tareas y responsabilidades de analizar oportunamente las Solicitudes Ciudadanas, trabajart en ámbitos vinculados a la satisfacción usuaria y propuestas de mejora.

Las Funciones de los involucrados son:

Director (a) del CESFAM

Presidir las reuniones del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadana.
Velar por el cumplimiento y buen funcionamiento del Comité.

Designar los integrantes del Comité
Aprobar anualmente el programa de trabajo del CGSC
Transmitir al Comité visión y misión institucional respecto de los temas planteados por los usuarios(as), proporcionando información estratégica que se requiera para orientar los eventuales planes de mejora a ejecutar.
Autorizar planes de mejora sugeridos por el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, **atendiendo nodos críticos detectados.**

Encargado (a) OIRS

Actuar como Secretario Técnico del Comité.
Convocar al Comité sirviendo de nexo entre la Dirección y los integrantes de éste.
Representar a la Dirección del establecimiento con actitud proactiva, participativa, integradora y constructiva en relación a la demanda de los usuarios.
Poner a disposición del Comité todas las solicitudes ciudadanas, evaluaciones de la satisfacción usuaria y porcentaje de cumplimiento en el período de acuerdo a plazos establecidos por Ley.
Confeccionar y dar lectura al acta de las sesiones ordinarias y/o extraordinarias.

Operador (a) OIRS

Informar al Encargado(a) OIRS acerca de las Solicitudes Ciudadanas recepcionadas en el período previo a la reunión ordinaria.
Colaborar en la redacción de documentos a petición de Encargado (a) OIRS.
Colaborar en las presentaciones trimestrales de Análisis de las Solicitudes recibidas durante ese período.
Confeccionar estadística mensual y consolidado trimestral de Solicitudes ciudadanas.

Representante del Consejo de Desarrollo y/o Consejo Consultivo de Usuarios.

Participar activamente en las reuniones del Comité emitiendo opiniones y sugerencias respecto de las materias tratadas.
Aportar antecedentes complementarios acerca de las Solicitudes Ciudadanas presentadas ante el Comité u otros antecedentes presentados en cada sesión.
Difundir y educar a la comunidad en el derecho a realizar solicitudes ciudadanas, la forma de hacerlo y la labor del Comité.
Difundir función de la OIRS y del Comité, ante el Consejo de Desarrollo y/o Consultivo.

COMUDEF

MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO/A

El modelo de acogida al Usuario/a se ejecuta en consecución con el objetivo sanitario número 8 de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la Década 2011 – 2020, referido a "Mejorar la Calidad de la Atención de Salud en un marco de respeto de los Derechos de las Personas", y en la línea del objetivo estratégico del Servicio de "Mejorar la Satisfacción Usuaria en la Red", definido para el quinquenio 2011-2015.

El Modelo de Acogida al Usuario/a es una estructura nueva, que articula los procesos de atención existentes en los diferentes establecimientos de la Red Sur Oriente, incorporando nuevos elementos de comunicación, formalización y coordinación de las acciones vinculadas a la atención de usuarios/as. El modelo pretende dar cuenta de la política ministerial de poner al usuario/a en el centro de nuestro quehacer, operacionalizando aquellos aspectos no médicos requeridos por los usuarios/as que provocan bienestar y satisfacción con los servicios de salud.

Esta estrategia en la Comuna de La Florida, está siendo implementada en cinco CESFAM:

- CESFAM José Alvo (desde el año 2014)
- CESFAM Los Castaños (desde el año 2015)
- CESFAM Los Quillayes (desde el año 2016)
- CESFAM La Florida (desde el año 2016)
- CESFAM Villa O'Higgins (desde el año 2016)

Sus Objetivos son:

- "Implementar en los establecimientos de la Red Sur Oriente, un modelo de atención al usuario/a, familia y/o acompañante, que garantice la continuidad de la atención en el establecimiento y en la red, que genere un estilo de relación de respeto mutuo, integrando acciones de acogida, clínicas y administrativas, en contexto de "derecho en salud".
- Objetivos específicos:
- Implementar la cartera de servicio básica del modelo de acogida, utilizando procedimientos, instrumentos y flujos existentes y generando los que sean necesarios para garantizar la continuidad de la atención del usuario desde el ingreso hasta la salida del establecimiento y la red.
- Generar una estructura organizacional que garantice la implementación del modelo de acuerdo a las especificidades del establecimiento.
- Asegurar el acompañamiento del usuario, familia y/o acompañante durante el proceso de atención, como actores relevantes en el proceso de recuperación de la salud de las personas que consultan en los establecimientos de la Red.
- Establecer e implementar orientaciones dirigidas a equipos de salud y usuarios, que promuevan un estilo de atención de respeto mutuo entre ambos actores del proceso, sustentadas en la ley de derecho y deberes de las personas en salud.
- Establecer el proceso de revisión continuo de procedimientos, flujos e instrumentos de acciones clínicas y acciones administrativas que intervengan en la continuidad de la atención a los usuarios, su familia y/o acompañante.
- Diseñar y aplicar monitoreo de la implementación que permita realizar correcciones al modelo en forma oportuna.

- Evaluar la implementación del modelo de atención como proceso y resultados a través de la percepción usuaria y de los equipos involucrados.

Para dar forma a este modelo se define una cartera de servicios básica que incluye una serie vinculada de acciones. Estas acciones se enmarcan en el diseño de un flujo continuo donde destacan la articulación de interfaces, en el que los funcionarios/as involucrados ejecutan actividades de enlace, en cada momento de la atención para lo cual disponen de diversos instrumentos diseñados -protocolos y flujos- que facilitan su accionar, permitiendo estandarizar las intervenciones en función de los procesos ya definidos.

La implementación del Modelo se sustenta en una estructura de equipo donde participan las jefaturas de las unidades involucradas, liderado por un profesional que gerencia la implementación, aplicando instrumentos de gestión de proceso y resultados. Su desarrollo requiere el involucramiento de técnicos y profesionales en las unidades y servicios, y otros recursos humanos adicionales a modo de refuerzo del quehacer.

La implementación del Modelo se debe realizar desde un enfoque de mejora continua, detectando a través del monitoreo los aspectos favorables y aquellos deficientes o inapropiados, procurando las correcciones inmediatas.

Durante el año 2017, se llevó a cabo una Encuesta de Satisfacción Usuaria en los 5 CESFAM que cuentan con Modelo de Acogida. La muestra fue tomada por personal externo a la comuna, y sus resultados fueron tabulados por el Equipo de Participación Social del SSMSO.

Funciones Centrales de los Equipos:

El rol del profesional a cargo del Modelo de Acogida al Usuario/a será de coordinador/a del equipo a su cargo, ocupándose de la implementación de la Cartera de Servicio, capacitación del equipo, monitoreo de la ejecución, implementación de mejoras y evaluación del modelo a través de la Satisfacción de los usuarios/as, familia y/o acompañantes. Tendrá a su cargo la coordinación técnica de los recursos humanos, desde los procesos de reclutamiento hasta la mantención y evaluación del desempeño de estos.

Tendrá también un rol técnico asistencial directo con usuarios/as, familiares y/o acompañantes, haciéndose cargo de las situaciones complejas que requieran sus competencias profesionales.
También cumplirá un Rol articulador y de diálogo con las jefaturas a cargo de unidades clínicas y administrativas. Las principales funciones serian:

- Liderar la implementación del Modelo de Acogida del usuario/a en el establecimiento, de acuerdo a las orientaciones del Servicio.
- Planificar y generar instancias de capacitación continua para su equipo de trabajo que permitan alcanzar las competencias necesarias para la aplicación de la Cartera de Servicios.
- Asegurar la provisión de sistemas de información vigentes, recursos físicos, materiales y otros necesarios a los orientadores y operadores de OIRS, para la correcta ejecución de sus tareas.
- Mantener reuniones permanentes con las jefaturas clínicas y administrativas con las cuales le corresponde interactuar, a objeto de intercambiar avances, evaluaciones, identificar falencias y sugerir o solicitar correcciones.
- Evaluar la satisfacción usuaria para el diseño de planes de mejora.

- Otorgar asistencia a los usuarios/as, familias y acompañantes que lo requieran según grado de complejidad.
- Derivar a otras unidades o profesionales, según las necesidades de los usuarios/as.
- Implementar planes de mejora para resolver nudos críticos asociados a la atención de usuario/as.
- Generar informes para la dirección del establecimiento, de manera sistemática y oportuna, respecto a la detección nudos críticos asociados a la atención de usuario/as.

Orientador de Sala de Espera o de Piso:

Es un recurso humano que cumple un rol principal de primera acogida, información básica y derivación de usuarios/as, familia y/o acompañante, al ingreso al establecimiento o de ubicación en los pisos. Es un funcionario que acude al encuentro del usuario/a, procurando favorecer el vínculo de éste con las distintas dependencias del establecimiento por donde deba transitar; asimismo, en la Red de Salud e Intersectorial. De este modo, las funciones generales son la implementación de la Cartera de Servicio, destacando:

- Recibir al usuario/a al momento de su ingreso, facilitando su desplazamiento al interior del establecimiento.
- Ejecutar tareas de enlace que implica una atención personalizada de acogida en la entrega de información al usuario/a en espera de atención de salud y/o a familiares y/o acompañantes de pacientes que ya han iniciado su atención de salud.
- Entrega de información en forma permanente y en relación a los requerimientos del usuario, familia y/o acompañantes.
- Apoyar al equipo de salud en contactar familiares y/o acompañantes de usuarios/as que requieren coordinar algún procedimiento médico específico en la atención.
- Coordinar y organizar la entrega de información médica a familiares y/o acompañantes de personas en atención médica, en recuperación por operación y/o en personas hospitalizadas de las unidades definidas en la intervención.
- Aplicar protocolos y flujos definidos en el modelo de atención, promoviendo un estilo de relación de respeto con el usuario/a, su familia y/o acompañante.
- Colaborar en la aplicación de instrumentos de evaluación de satisfacción usuaria, monitoreo del modelo de atención y otros que le solicite su jefatura.
- Coordinar permanentemente con equipos administrativos y clínicos referidos a la derivación de usuarios/as, traslados u otras atenciones a otros servicios o establecimientos de la Red, informando a familiares y/o acompañantes.
- Derivar en caso de requerimientos de atención psicosocial, acompañamiento espiritual y situaciones especiales que afecten la continuidad de la atención del usuario/a, a profesionales especializados.

Un insumo importante, para desarrollar el Modelo en cada centro, ha sido la información recogida mediante el diagnóstico de brechas que cada establecimiento realiza al inicio del proceso, mediante el cual se ha podido identificar ámbitos que debían ser abordados para asegurar la continuidad y mejorar la calidad de la atención. Estas brechas se han trabajado en coordinación entre las distintas unidades y funcionarios/as de los establecimientos, según su pertinencia en cada proceso. De este modo se han generado protocolos para el abordaje de situaciones que afectan la continuidad de la atención de los usuarios, para intervención en crisis, derivación a equipos psicosociales, entre otros. Lo anterior ha permitido una mayor coordinación interna, la actualización y descentralización de la información, así como también la identificación de nudos

críticos en la atención, lo que ha facilitado un abordaje más oportuno y resolutivo frente situaciones críticas en la atención. Este proceso de implementación ha sido asesorado por el Departamento de Participación y Gestión Integral de Usuario del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a través de reuniones con equipos directivos y profesionales a cargo de conducir el Modelo; y acompañamiento en el puesto de trabajo.

A partir de los diagnósticos de brechas realizados en los Cinco Centros de salud que aplican el modelo de Acogida, han planificado las acciones indicadas en Tabla N° 158.

Tabla N° 147: Acciones a realizar para terminar brechas en el Modelo de Acogida 2015 y 2016

JOSÉ ALVO	
Área	**Objetivo**
Comunicación	Establecer asistencia a reuniones y coordinación con equipos de CESFAM José Alvo, orientado a mejorar la calidad de la atención.
	Informar a usuarios que se encuentra disponible Reglamento Interno de funcionamiento de CESFAM
	Continuar el trabajo con la Encargada de Participación Social y OIRS del CESFAM.
	Continuar con la coordinación con la Unidad de Calidad y sus integrantes.
	Mantener la difusión permanente del Modelo de Acogida al Usuario (MAU) para funcionarios y usuarios.
	Actualizar permanentemente la Cartera de Servicios Básica del Modelo de Acogida al Usuario (MAU).
Información	Informar constantemente al usuario sobre acceso a las prestaciones del CESFAM y su funcionamiento general.
	Orientar adecuadamente al usuario sobre acceso a prestaciones del CESFAM y sobre su funcionamiento genera
	Actualizar catastro de instituciones, organizaciones y agentes espirituales que pertenecen al territorio del CESFAM.
	Evaluar la Satisfacción Usuaria.
	Fortalecer espacios de atención que respete la privacidad de los usuarios.
Recepción y Acogida	Dar a conocer en la Inducción de todo funcionario y alumnos que ingresen al CESFAM el Modelo de Acogida al Usuario y el Protocolo de Atención al Usuario.
	Utilizar en forma visible credencial institucional por parte de todos los funcionarios y alumnos del CESFAM
	Realizar capacitación continua a los funcionarios en Protocolo de Atención al Usuario.
	Acompañar y apoyar a familiares y usuarios que acceden a atención en salud en urgencia (SAPU)

	Informar a usuarios y familiares sobre categorización de atención SAC/SAPU.
	Elaborar y entregar un folleto informativo a nuevos inscritos, el cual informe sobre el funcionamiento del CESFAM.
	Capacitar al Orientador de sala.
	Designar un funcionario administrativo que sea monitor en Protocolo de Atención, para supervisión a equipos de CESFAM.
	Supervisar la utilización de credencial institucional por parte de todos los funcionarios del CESFAM
	Orientar a los usuarios en la actualización de sus datos personales.
LOS CASTAÑOS	
Área	**Objetivo**
Comunicación	Existe un proceso de inducción para funcionarios/as que se incorporan al establecimiento.
	Realizar inducción para profesionales que integran programas de apoyo trasversales
	Se considera a equipo de Docentes externos que realizan labores en dependencias del CESFAM y a sus Alumnos.
	Mantener base de datos actualizada con información de contacto de la red intersectorial.
	Abordar situaciones complejas con los usuarios/as, con un protocolo de coordinación entre funcionario/a de primera línea y su jefatura directa.
	Los funcionarios de Primera Línea de Atención del CESFAM se mantienen actualizados en temas relacionados al Modelo de Acogida la Usuario
	Funcionarios del CESFAM se mantienen actualizados en temas relacionados al Modelo de Acogida al Usuario
	Modelo de Acogida se incorpora a las acciones que realiza el Comité de Calidad del CESFAM
	Modelo de Acogida mantiene su participación en actividades del Consejo Técnico y Comité Gestor del CESFAM
	Contar con estrategias de seguimiento y retroalimentación a los funcionarios respecto a aplicación de protocolo de Atención al Usuario
Información	Contar con información gráfica en la entrada del centro que indique la distribución espacial del establecimiento
	Asegurar que todos los dispositivos de atención se encuentren adecuadamente señalados.
	Mantener Actualizada la información visual legible sobre procedimiento para acceder a los módulos de atención. Ej. Cuando tomar número.

	Disponer para el usuario/a el Reglamento Interno de funcionamiento del establecimiento
	Contar en cada módulo un dispensador de folletos.
	Entregar información escrita a los usuarios (la primera vez que acceden a una atención) sobre los documentos que le serán solicitados
	Contar con protocolo que indique la información escrita que debe ser proporcionada al usuario/a que se inscribe en el establecimiento.
	Contar con documento de apoyo para los funcionarios/as de primera línea que contenga información sobre el funcionamiento de cada una de las unidades del establecimiento.
	Instalar, en los dispositivos de atención, material gráfico para señalar adecuadamente los horarios de funcionamiento.
	Existe responsable de coordinar la información que se entrega a través de afiches, diario mural y/o TV, mantiene actualizada esta información.
	Ejecutar procedimiento para la disposición de afiches, que incorpore la actualización de la información y retiro de material
	Existe una base de datos actualizada con información de contacto de establecimientos, unidades y/o departamentos de la red.
	Elaborar material impreso disponible para el usuario sobre estrategias de salud desarrolladas por el establecimiento o SSMSO.
	Informar a usuarios sobre la cartera de Servicios Genérica del Establecimiento.
	Modelo de Acogida se incorpora a acciones del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas
	Modelo de Acogida se incorpora a actividades comunitarias que realiza el CESFAM
Recepción y Acogida	Designar un referente en las distintas unidades del establecimiento para resolver situaciones más complejas del usuario/a.
	Disponer de espacio al cual se puede acceder en caso de requerir privacidad para el usuario/a.
	Definir procedimiento formal dirigido a la primera línea para la derivación de usuarios/a a equipos psicosociales del establecimiento.
	Entregar retroalimentación continua a los funcionarios/as de primera línea respecto a trato usuario y aplicación de protocolo de atención.
	Contar con procedimiento para el levantamiento de necesidades de capacitación en relación trato usuario/a y protocolo de atención.
	Capacitar a funcionarios/as de primera línea sobre protocolo de atención al usuario
	Implementar las acciones de la Cartera de Servicios del Modelo: Recepción, Información, Acompañamiento y apoyo.

	Dar a conocer a profesionales el protocolo de atención al usuario/a y capacitarlos en su aplicación.
	Asegurar que funcionarios/as porten una identificación visible y legible
LA FLORIDA	
Área	**Objetivo**
Comunicación	Difundir a la totalidad de los funcionarios el rol del nuevo equipo y cartera de servicios del modelo.
	Establecer participación del coordinador del MAU en reuniones del consejo técnico.
	Actualizar base de datos del 100% de los funcionarios de nuestro establecimiento
	Institucionalizar correo de comunicaciones para lograr validez en la entrega de información.
	Establecer un canal de comunicación formal para la entrega de información a los funcionarios respecto de temas asociados a la atención de usuarios/as.
	Establecer un responsable de la entrega de información actualizada a los funcionarios de primera línea.
	Realizar y visualizar la cartera de servicios genérica del establecimiento.
	Crear documento para actualización de datos del usuario/a
	Generar un procedimiento formal dirigido a primera línea para la derivación de usuarios a equipos psicosociales del establecimiento.
	Formalizar protocolo de derivación a organizaciones sociales e instituciones de apoyo.
	Crear un protocolo de derivación asistida hacia la red.
	Difundir al 100% de los funcionarios de primera línea el protocolo de atención al usuario/a y crear un documento de apoyo que contenga información sobre el funcionamiento de cada una de las unidades del establecimiento.
	Establecer vinculación del MAU con el encargado de comunicación.
	Coordinar un procedimiento con la encargada de Promoción y Participación para la disposición de afiches, actualización y retiro de material.
	Crear protocolo de coordinación entre funcionario de primera línea y su jefatura directa.
	Crear procedimiento para los funcionarios para resolver y/o derivar frente a la presencia de situaciones que afecten la continuidad de la atención del usuario/a
	Fomentar la utilización y revisión de la plataforma SERQ en nuestros funcionarios.
	Definir roles y funciones del coordinador del modelo y el orientador en sala del MAU.

	Agregar aspectos importantes del MAU al proceso de inducción.
	Realizar informe (semanal) a dirección sobre el funcionamiento global del establecimiento.
	Mantener retro alimentación constante entre coordinador y orientador del Modelo de Acogida.
	Realizar retroalimentación mensual sobre las consultas ciudadanas de nuestro establecimiento.
	Crear plataforma drive para subir toda la información importante del funcionamiento de nuestro establecimiento.
	Asistir a las reuniones bimensuales entre el asesor técnico de la COMUDEF y los coordinadores del Modelo de Acogida en La Florida.
Información	Realizar grafica en la entrada del centro que indique la distribución espacial del establecimiento
	Realizar señaléticas con los horarios de funcionamiento.
	Optimizar señaléticas ya existentes
	Entregar a los funcionarios trípticos informativos sobre el trato de usuarios y análisis bimensual de encuesta Trato al Usuario.
	Visualizar reglamento interno de los funcionarios para los usuarios.
	Actualizar base de datos con información de contacto de establecimientos,
	Unidades y/o departamentos de la red.
	Crear tríptico informativo sobre los requerimientos necesarios para las futuras atenciones en la red.
	Validar función del Orientador en Sala y mantener entrega de información constante sobre programas, Atenciones, Operativos Indicadores, etc.
	Capacitar al 100% de los funcionarios de primera línea sobre protocolo de atención al usuario.
	Elaborar credenciales para el 100% de nuestros funcionarios.
	Realizar retroalimentación continua a los funcionarios de primera línea respecto al trato usuario y aplicación de protocolo de atención.
	Generar un procedimiento para el levantamiento de necesidades de capacitación en relación al trato usuario y protocolo de atención.
	Comprar dispensadores de folletería
	Separar módulos de atención.
	Identificar SAC y SAPU con grafica

VILLA O´HIGGINS	
Área	**Objetivo**
Comunicación	Crear protocolo de derivación a Organizaciones sociales e instituciones de apoyo.
	Actualizar y difundir documento de apoyo para funcionarios de primera línea sobre información del funcionamiento del Centro.
	Crear Protocolo de abordaje de situaciones complejas, para funcionarios de primera línea.
	Crear y difundir a los funcionarios del CESFAM, el procedimiento para resolver y derivar frente a situaciones que afecten la continuidad de la atención del usuario.
	Actualizar base de datos de contactos de establecimientos, unidades y/o dependencias de la red.
	Actualizar base de datos de contactos de la red Intersectorial.
	Realizar un catastro de agentes espirituales del territorio.
	Actualizar catastro de instituciones de apoyo.
	Crear definición de roles y funciones de cada funcionario del Centro de acuerdo a su unidad de trabajo.
	Entregar a cada funcionario del CESFAM las funciones de su cargo en un documento por escrito.
	Implementar en cada módulo de atención teléfono.
Información	Crear procedimiento para acceder a los módulos mediante sistema de números (papel)
	Utilizar de forma visible la credencial institucional por parte de todos los funcionarios del CESFAM.
	Crear material escrito sobre documentos que debe presentar para su atención.
	Nominar al encargado de coordinar la información de los afiches, diario mural y/o TV
	Crear documento de procedimiento para estandarizar afiches y folletos.
	Designar fecha mensual para actualización y retiro del material.
	Actualizar y dar a conocer a usuarios el reglamento interno del funcionamiento del CESFAM, el cual estará a disposición en la OIRS.
	Crear y publicar la cartera de Servicios del CESFAM.
	Crear gráfica sobre la distribución espacial en la entrada del Centro.
	Crear un protocolo sobre la información escrita que debe tener el usuario cuando se inscribe en el CESFAM.
	Crear señalética con horarios de atención del Centro.

	Crear material sobre estrategia de Salud del CESFAM y coordinar con SSMSO entrega de material de difusión.
	Crear material para transmitir en las pantallas electrónicas contenidos educativos en salud.
	Adquirir en cada módulo un dispensador de folletos.
Recepción y Acogida	Lograr y reforzar que todos los funcionarios de primera línea conozcan el protocolo de atención al usuario y lo apliquen.
	Aplicación de Check – List a funcionarios de primera línea en torno al protocolo de atención y realizar retroalimentación continúa sobre trato al usuario y protocolo de atención.
	Actualizar e incorporar en la descripción de cargos de cada funcionario del Centro el trato al usuario y protocolo de atención la cual debe ser conocida por los funcionarios.
LOS QUILLAYES	
AREA	**OBJETIVO**
Comunicación	Creación del protocolo para los inscritos en el CESFAM.
	Creación del documento y distribución de éste a las diferentes unidades de atención
	Creación del protocolo de situaciones complejas para funcionarios de primera línea
	Crear material gráfico para entregar a usuarios
	Contar con una base de datos actualizada con información de contacto de establecimientos, unidades y/o departamentos de la red.
	Contar con un catastro actualizado de los agentes espirituales del territorio
	Contar con un catálogo actualizado de Instituciones de apoyo.
	Actualizar base de datos de las diferentes organizaciones sociales e instituciones de apoyo con las que cuenta el centro.
Información	Creación de información gráfica de la distribución del centro
	Actualizar señalética del centro, en todos los módulos de atención.
	Actualizar señalética del centro, en todos los módulos de atención para mejorar su acceso.
	Crear señalética con horarios de atención del Centro.
	Crear y publicar la cartera de Servicios del CESFAM.

Recepción y Acogida	Lograr mobiliario que permita separación de cada módulo.
	Implementar en cada módulo de atención con teléfono.
	Implementar en cada módulo de atención con citófono
	Realizar compra de dispensación de folletería.
	Crear material para transmitir en las pantallas electrónicas contenidos educativos en salud.

COMUDEF

SALUD INTERCULTURAL

Desde la aprobación por el Congreso de la Ley Indígena N° 19.253 en el año 1993 el Estado reconoce *"que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos; que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias; y que para ellos la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura"*, en este sentido, se ha intervenido de distintas formas y a través de instituciones para lograr que se respete, proteja y promueva el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades.

Específicamente en el área salud a partir del año 1996 el Ministerio de Salud, trabaja en un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) el cual tiene como propósito contribuir a que las comunidades indígenas mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural co-gestionado con los Servicios de Salud y valorizando los conocimientos y prácticas en salud de los Pueblos Originarios. Siendo fundamental en este caso la acción en salud de parte de las Asociaciones Indígenas Mapuche que forman parte de la urbanidad, acción que les permita integrar sus valores sociales y culturales incorporando sus métodos de prevención, practicas curativas y la utilización de sus medicamentos tradicionales.

La Salud intercultural, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico occidental no es el único deseable y valido, ya que la medicina indígena también tiene un amplio desarrollo. En este sentido, el proceso de cambio de modelo de atención en curso tiene como desafío considerar las necesidades y características socioculturales de la población indígena.

En la comuna de La Florida se registran 11.695 habitantes de origen indígena, lo que equivale a un 3,2% del total de la población que corresponde a la comuna (censo 2002). De los cuales un 3,24 % es de sexo masculino y el 3,14 % es de sexo femenino (censo 2002). De esta población solo existe una parcialidad de ellos que participa activamente en algunas organizaciones sociales tanto indígenas como en aquellas de carácter comunitario.

El proyecto "Plan de Salud Intercultural en la Florida" desde su inicio en el año 2000 ha puesto en acción el ejercicio de ciertos deberes y derechos en salud amparado en la ley indígena 19.253 en su artículos N° 1, 7 y 28. Por otra parte existe el derecho de una sociedad indígena con un reconocimiento implícito a sus sistema y modelo de hacer salud, derechos culturales legitimados que sostiene un conjunto de normativas que permite no dudar sobre la legitimidad y legalidad del quehacer de la medicina tradicional indígena en nuestro país.

Durante los últimos años se desarrolla un plan de trabajo que contempla la participación activa de Agrupación Mapuche Kalllfulikan y Llug Küym Heu Huarrria, en acciones comunales como es el ámbito de promoción de salud, participación social, actividades de sensibilización y capacitación en cosmovisión mapuche, la celebración del Wetripantu de ambas Asociaciones, atención de Machi a toda la población Mapuche y no Mapuche en la Ruka Los Castaños, y la incorporación de señalética en Mapudungun.

A continuación se presenta información estadística del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Centro de Referencia de Salud Mapuche la Ruka año 2016

Tabla N° 148: Informe de Ingresos a Atenciones Año 2016, Asociación Indígena Mapuche Kalfullikan.

Meses	Totales	Por Origen				Por Sexo	
		Indígena	Sin Apellido Indígena	Extranjero Indígena	Extranjero No Indígena	Hombre	Mujer
Enero	0	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0	0
Marzo	81	13	68	0	0	23	58
Abril	53	8	45	0	0	18	35
Mayo	105	25	80	0	0	37	68
Junio	106	20	84	0	2	34	72
Julio	85	11	70	0	4	33	52
Agosto	104	12	92	0	0	29	75
Septiembre	95	11	83	0	1	26	69
Octubre	62	9	53	0	0	20	42
Noviembre	78	13	62	0	3	20	58
Diciembre	52	9	42	0	1	15	37
TOTALES	821	131	679	0	11	255	566
Porcentaje	100%	16%	83%	0	1%	31%	69%

Tabla N° 149: Informe de Controles Año 2015, Asociación Indígena Mapuche Kalfullikan.

Meses	Totales	Por Origen				Por Sexo	
		Indígena	Sin Apellido Indígena	Extranjero Indígena	Extranjero No Indígena	Hombre	Mujer
Enero	0	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0	0
Marzo	38	8	30	0	0	10	28
Abril	28	9	19	0	0	13	15
Mayo	46	10	36	0	0	9	37
Junio	46	18	28	0	0	15	31
Julio	31	6	25	0	0	11	20
Agosto	53	14	38	0	0	19	34
Septiembre	60	9	51	0	0	18	42
Octubre	57	14	42	0	0	13	44
Noviembre	50	12	38	0	0	17	33
Diciembre	61	11	49	0	0	12	49
TOTALES	470	103	356	0	0	137	333
Porcentaje	100%	22%	76%	0	2%	29%	71%

Tabla N° 150: Informe de Entrega de Yerbas Medicinales Año 2016, Asociación Indígena Mapuche Kalfullikan.

Meses	Totales	Por Origen				Por Sexo	
		Indígena	Sin Apellido Indígena	Extranjero Indígena	Extranjero No Indígena	Hombre	Mujer
Enero	0	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0	0
Marzo	325	41	284	0	0	114	211
Abril	469	77	390	1	1	155	314
Mayo	708	132	576	0	0	225	483
Junio	875	170	705	0	0	286	589
Julio	770	163	607	0	0	258	512
Agosto	970	142	828	0	0	363	607
Septiembre	945	172	773	0	0	350	595
Octubre	710	125	585	0	0	267	443
Noviembre	926	166	760	0	0	291	635
Diciembre	704	145	559	0	0	243	461
TOTALES	7402	1333	6067	1	1	2552	4850
Porcentaje	100%	18%	82%	0,01%	0,01%	34%	66%

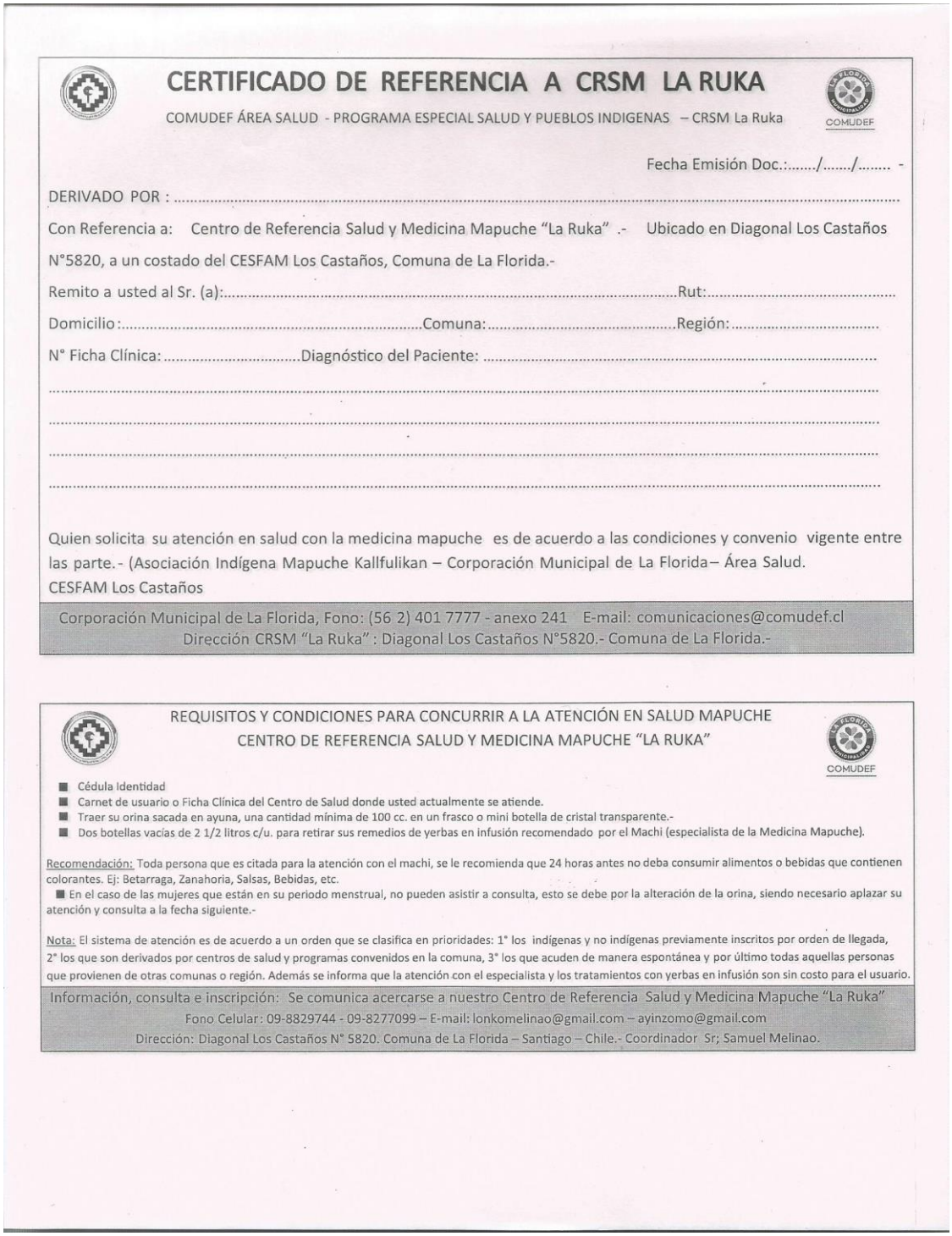
La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de salud Integral Familiar y Comunitaria, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de mesas de trabajo comunales, provinciales y regionales para abordar los problemas de salud que les atañen.

En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo que se relaciona, por una parte, con la “etiología” o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas.

Considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud, adopción de enfoque intercultural en programas que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas, transversalización del enfoque intercultural en programas cuyos destinatarios pertenecientes a pueblos indígenas tengan perfiles epidemiológicos con marcado daño en la salud, entre otras.

En el contexto de la colaboración mutua entre el Centro de Referencia La Ruka y los Centros de Salud de la comuna, se ha diseñado el siguiente certificado de referencia, en el que cualquier

profesional de la red primaria puede emitir este certificado a petición del usuario interesado en asistir.



CERTIFICADO DE REFERENCIA A CRSM LA RUKA

COMUDEF ÁREA SALUD - PROGRAMA ESPECIAL SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS – CRSM La Ruka

COMUDEF

Fecha Emisión Doc.:...../...../..... -

DERIVADO POR : .....

Con Referencia a: Centro de Referencia Salud y Medicina Mapuche "La Ruka" .- Ubicado en Diagonal Los Castaños N°5820, a un costado del CESFAM Los Castaños, Comuna de La Florida.-

Remito a usted al Sr. (a):.....Rut:.....

Domicilio:.....Comuna:.....Región:.....

N° Ficha Clínica:.....Diagnóstico del Paciente: .....

.....

.....

.....

.....

Quien solicita su atención en salud con la medicina mapuche es de acuerdo a las condiciones y convenio vigente entre las parte.- (Asociación Indígena Mapuche Kallfulikan – Corporación Municipal de La Florida– Área Salud. CESFAM Los Castaños

Corporación Municipal de La Florida, Fono: (56 2) 401 7777 - anexo 241 E-mail: comunicaciones@comudef.cl
Dirección CRSM "La Ruka" : Diagonal Los Castaños N°5820.- Comuna de La Florida.-

REQUISITOS Y CONDICIONES PARA CONCURRIR A LA ATENCIÓN EN SALUD MAPUCHE CENTRO DE REFERENCIA SALUD Y MEDICINA MAPUCHE "LA RUKA"

COMUDEF

- Cédula Identidad
- Carnet de usuario o Ficha Clínica del Centro de Salud donde usted actualmente se atiende.
- Traer su orina sacada en ayuna, una cantidad mínima de 100 cc. en un frasco o mini botella de cristal transparente.-
- Dos botellas vacías de 2 1/2 litros c/u. para retirar sus remedios de yerbas en infusión recomendado por el Machi (especialista de la Medicina Mapuche).

Recomendación: Toda persona que es citada para la atención con el machi, se le recomienda que 24 horas antes no deba consumir alimentos o bebidas que contienen colorantes. Ej: Betarraga, Zanahoria, Salsas, Bebidas, etc.

- En el caso de las mujeres que están en su periodo menstrual, no pueden asistir a consulta, esto se debe por la alteración de la orina, siendo necesario aplazar su atención y consulta a la fecha siguiente.-

Nota: El sistema de atención es de acuerdo a un orden que se clasifica en prioridades: 1° los indígenas y no indígenas previamente inscritos por orden de llegada, 2° los que son derivados por centros de salud y programas convenidos en la comuna, 3° los que acuden de manera espontánea y por último todas aquellas personas que provienen de otras comunas o región. Además se informa que la atención con el especialista y los tratamientos con yerbas en infusión son sin costo para el usuario.

Información, consulta e inscripción: Se comunica acercarse a nuestro Centro de Referencia Salud y Medicina Mapuche "La Ruka"
Fono Celular: 09-8829744 - 09-8277099 – E-mail: lonkomelinao@gmail.com – ayinzomo@gmail.com
Dirección: Diagonal Los Castaños N° 5820. Comuna de La Florida – Santiago – Chile.- Coordinador Sr; Samuel Melinao.

1. Proyección año 2018.

Retomar Mesa Intercultural Red La Florida
Consolidar una política comunal de Salud Intercultural y pueblos indígenas
Incorporación de las tres agrupaciones mapuches que trabajan asociados a los Centros de Salud.
Gestión de carta de Derechos y Deberes en Mapudungun

2. Atención de Salud a Población Migrante

Marco Regulatorio:

En Chile la atención de salud para la población migrante está regulada por convenios intersectoriales que protegen los grupos en riesgo social. El Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior han firmado acuerdos intersectoriales que permiten y protegen el acceso a la atención de salud. De esta forma estamos adscribiendo un compromiso con la población más vulnerable brindando en igual condición las prestaciones de Salud Primaria.

Durante el año 2016 se publica un nuevo Decreto que permite a los inmigrantes sin documentación o permiso de residencia solicitar su acreditación como beneficiarios en calidad de carentes de recursos. (Decreto Supremo N°67, publicado en marzo de 2016)

Este decreto, agrega una cuarta circunstancia al Decreto Supremo N°110, de 2004, que dispone los mecanismos o circunstancias para determinar cómo carente de recursos o indigente a una persona, para efectos de ser considerada beneficiaria del régimen de salud

En este sentido la implementación del D. S. N° 67 permite que los extranjeros sin documentación o permisos de residencia puedan ser considerados beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, ejerciendo estos derechos en Establecimientos de Atención Primaria. Además de los Niveles de Mayor Complejidad, cuando son derivados desde el primer nivel de atención o han llegado directamente por urgencia, para la entrega de asistencia sanitaria de mayor complejidad (especialidades y hospitalización).

Además, los Inmigrantes que tienen Cédula de Identidad, gozarán de los mismos derechos que cualquier chileno, es decir, pueden ser trabajadores activos, pasivos, dependientes y por lo tanto cotizar, o ser carente de recursos

Durante los últimos años Chile ha celebrado distintos Convenios con países de Europa y América Latina, que abordan situaciones de previsión social y sanitaria, como, por ejemplo:

Convenio Con España: Los ciudadanos españoles y los chilenos, ya sean activos o pasivos, y sus cargas familiares, pueden acceder a las prestaciones de salud en el otro país, en iguales condiciones que los nacionales. Para incorporarse a FONASA deben presentar un certificado de estancia en Chile, habitual o temporal, otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que reside en España.

Convenio Con Otros Países: Las personas que reciban una pensión en su país de origen y estén en el otro país se acogen al sistema de salud en las mismas condiciones que los nacionales, debiendo efectuar las cotizaciones de salud en el organismo correspondiente.

En Chile, su pensión es convertida en pesos chilenos y se les calcula el 7% en la Superintendencia de Pensiones, la que es pagada en la sucursal.

Otro ámbito importante de acción en salud es la promoción de la salud la cual está garantizada a toda la población que habita en el territorio nacional. Entre ellas la educación para la salud, las inmunizaciones y el control nutricional.

En relación a la nacionalidad de procedencia de los inmigrantes, podemos decir que el mayor porcentaje proviene desde Perú, seguido por Argentina y Bolivia.

Total de personas migrantes con residencia en Chile años 2005-2016	324.932
Personas migrantes con residencia en Chile que residen en la Comuna de la Florida	4.882

http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias

Tabla N° 151: Procedencia de Migrantes. Dato obtenido por el Departamento de Extranjería y Migración, con residencia definitiva de personas en Chile.

Población Migrante con Residencia en Chile. Distribuida según pais de Origen. Desde el año 2005-2016		
Pais de origen	**N° personas con Residencia**	**N° personas residen en la Florida**
Perú	123.670	1.992
Ecuador	12.983	400
Bolivia	15.531	114
Brasil	6.151	132
Argentina	20.034	259
China	7.571	161
Colombia	42.181	755
Cuba	3.865	128
EEUU	4.712	46
Haití	6.438	51
México	3.114	72

http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/

La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida

deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen, las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as.

Año	Personas Migrantes que residen de manera definitiva en la Comuna de la Florida por año
2005	248
2014	481
2015	614
2016	686

http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/

Durante el año 2017, la Comuna de La Florida ha utilizado diferentes estrategias para el trabajo con migrantes. En los últimos meses se percibe que habido un aumento de la llegada de Haitianos y Venezolanos, que nos hacen buscar acciones para acogerlos y dar cumplimiento no solo a lo establecido por Ley sino también a generar sensibilización e integración entre la población.

Existen dos fenómenos importante de exponer, la barrera Cultural, y la Barrera del idioma.

Si bien en Latinoamérica la mayor cantidad de países son de habla hispana, Haití fue una colonia Francesa, quién heredó su idioma “el francés”, y un dialecto que es el Creole. Ambos idiomas dificultan notablemente la comunicación y la atención en los Establecimientos de Salud de nuestra comuna. Si bien se sabe que existen algunas comunas que cuentan con facilitador Haitiano, nuestra comuna no es beneficiaria de este Piloto lanzado por el Ministerio de Salud, ya que no está considerada como las comunas que presentan mayor porcentaje de migrantes Haitianos entre su población.

La Salud Pública, y principalmente de la Atención Primaria de Salud se ha caracterizado por el fortalecimiento de sus equipos para dar respuesta a la población beneficiaria. A continuación se expondrán tres experiencias de Centros de Salud Familiar de la Comuna de la Florida, en relación a la población migrante.

CESFAM Santa Amalia: Desde Abril del 2017, Surge desde el Plan Trianual de Participación Social el proyecto Akeyi “Hacia un Modelo de Acogida a usuarios y usuarias Haitianas y Haitianos” Donde se dictan clases de Creole para funcionarios y clases de Español para usuarios Haitianos, realizados por un profesor de la misma nacionalidad que llega a nuestro país. Para llevar a cabo este proyecto se crea una alianza con la Fundación Manos a la Obra.

CESFAM Trinidad: Desde marzo 2017, se inicia un taller para mujeres Haitianas embarazas, esta necesidad surge a raíz de la alta complejidad que es atender un control Pre Natal con la barrera del lenguaje. Dentro del mismo grupo se presta apoyo por una de las usuarias para la traducción de material educativo que es replicado para las otras usuarias que participan del taller. Junto a esta iniciativa y con el apoyo de la Iglesia Evangélica Pueblo de Dios se comienza un taller de español principalmente para mujeres embarazadas Haitianas y sus familias, lo que ha significado un gran aporte para la comunidad Haitiana y para los funcionarios del CESFAM.

CESFAM Los Castaños, ha sido uno de los pioneros y más innovadores en la realización de estrategias que incluyan a la comuna migrante. Existe desde el 2016, un trabajo de sensibilización que van en función de mejorar y acortar esta brecha que se presenta. Durante el 2017, el equipo liderado por su director el Dr. Luis Deza, han asistido a diferentes jornadas, encuentros y pasantías a otras comunas que tienen mayor experiencia en esta materia. Han logrado obtener datos estadísticos de su población migrante que facilita mucho la gestión, la organización y la cultura organizacional del CESFAM.

Tabla N° 152: Total de inscritos distribuidos por sexo, año 2016

	Nacionales		**Migrantes**	
Sexo	Total	%	Total	%
Hombre	13201	49	364	42,23
Mujer	13656	51	498	57,77
Total	26857	100	862	100

FUENTE UAU CESFAM Los Castaños

Tabla N° 153: Distribución según país de origen

Distribución según país de origen Extranjeros inscritos Activos CESFAM Los Castaños 2016		
País de Origen	Total	%
Argentina	42	4,87
Bolivia	48	5,56
Brasil	12	1,39
Colombia	182	21,11
Ecuador	40	4,64
Haití	16	1,85
Perú	411	47,6
Venezuela	18	2,08
Resto de América	61	7,07
Resto del Mundo	32	3,71
Total	862	100

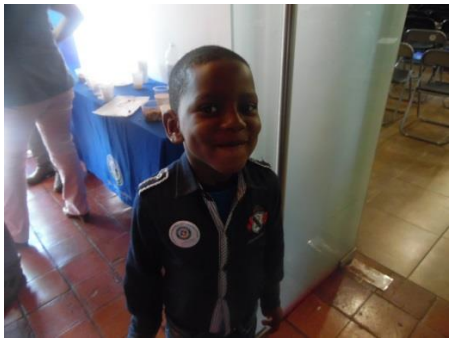
FUENTE UAU CESFAM Los Castaños

Algunas actividades realizadas en el CESFAM Los Castaños:

El 23 de Octubre 2017, se llevó a cabo el 1er. Encuentro de Salud Migrantes de la Comuna de La Florida, se contó con la participación como expositor de Jorge Sagastume, quién trabaja en el Organización Internacional para los Migrantes. En la Jornada se expusieron las 3 experiencias mencionadas anteriormente, las cuales han sido autogestiondas y que han llevado a cabo tan solo con la Articulación de Redes Locales.

Este primer acercamiento nos permite direccionar el trabajo y las proyecciones para el año 2018, en este acercamiento se pretende realizar Diagnósticos Participativos con Migrantes, generar mayor sensibilidad a nivel comunitario, como también dentro de los Centros de Salud, que esta integración nos permita, conocer su cultura y su forma de entender el proceso de salud enfermedad.

LA MIGRACION EN CHILE
CORPORACIÓN
MUNICIPAL
DE LA FLORIDA



RESOLUTIVIDAD EN APS

1. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

Iniciando sus actividades el año 2009, la Unidad de Atención Primaria en Oftalmología (UAPO) conserva su objetivo principal que es el fortalecer y potenciar la salud oftalmológica de la comuna a través de la resolución de las listas de espera en el área, específicamente en el diagnóstico y detección de Vicios de Refracción, retinografía (Fondo de Ojo diabético) priorizando a los pacientes que se encuentran bajo control en el programa cardiovascular, en específico con el diagnostico de diabetes y evaluación y tratamiento del Glaucoma, que de ser detectado contamos con el arsenal farmacológico para su tratamiento.

La UAPO inserta en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Debido a la necesidad de mejorar la experiencia de los usuarios que son parte de nuestra población bajo control, es que la Unidad de Atención primaria oftalmológica se ha adherido a este enfoque que promueve acciones que faciliten una atención eficiente, eficaz, oportuna, de alta calidad y resolutiva, que reconoce a las personas en su integralidad física y mental.

Las actividades que se realizan para lograr este objetivo van desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico y tratamiento de las patologías oculares que más se relacionan a la atención primaria.

Estas actividades se pueden agrupar de acuerdo a los 3 principios fundamentales del Modelo de atención integral:

Centrado en las personas

El equipo de trabajo de la unidad de atención primaria oftalmológica, está abierto a escuchar dudas y sugerencias de los usuarios, tratando de establecer una comunicación efectiva entre paciente-funcionario. Además a través del trabajo conjunto con dirigentes de las unidades vecinales, la UAPO con sus salidas a terreno, ha permitido mejorar el acceso a la atención oftalmológica a aquellos segmentos de la población más alejados.

Integralidad

En este ámbito se ejecuta la prevención, promoción, educación, pesquisa y tratamiento de las patologías oculares incluidas en la cartera de prestaciones de la unidad, tanto en las dependencias de la UAPO, como en ferias de salud y atenciones en terreno a las cuáles asisten los profesionales.
Las patologías en las que interviene la unidad son: Glaucoma (pesquisa, diagnóstico y tratamiento), cataratas (pesquisa y derivación a nivel secundario), Vicio de refracción (pesquisa, diagnóstico y tratamiento), retinopatía diabética (pesquisa y derivación a nivel secundario), otras patologías (pesquisa y derivación a nivel secundario).

Continuidad

Para mejorar el diagnóstico y tratamiento de patologías oftalmológicas más complejas, se ha insistido en mejorar la comunicación horizontal y vertical de la red asistencial en la que estamos insertos. Es por esto que se realizan reuniones periódicas con el equipo médico y no médico que deriva a hacia la unidad oftalmológica, para que sepan cuáles son los criterios de derivación de internos y hacia el nivel secundario de las patologías oculares más consultadas. También se ha creado un documento con un conjunto de patologías oftalmológicas que deben ser atendidas con prontitud en el nivel secundario (Hospital de la Florida) y que por ende al momento de ser referidas al Hospital deben ser priorizadas. Esto último demuestra la constante voluntad de los equipos de trabajos de ambos niveles para mejorar la comunicación, en pro de que la experiencia de los usuarios de la red sea satisfactoria.

Como actividad, la UAPO incorpora en su quehacer el trabajo con la comunidad, incorporándose al modelo de salud familiar en el cual se inserta como unidad primaria de especialidad.

De esta forma se logró crear un espacio para entregar atención oftalmológica, de calidad, a la población, cubriendo las necesidades visuales de la misma.

Esta unidad tiene como objetivo:

- Promover la salud visual a través de la realización de operativos oftalmológicos en los distintos sectores de la comuna, logrando acercar la atención a nuestros usuarios.
- Mejorar la gestión de agenda comunal en relación a citaciones oportunas y flujos de información.
- Mejorar pertinencia en la referencia a especialidad.
- Dar funcionamiento a pabellón de cirugía menor para las patologías de pterigion

La población objetivo corresponde a la necesidad oftalmológica no cubierta por GES, en el caso de los vicios de refracción (entre 15 y 64 años) y glaucoma, GES para el Fondo de Ojo, esquematizado en la siguiente Tabla:

Tabla Nº 154: Tipo de atención por rango Etario.

Tipo de Atención	Rango Etario
Vicio de Refracción	15 a 64 años
Fondo de Ojo Diabético	Sin rango etario definido
Glaucoma	Sin rango etario definido

Fuente: Especificaciones Técnicas de funcionamiento UAPO, MINSAL.

Tal como la Tabla N° 154 indica, la población beneficiaria en la detección y diagnóstico de vicio de refracción, el grupo de acción es definido en concordancia con que los usuarios de 65 años y más tiene resolución GES en la atención secundaria, derivación previa de su CESFAM de origen y para el caso de los menores de 15 años, la JUNAEB con su programa de salud visual, resuelve los casos prioritarios o en su defecto también son derivados a la atención secundaria Hospital de La

Florida (HLF) para su resolución. Para el resto de las patologías que se tratan en la unidad la población objetivo va de acuerdo a la necesidad y los factores de riesgo que estas presenten.

Es así como el equipo de profesionales y administrativos de la unidad se han comprometido con las actividades descritas anteriormente, elaborando protocolos de atención y generando canales de comunicación con los actores técnicos de los Centros de Salud a través de la difusión de las prestaciones realizadas:

- Refracción Clínica,
- Toma de agudeza visual,
- Autorrefractometría,
- Exploración del fondo de ojo mediante oftalmoscopia directa,
- Retinografía.
- Campimetría computarizada,
- Tonometría aplanática,
- Biomicroscopía,
- Estudio sensorio Motor.

Abarcando, en casi su totalidad la demanda de interconsultas realizada desde los 9 centros de salud hacia la unidad, realizando un importante número de prestaciones descritas en las siguientes Tablas.

Tabla N° 155: Atenciones realizadas UAPO 2° Semestre 2016.

N° Consultas Oftalmológicas	N° Consultas Glaucoma	N° Consultas Vicio de refracción Tecnólogo Médico	N° Procedimientos Retinografía y Fondo de Ojo
182	257	2289	3059

Fuentes: REM, Serie A 04, A 07, BM 18A año 2016.

Tabla N°156: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Diagnostico de Vicio de Refracción 2° Semestre 2016, Distribución por Grupo Etario.

POR EDAD (en años)	MESES					
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<15 años	0	1	0	0	0	0
15-19 años	30	39	19	15	38	12
20-64 años	368	487	363	284	300	291
65 y más	2	4	2	2	5	0

Fuentes: REM, Serie A 04, año 2016.

Gráfico N° 73: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Diagnostico de Vicio de Refracción 2° Semestre 2016, Distribución por Grupo Etario.

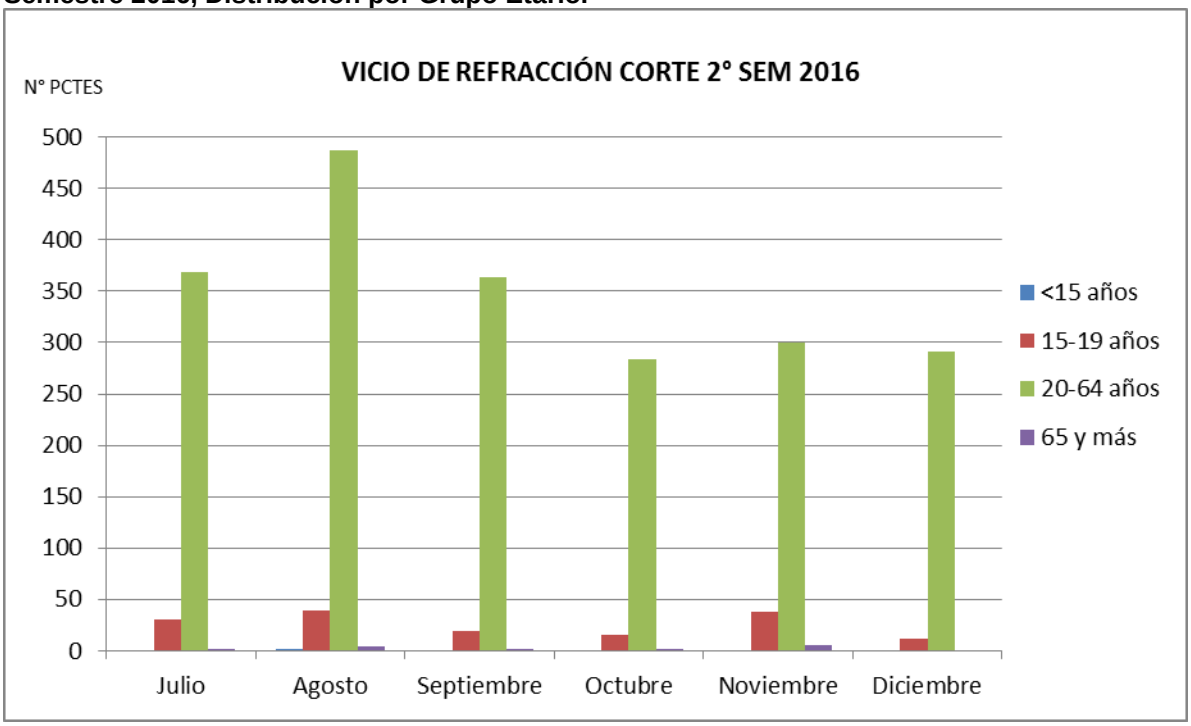


Tabla N° 157: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Screening Retinopatía Diabética, Fondo de Ojo (Retinografía) 2° Semestre 2016, Distribución por Grupo Etario.

POR EDAD (En Años)	Meses					
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<15 años	0	0	0	0	0	0
15-19 años	0	0	0	0	0	0
20-64 años	311	206	11	268	364	370
65 y más	356	211	25	294	416	419

Fuente REM, serie A 04, serie BM 18A 2016.

Gráfico N° 74: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Screening Retinopatía Diabética, Fondo de Ojo (Retinografía) 2° Semestre 2016, Distribución por Grupo Etario.

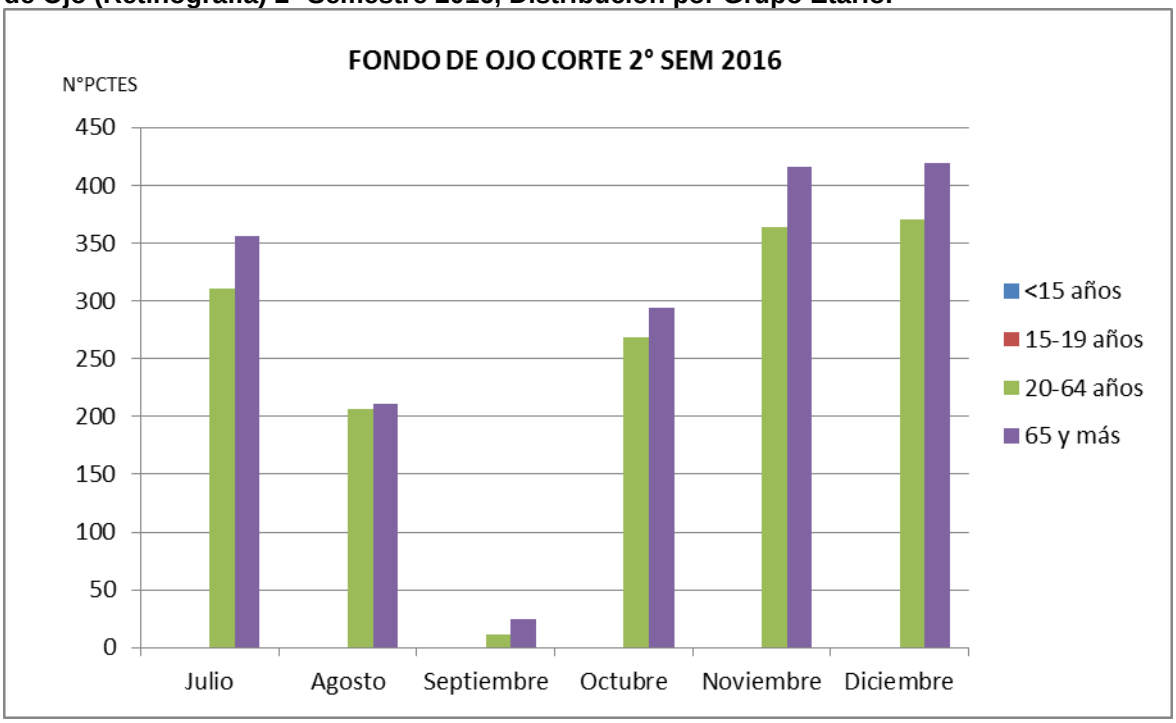


Tabla N° 158: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Vicio de Refracción 1° Semestre 2017, Distribución por Grupo Etario.

POR EDAD (en años)	MESES					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<15 años	0	0	0	0	1	2
15-19 años	22	27	16	40	50	49
20-64 años	329	213	264	371	477	336
65 y más	2	1	1	0	1	0

Fuente REM serie A 29 2017.

Gráfico N° 75: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Vicio de Refracción 1° Semestre 2017, Distribución por Grupo Etario.

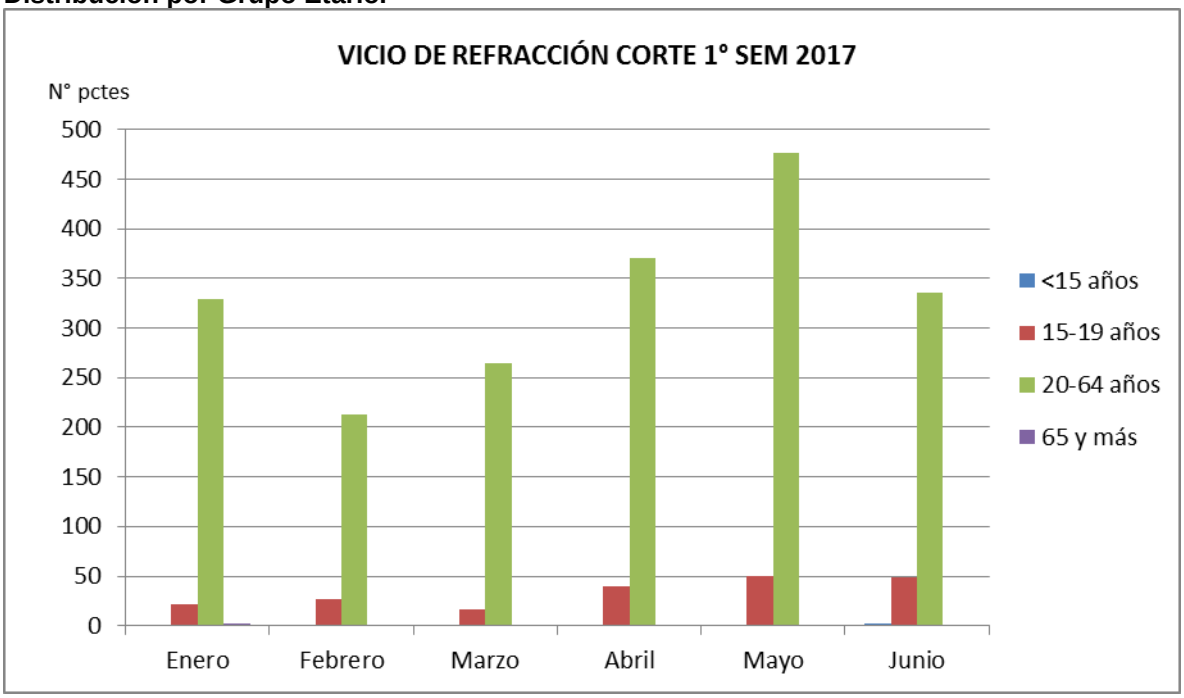


Tabla Nº 159: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Screening Retinopatía Diabética, Fondo de Ojo (Retinografía) 1° Semestre 2017, Distribución por Grupo Etario.

POR EDAD (En Años)	Meses					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<15 años	0	0	0	0	0	0
15-19 años	0	0	2	0	0	0
20-64 años	328	255	298	282	419	385
65 y más	384	292	366	368	471	427

Fuente REM serie A 29, serie BM 18A 2017.

Gráfico N° 76: Atenciones Tecnólogo Medico UAPO, Screening Retinopatía Diabética, Fondo de Ojo (Retinografía) 1° Semestre 2017, Distribución por Grupo Etario.

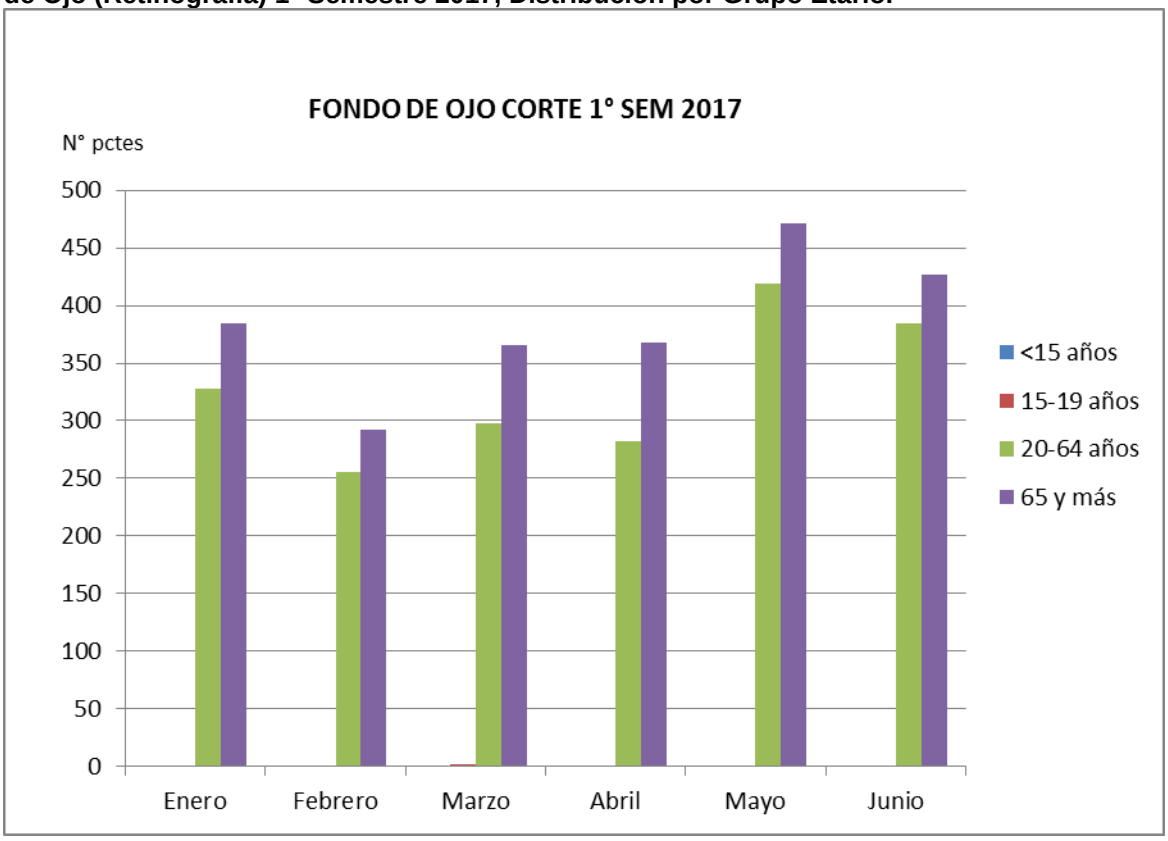
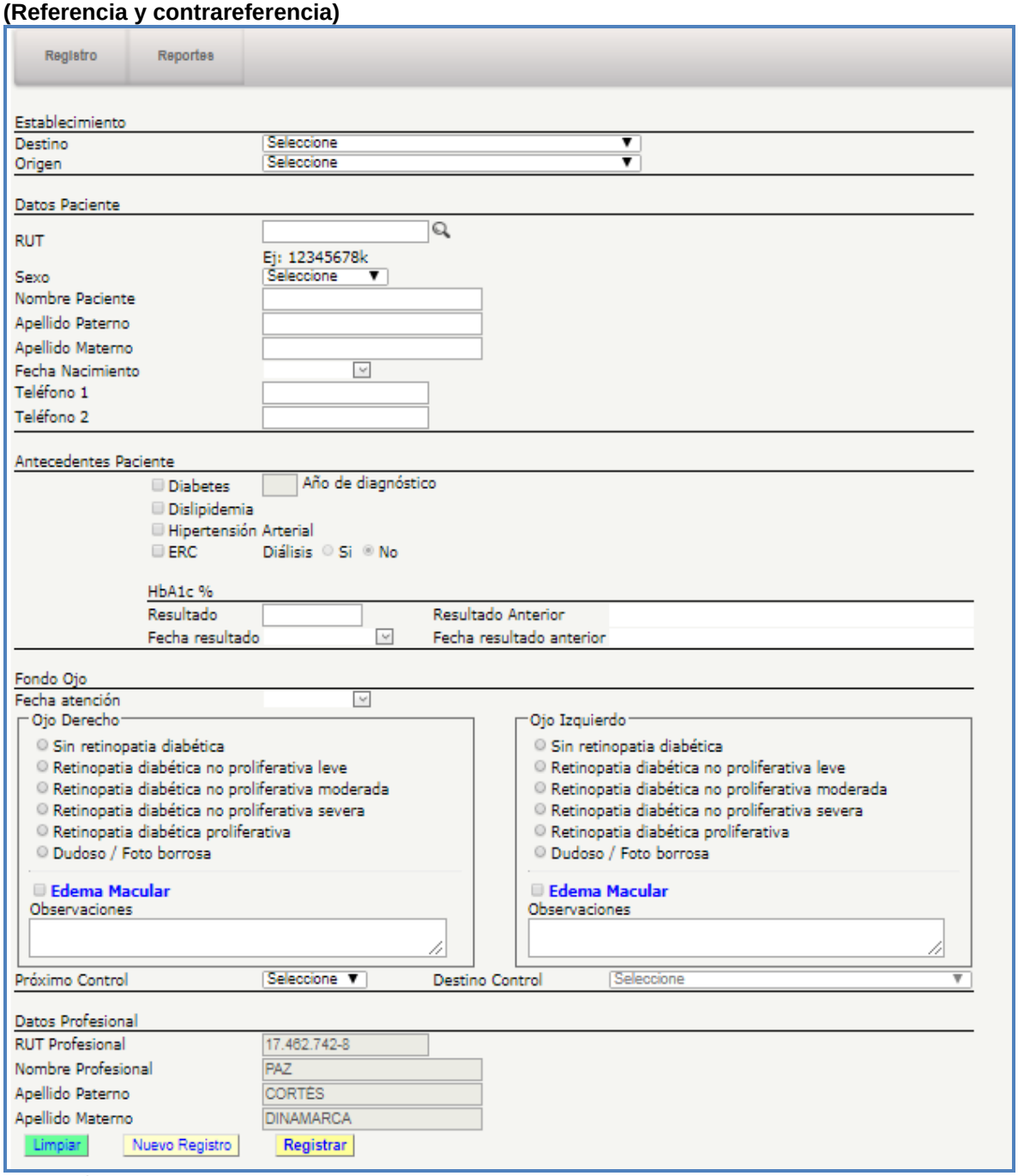


Tabla N° 160: Prestaciones UAPO 2° semestre 2016 – 1° semestre 2017.

N° Consultas Oftalmológicas	N° Consultas Glaucoma	N° Consultas Vicio de refracción Tecnólogo Médico	N° Procedimientos Retinografía y Fondo de Ojo
555	518	4491	7393

Fuentes: REM, Serie A 04, A 07,A 29, BM 18A año 2016 y 2017.

Plataforma de registro de resultado Fondo de Ojo red SSMSO. Conectividad en Red (Referencia y contrareferencia)



Fuente: página web SSMSO www.ssmso.cl/fondo_ojo

Tabla N° 161: Recurso Humano y Actividades.

Cargo	Horas Semanales	Actividades
Oftalmólogo	7	Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control del glaucoma y con sospecha de él.
		Derivación oportuna al nivel secundario de patologías no GES que no puedan resolverse en la UAPO.
Tecnólogo Médico (2)	77	Detectar y Diagnosticar Vicios de Refracción, a través de la prescripción de lentes ópticos.
		Administración de fármacos de aplicación tópica, para realizar procedimiento.
		Detectar alteraciones del globo ocular y disfunciones visuales.
		Derivar oportunamente al oftalmólogo.
		Realizar exámenes.
		Análisis e interpretación de exámenes
		Educar a la población sobre su salud ocular.
		Responsable del equipamiento a su cargo.
		Funciones administrativas complejas.
TENS	44	Recepción del paciente,
		Administración de fármacos de aplicación tópica.
		Organización de las Fichas clínicas.
		Otorgación de horas para exámenes y horas médicas.
		Orientación y atención al usuario.
		Apoyo en la realización de estadísticas de la unidad.

Fuente: Dato Subdirección CESFAM La Florida

Entrega de Nuevos Fármacos

Con el fin de seguir entregando una atención integral a los pacientes de la comuna, es que surge la necesidad de contar con medicamentos oculares que cubran algunas de las patologías con mayor prevalencia dentro de la población como son las conjuntivitis bacterianas y alérgicas. Es por eso que se propone la compra de un antibiótico ocular de amplio espectro: Tobramicina; y un antialérgico: Ketotifeno; que serían prescritos por el oftalmólogo de la UAPO.

Unidad de Oftalmología como Promotora de la Prevención, Cuidado y Mantención de la Salud Visual

Para cumplir con el objetivo de concientizar a la población respecto del cuidado de los ojos, se propone coordinar con cada Centro de Salud jornadas educativas que se realicen mensualmente, respecto a las patologías oculares que se manejan en la Unidad de Oftalmología y en donde la prevención juega un rol fundamental; como son la Retinopatía Diabética y el Glaucoma. De esta forma podemos crear conciencia sobre los riesgos que implica un mal control metabólico en los

pacientes diabéticos, además de pesquisar nuevos glaucomas, ya que este último no presenta sintomatología hasta fases avanzadas.

Para desarrollar esta estrategia, los centros de salud se coordinan para poder satisfacer las necesidades de procedimientos de baja complejidad. Destaca el cumplimiento del CESFAM Trinidad con un 137%. También CESFAM Los Castaños tienen un cumplimiento de un 74% a pesar de tener sus instalaciones intervenidas por mejoras en el área de unidad de apoyo.

La centralización de la lista de espera en la UAPO, a fin de poder llevar un mayor control sobre la demanda, evitar la duplicidad y sobre agendamiento de pacientes, dar prioridad según grado de patología y evitar la deserción y no ocupación de las horas de atención.

2. Cirugía Menor

2.1. Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

Este convenio contempla la existencia de 3 salas de cirugía menor, ubicadas en CESFAM Los Castaños, CESFAM Trinidad y CESFAM Santa Amalia.
En cada una de ellas se encuentra un médico a cargo, el cual recibe capacitación contínua en la especialidad.

Las tres salas existentes cubren la necesidad de los 9 CESFAM de la comuna, distribuyendo a los usuarios según ubicación geográfica.

Tabla N° 162: Distribución Salas Procedimientos Comunal

SALA CIRUGÍA MENOR	CESFAM QUE RECIBE
Los Castaños	La Florida, Bellavista
Santa Amalia	Maffioletti, Villa O'Higgins
Trinidad	Los Quillayes, Jose Alvo

Fuente: Unidad Técnica, Área Salud

Los procedimientos más recurrentes son la extracción de tumores benignos en extremidades y cuello, además de nevus
La edad promedio de los pacientes atendidos es de 40 años, y en proporción se atiende a más mujeres que hombres, en una relación del 55% y 45%.

Tabla N° 163: Procedimientos de cirugía menor realizados comuna La Florida, año 2016

CESFAM	Total
Centro de Salud Familiar Los Castaños	488
Centro de Salud Familiar Santa Amalia	544
Centro de Salud Familiar Trinidad	198
TOTAL COMUNA	1230

Fuente: Unidad Técnica, Área Salud

3. Teledermatología

La Teledermatología es una estrategia MINSAL implementada a través de una plataforma web, cuyo objetivo es mejorar la pertinencia en las derivaciones a la especialidad de Dermatología. La manera de realizar esta atención es la siguiente:

Usuario con alguna lesión en la piel que requiera evaluación por especialista, es evaluada previamente por médico de APS.
Se le toman fotografías al usuario de todas las lesiones que presente para ser subidas a la plataforma, previa firma de consentimiento informado.
Mediante esta plataforma se sube la imagen como interconsulta al especialista y por esta misma vía se realiza la contrareferencia desde el nivel hospitalario.
Si ocurre que el dermatólogo concluye que es una lesión que amerita atención presencial, se cita ya sea a una consulta o pabellón.

El médico de Atención Primaria se considera como médico tratante, el dermatólogo confirma diagnostico e indica tratamiento. Los medicamentos utilizados en esta estrategia son determinados por todos los actores involucrados y licitados por el Servicio de Salud para ser entregados a la comuna.

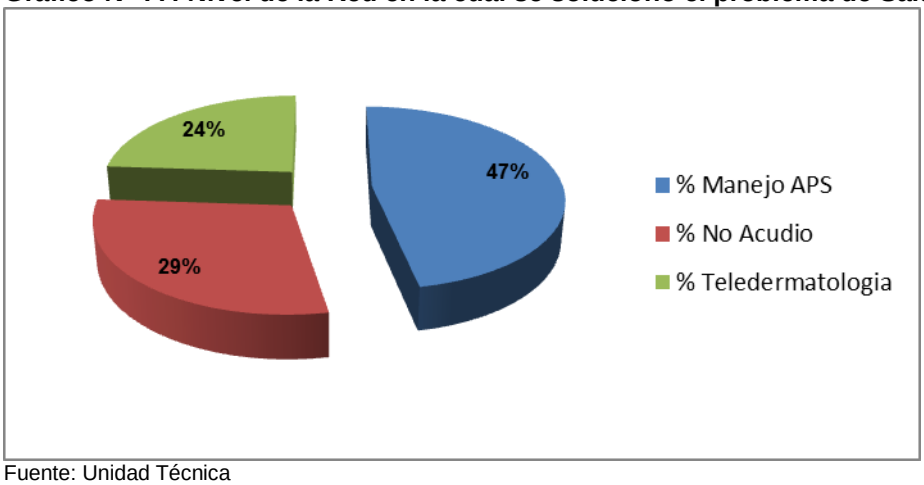
Esta estrategia partió inicialmente en el CESFAM Los Castaños, sin embargo, desde el mes de Julio del 2017 se extendió al CESFAM Bellavista.

Tabla N° 164: Detalle de atenciones a través de Teledermatología durante desde enero a junio del 2017.

Estado	Manejo APS	No Acudió	Teledermatología	Total general
Cerrada	101	7	41	149
Pendiente	1	56	11	68
Total general	102	63	52	217

Fuente: Unidad Técnica.

Gráfico N° 77: Nivel de la Red en la cual se solucionó el problema de Salud en porcentaje.



Fuente: Unidad Técnica

Al analizar la tabla y gráfico anterior se puede apreciar que se han citado a 217 usuarios, con una atención efectiva de solo un 79%, ya que el resto de los usuarios figuran como inasistentes. Otra información relevante es que el 47% de los casos es resuelto en APS, sin la necesidad de ser derivados al Especialista, lo que da cuenta de que a medida que el médico de Atención Primaria va ganando experiencia, adquiere también las herramientas necesarias que le permiten dar solución a los problemas de salud de los usuarios en este nivel, aumentando la resolutividad de la Atención Primaria y la pertinencia en las derivaciones.

CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES

1. Desarrollo Docente Asistencial

La Integración Docente Asistencial puede entenderse como un sistema de cooperación mutua entre la Red de Salud Comunal y las Instituciones de Educación Superior Técnica y Universitaria, integra a docentes y clínicos, a través de actividades y procesos de interés mutuo, para el desarrollo de la docencia, asistencia, investigación, colaborando con el desarrollo del modelo de atención de salud con enfoque familiar y comunitario y el desarrollo de programas innovadores.

Durante el 2011, se inició la regulación de las actividades docentes asistenciales, generando la declaración de políticas que entregan orientaciones respecto del cumplimiento de las características obligatorias contenidas en el Manual de Estándares Mínimos para el proceso de acreditación que señala: "*el prestador institucional cautela las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes*", transformándose en un lineamiento comunal basado en la Norma General Administrativa sobre "Asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y Normas de Protección para funcionarios, académicos, estudiantes y usuarios", de amplio conocimiento de todos los trabajadores de salud. Además, permitirá cumplir con la Ley N° 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud, establecidas en el Párrafo 2°, Artículo 5°, literal c de dicho cuerpo legislativo.

Durante todo este periodo, se ha dado cumplimiento al objetivo principal de la relación docente asistencial a través de la incorporación de las actividades docentes, interrelacionando a los docentes y clínicos, mediante diferentes acciones, creando las condiciones necesarias para el desarrollo de la docencia, asistencia e investigación. Dichas acciones, docente asistencial, tienen como principio el velar por el respeto de los derechos de los usuarios y no ir en detrimento de las obligaciones asistenciales que deben cumplir los funcionarios durante su quehacer en el establecimiento.

Las instituciones en convenio, a través de su aporte financiero, compensa a lo menos, los costos de las horas destinadas a la docencia otorgado a nuestros funcionarios y a los gastos de operación de las instalaciones e insumos usados durante la atención de salud.

La inversión en infraestructura y equipamiento, formará parte de la colaboración de parte de los Centros de Formación, orientada a mejorar el acceso y cobertura de atención de salud para la población beneficiaria de la comuna. A lo anterior se suman actividades de capacitación, formación y de especialización ofrecidas por los Centros de Formación, constituyendo una política permanente de incentivo. Se reconoce la necesidad de impulsar y potenciar la investigación científica, como parte de las labores docentes asistenciales, resguardando los derechos de los participantes a través de la evaluación y aprobación de los estudios por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la autorización formal de parte de la Corporación y dirección del Establecimiento de Salud.

2. Convenio Marco Docente Asistencial.

La Corporación Municipal definió las Políticas Docente Asistenciales, como marco de los Convenios con las Instituciones de Educación superior estableciendo las responsabilidades de la Universidad, de la Corporación, de los funcionarios, de los docentes, de los alumnos frente a los servicios otorgados por estudiantes con supervisión de Docentes de la Universidad o Docentes Clínicos de los Centros de Salud.

La regulación sobre la asignación y uso del campo clínico de formación profesional y técnica, está acreditada por la Resolución Exenta N° 406 del año 2002, la Resolución Exenta N° 949 del 27 de septiembre de 2007, la Resolución Exenta N° 418 del 10 de marzo del 2010 y la Resolución Exenta N° 254 del 9 de Julio de 2012 del Ministerio de Salud y cuyas bases son las siguientes:

Reconoce el rol formador del Sector Público de Salud y la relación docente asistencial, como medio para influir en la generación de egresados competentes para la implementación de la política nacional de salud y objetivos sanitarios.
Establece el concepto “Campo de Formación Profesional y Técnica (CFPT)”, entendido como el espacio sanitario, en el cual los estudiantes del sector se tornan competentes en su profesión u oficio, contrastando sus conocimientos teóricos con el ejercicio práctico de ella, logrando así el perfil de egreso definido en el programa de formación.
Establece el acceso prioritario a un campo de formación profesional y técnica. A la vez, permite la cohabitación de más de una universidad o instituto en el Campo de Formación Profesional y Técnica.
Además de velar por el cumplimiento de la Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

3. Instituciones en Convenio con COMUDEF y Beneficios de colaboración.

- Facultad de Odontología de la Universidad de Chile
- Universidad de los Andes, Campo Clínico para las carreras de: Nutrición, Odontología, Medicina, Enfermería, Kinesiología.
- Universidad Mayor: Campo Clínico de las carreras de: Enfermería, Nutrición, Obstetricia y Tecnología Médica.
- Universidad de Las Américas, Campo Clínico para las carreras de: Enfermería, Kinesiología, Terapia Ocupacional y Nutrición.
- Universidad Diego Portales, Campo Clínico para las carreras de: Medicina, Odontología, Enfermería, Tecnología Médica.
- Instituto de Formación técnico profesional CFT Santo Tomas: Campo Clínico de estudiantes (Nivel curricular y nivel laboral) en práctica de TENS, TEGYN, TPAR, TCL.
- Universidad San Sebastian, Campo Clínico para la carrera de Kinesiología.

Tabla N° 165: Cuadro Resumen Inversiones Convenio Docente Asistencial.

Inversiones Universidades Convenio Docente Asistencial 2015 - 2016					
Universidad	**Inversión**		**Monto**	**CESFAM Beneficiado**	**Año (s) Ejecución**
UDLA	RRHH Fonoaudiólogo		$19.337.760	Los Castaños	2015, 2016, 2017
	Programa SIE, Terapeuta Ocupacional	Recurso Humano	$13.740.000	Salud Integral Escolar	2015, 2016, 2017
	Infraestructura		$199.826.250	Santa Amalia	2017
UNIVERSIDAD MAYOR	Equipamineto	Clinico, e infraestructura	$46.012.649	Centros de Salud	2016 - 2017
	Infraestructura	2 box de procedimiento clínico CESFAM	$4.327.800	CECOSF Santa Teresa	2016
U. DE LOS ANDES	Equipamiento	2 sillones dentales	$6.645.486	CESFAM José Alvo y CECOSF	2016

GESTIÓN DE FARMACIA Y BODEGA

Nuestra comuna cuenta con 9 Unidades de dispensación de medicamentos con la misión de velar por el acceso seguro, oportuno y de calidad de la población a sus tratamientos farmacológicos.

Parte de su trabajo se ve reflejado en la cantidad de recetas despachadas y las prescripciones asociadas a las atenciones ofrecidas en los establecimientos, señaladas a continuación:

Tabla N° 166: Detalle del total de prescripciones despachadas por las Unidades de Farmacia de los centros de salud de la comuna de la Florida.

	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016
Establecimiento	**Total Prescripciones Despachadas**	**Total Prescripciones Despachadas**
CESFAM Santa Amalia	242.247	254.625
CESFAM Bellavista	261.041	270.784
CESFAM Dr. Fernando Maffioletti	248.524	282.187
CESFAM José Alvo	214.203	248.688
CESFAM La Florida	255.670	298.257
CESFAM Los Castaños	243.298	268.105
CESFAM Los Quillayes	318.387	386.854
CESFAM Trinidad	167.631	190.006
CESFAM Villa O'Higgins	232.686	264.046
TOTAL COMUNA	2.183.687	2.463.552

Fuente: Elaborado Unidad Técnica en base a datos extraídos Rayen.

De acuerdo a información entregada por la Unidad de Estudios del SSMSO, La Florida cuenta con la segunda tasa más alta de la red (648 por cada 1000 inscritos) en cuanto a número de usuarios que realizan al menos una dispensación de medicamentos al año, lo que refleja la relevancia que tiene la Unidad en el proceso de atención en salud de nuestra población como apoyo a las unidades clínicas. En el análisis de la variación para el periodo 2016 con respecto al año 2017, se puede concluir que pese a que la población inscrita en los Centros de Atención Primaria de Salud ha ido disminuyendo, la proporción de usuarios que retiran medicamentos ha ido aumentando, lo que se puede asociar con un aumento a la cobertura en el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de sus patologías.

La gestión de Farmacia, uno de los ejes fundamentales de las prestaciones entregadas en APS, ha ido evolucionando desde la incorporación de Químicos Farmacéuticos en los centros de salud en el año 2015, lo que ha contribuido a la mejora en el abastecimiento, control de calidad de medicamentos e insumos, y al desarrollo de procesos de calidad que aportan al esfuerzo que actualmente se realiza para alcanzar la acreditación de los establecimientos de nuestra comuna.

Adicionalmente, la implementación de Servicios Farmacéuticos ha permitido ampliar las prestaciones entregadas a nuestra comunidad, en cuanto al desarrollo de nuevas actividades como Atención Farmacéutica, Farmacovigilancia y Talleres de Uso Racional de Medicamentos, las cuales han significado un apoyo al equipo clínico tradicional respecto al cuidado de población con características especiales que conllevan a un aumento en el riesgo de errores de medicación o a una dificultad para el alcance de las metas terapéuticas, como usuarios con analfabetismo, adulto mayor o con dependencia moderada a severa.

1. Proceso de Abastecimiento Comunal

El Abastecimiento de Medicamentos mantiene la línea de trabajo, realizando el abastecimiento centralizado desde nuestra Bodega Comunal de todo el arsenal comunal, compuesto por los fármacos abastecidos por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente correspondientes a los Programas Ministeriales y Convenio FOFAR, además de los adquiridos a nivel comunal.

La modalidad de abastecimiento de medicamentos hacia los Centros de Salud se mantiene de forma quincenal con reposición según consumo. Y los insumos almacenados y despachados desde Bodega se envían según solicitud. Esto ha permitido mantener de forma permanente stock crítico de todos los fármacos y cumplir con el abastecimiento seguro y oportuno, cumpliendo con todas las supervisiones realizadas.

El Abastecimiento de los insumos Odontológicos, de Laboratorio Comunal y los insumos de Enfermería es realizado directamente por los proveedores a cada establecimiento en cada proceso de compra. Sólo algunos insumos son abastecidos desde Bodega según solicitud.

2. Proceso Adquisición Farmacia

El proceso de compras para la adquisición de Medicamentos e Insumos necesarios para satisfacer las necesidades de nuestros 9 Centros de Salud, Laboratorio Comunal y Programas de Salud, se ha desarrollado a través de la bajo modalidad de trato directo.

3. Convenio FOFAR

En el marco del Programa de Gobierno 2014-2018 que señala la creación de una Política Nacional de Medicamentos, el Ministerio de Salud continuó con el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria con prioridad en problemas de Salud Cardiovascular considerando las siguientes patologías: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia.
Este programa fue aprobado por Resolución Exenta N° 064 del 02 de diciembre del 2015 del Ministerio de Salud, aprobando la distribución de recursos año 2016 a través de la Resolución Exenta N°1584 del 25 de mayo del 2016. A través la cual el Servicio de Salud Metropolitanos Sur Oriente asigna a la Municipalidad de La Florida la suma de $ 229.574.091(Quinientos cincuenta y nueve millones ciento diez mil seiscientos treinta y dos pesos), entregado en dos cuotas, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes de acuerdo al siguiente desglose:

Tabla N° 167: Montos Convenio FOFAR 2017 por componentes.

Componentes	Ítem	Desglose	Monto
Componente 1: Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.	Fármacos e Insumos	Insumos Pie Diabético	$57.364.612
Componente 2: Gestión Farmacéutica	Recursos Humanos	Químicos Farmacéuticos y TENS	$172.182.479

Fuente: Elaborado Unidad Técnica.

El Servicio de Salud evaluará el grado de cumplimiento del Programa conforme a las metas contenidas y peso relativo, a través de dos etapas: La primera con corte al 31 de agosto y la segunda con corte al 31 de diciembre. En no cumplimiento de un valor >=60% del Indicador FOFAR hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota. La vigencia de este convenio es hasta el 31 de diciembre de 2016.

A continuación, se detalla resultado del cumplimiento del convenio FOFAR obtenido por nuestra comuna incluyendo sus 9 Centros de Salud, del periodo comprendido entre enero y septiembre 2016.

Tabla N° 168 : Cumplimiento Convenio FOFAR 2017 por componentes.

Nombre Componente	Indicador	Meta Nº	Peso Relativo %	Cumplimiento a Septiembre 2017 a nivel Comunal
Componente Nº1: Población con acceso oportuno a medicamentos de Atención primaria de Salud y apoyo en la adherencia al tratamiento.	Indicador Nº1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con condición crónica en los establecimientos de atención primaria	Meta 1: 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno	40%	99.81

	Indicador Nº 2: Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles	Meta 2: 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación de reclamos.	25%	100
Componente Nº2: Gestión Farmacéutica	Indicador Nº3: Disminuir valorizado de merma de medicamentos estimado para los Servicios de Salud	Meta 3: 100% de establecimientos con merma de medicamentos menores al establecido para el Servicio de Salud	10%	100
	Indicador Nº4: Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacia durante el horario de funcionamiento del establecimiento.	Meta 4: 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia.	25%	100
Cumplimiento global del programa			100%	99.92

Fuente: Elaborado Unidad Técnica Área de Salud en base a datos Plataforma http://fofar.minsal.cl.

Hasta este periodo nuestra Comuna cuenta con un Indicador FOFAR de 99.92%, demostrando la gestión local realizada, evitando la reliquidación de la segunda cuota.

4. Desarrollo y Evolución de Farmacovigilancia

De acuerdo a las disposiciones del Decreto Supremo Minsal N°3/2010, Farmacovigilancia se define como un conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos, también llamados reacciones adversas, asociados al uso de los medicamentos. La norma general técnica 140 sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano considera medicamentos tales como vacunas, productos biológicos entre otros, y establece que la Farmacovigilancia es una actividad de control sanitario

que debe ser compartida por autoridades competentes, profesionales de salud e instituciones prestadoras de servicios sanitarios, tanto públicas como privadas. En el contexto de la atención primaria de salud, los profesionales están llamados a realizar la detección y la prevención activa de reacciones adversas a medicamentos (RAM), como una forma de mejorar el perfil de seguridad de los fármacos que forman parte del arsenal terapéutico de los centros.

En nuestra comuna, esta acción de notificación y revisión de sospecha de RAM es liderada por los Químicos Farmacéuticos de los centros, lo cual ha permitido mejorar el cumplimiento de la directriz nacional, y optimizar el perfil de seguridad de medicamentos que utiliza nuestra población.

Incorporación Actividades de Unidad de Farmacia a REM

Durante el transcurso del año 2015 tras la incorporación al Registro Estadístico Mensual (REM) de actividades relacionadas a las Unidades de Farmacia, y con la incorporación de profesionales Químicos Farmacéuticos a los Centros de Salud, se han comenzado a desarrollar estos registros con la finalidad de dar importancia al rol y función de este profesional en los equipos de salud.

Tabla N° 169: Registro estadístico mensual (REM) de actividades relacionadas a las Unidades de Farmacias.

REM	Componente	Año 2015	Año 2016
REM A04 Sección I: Servicios Farmacéuticos	Reporte Reacción Adversa a Medicamentos	180	581
	Atenciones Farmacéuticas	653	1269
REM A26 Sección C: Visitas con fines de tratamiento y/o procedimientos en Domicilio	Atención Farmacéutica en Domicilio	39	
REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad	Uso Racional de Medicamentos	26	48

Fuente: Elaborado Unidad Técnica en base DEIS 2017.

5. Proyecciones 2018

A continuación, se presentan los principales objetivos a desarrollar para el año 2018:

Mejorar el proceso de gestión de la Bodega Comunal de Medicamentos, para disminuir las mermas y optimizar el proceso de trabajo de acuerdo a las normativas.
Concluir el proceso de estandarización de funcionamiento de las Unidades de Farmacia de los 9 centros de salud de APS de la Comuna, a través de la elaboración, ejecución y evaluación de un manual único de funcionamiento que da respuesta a los elementos medibles del ámbito de Farmacia en el área de Apoyo que considera la Pauta de Cotejo de Atención Abierta de la Superintendencia de Salud.
Capacitar al 100% del total de funcionarios TENS de los centros de salud que se desempeñan en Farmacia, y al menos a 3 TENS por centro que se desempeñan en otras unidades con el fin de aumentar la disponibilidad de personal de reemplazo.

Desarrollar un análisis de brecha comunal para las unidades de Farmacia respecto a infraestructura, equipamiento, personal para dar origen a un plan de mejora en pro de la acreditación, las exigencias de las autoridades sanitarias y la calidad de los servicios ofrecidos.

Conformación y funcionamiento de Comité de Farmacia con el objetivo de promover el uso racional de medicamentos e insumos médicos, dar cumplimento la Norma General Técnica N°113, sobre la "Organización y Funcionamiento de los comités de Farmacia y Terapéutica para la red asistencial de salud pública del MINSAL y dar cumplimiento con las exigencias del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de atención abierta.

Reestructurar y documentar el sistema de abastecimiento comunal, retomando el convenio con Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) con el objetivo de disminuir los gastos asociados a fármacos e insumos médicos.

Aumentar la dotación de Profesionales Químicos Farmacéuticos, para mejorar la brecha de cobertura en los de Centros de Salud de la Comuna.

Elaborar e implementar un programa de atención farmacéutica comunal que permita colaborar en el proceso de atención de usuarios con patología crónicas, para favorecer su adherencia y mejorar su compensación, con énfasis en aquella población que obtengan peores resultados en salud, tales como enfermedades respiratorias crónicas y problemas cardiovasculares.
Desarrollar y planificar estrategias en la ejecución de actividades educativas comunitarias como el taller de uso racional del medicamento, las cuales se desarrollen preferentemente fuera de los centros de salud.

CALIDAD

1. Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente Comunal

La organización Mundial de la Salud, OMS, define que "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riegos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso", en consecuencia, nuestra institución la define como la provisión de servicios de salud de manera oportuna y de fácil acceso, logrando continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, optimizando al máximo los recursos disponibles y poniendo al servicio de los usuarios las máximas competencias técnicas del personal de salud para alcanzar los niveles de excelencia esperados con el menor riesgo.

De lo anterior resulta la política de calidad del Área de salud de la Corporación Municipal de La Florida (COMUDEF) que la define como uno de los ejes de la gestión comunal y un pilar para el cumplimiento de la Misión en el ámbito de la salud, cuyo principal propósito es "*Mejorar el nivel de salud de nuestra comunidad mediante políticas vanguardistas a través de acciones integrales, oportunas, proactivas, de calidad y resolutivas, que favorezcan la promoción, el autocuidado y la satisfacción de necesidades sanitarias, basado en el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, liderada por un equipo entusiasta y comprometido con el fin de modernizar la gestión*", lo que da origen a la consolidación de un lineamiento central que describe y define funciones, responsabilidades, organizaciones, entre otras, para dar cumplimiento a un trabajo de gestión, consecuente, fortaleciendo los procesos de gestión clínica, medición de indicadores, sistematización de la información, estandarización de registros, entre otros, respondiendo al compromiso de gestión correspondiente a la postulación de nuestros centros de salud al proceso de acreditación de prestadores institucionales.

El marco normativo que regula la actividad de la gestión de calidad, específicamente, que responde al proceso de acreditación:

- Ley N° 19.937 Autorización Sanitaria, que define la institucionalidad del Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente, de la Subsecretaria de Redes Asistenciales y la Intendencia de prestadores de la Superintendencia de Salud.
- Ley N° Régimen General de Garantía de Salud (GES), con la Garantía de Calidad a través del registro de profesionales y técnicos y el sistema de acreditación de prestadores institucionales.
- Reglamentos de Certificación y registro de prestadores individuales y del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de Salud. (DTO. 15 Y DTO.57 del 2007, del Ministerio de Salud).
- Ley de Derechos y deberes (Ley 20584/oct 2012). Resolución Exenta N° 1.031 de 17 octubre 2012: APRUEBA PROTOCOLOS Y NORMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD, hace exigible a prestadores públicos y privados el cumplimiento al monitoreo y reporte de indicadores de seguridad, así como la vigilancia de los eventos adversos y centinela.
- Norma técnica 124, del 2011, del Ministerio de Salud, sobre programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

- D.S 908 de 1991 que regula CONDAS, CORDAS Y COLDAS; Resoluciones: 254 del 2012, 416 del 2010, que regulan la RAD, respecto a bases técnicas, convenios y cálculos capacidad formadora, entre otros.

Durante el 2016, los desafíos planteados fueron:

- Presentación de uno de nuestros centros de salud de nuestra comuna en el proceso de Acreditación como prestador institucional de Calidad.
- Sistematizar de manera local el proceso de encuestas de satisfacción usuaria.
- Sistematización de la información de la gestión de la calidad.
- Estandarización de procesos a partir de lineamientos comunales.
- Elaborar e implementar sistemas de auditoría de registros mínimos.
- Puesta en marcha de un Modelo de Trabajo de Gestión de Calidad que sea más inclusivo.
- Participación activa en el trabajo local de los centros de salud: Acompañamiento.
- Consolidar y potenciar el trabajo en calidad.
- Establecer herramientas que permitan desarrollar gestión de calidad a través de la sistematización de la información.
- Alcanzar estándares de calidad asistencial en nuestros procesos clínicos de manera continua.

Gestión de Calidad 2016 - 2017

El Modelo de Trabajo Gestión de Calidad Comunal durante este periodo consistió en la evaluación el cumplimiento de la sistematización de nuestros procesos. Años anteriores el foco estaba en la evaluación diagnóstica constante de nuestras tareas, sin embargo 2016 y primer semestre 2017 la mirada se centró en dos grandes aspectos, programas de intervención: a través de difusión, capacitación, estandarizacion de normativas y protocolos y su medición. En consecuencia surgió el segundo aspecto que se concentra en las medidas de control, como planes de mejora, loa que a su vez son evaluados con el fin de medir el impacto generado en la gestión clínica.

Una de nuestras metas principales el 2016 fue el establecer un modelo de trabajo, primero en relación al equipo humano y la distribución horaria para desempeñar funciones claves en el ámbito de intervención y evaluación de procesos, específicamente en las áreas de cumplimiento de normativas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria y en paralelo la segunda área que corresponde a la documentación y medición del cumplimiento de los procesos clínicos definidos claves por nuestra institución.

Tabla N° 170: Modelo gestión de calidad. Distribución de actividades y horas

	Responsable	Actividad	Tiempo asignado (programado)	Resultado Esperado
MODELO DE TRABAJO EN GESTION DE CALIDAD	Director CESFAM	Evaluar la Ejecución del Plan de Calidad		ACREDITACION DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD
	Encargado de Calidad y Seguridad del Paciente	Dar cumplimiento del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.	24 Horas Semanales	
		Asesorar, controlar y supervisar el cumplimiento de las características y verificadores, en los puntos de verificación del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.		
		Efectuar evaluaciones periódicas del cumplimiento de las características del estándar de calidad.		
		Asesorar y colaborar en el diseño y medición de la calidad asistencial, de los procesos administrativos.		
	Encargado de Ámbito	Llevar Indicadores de Calidad	2 Horas semanales	
		Supervisar la sistematización de la información (Mediciones, pautas de chequeos, etc.)		
		Actualizar datos Software de Calidad, SER-Q		
	Encargado Docente Asistencial	Supervisión docente asistencial - Tutoría	1 Hora diaria, o proporcional al tiempo de docencia directa que realiza, tutoría.	
		Evaluar capacidad formadora del centro de salud		
		Programar de actividad docente a cargo		
	Asesor Técnico	Auditoria de registros mínimos del programa que dirige.	5 Horas semanales	
		apoyar en la realización de protocolos asociado a sus actividades		
	Encargado Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos	Análisis de EA.	1 Hora semanal	
		Desarrollo sistema de vigilancia.		
		Notificación EA		

Análisis Gestión de Calidad 2016

El trabajo en calidad estuvo centrado en potenciar, sistematizar y regularizar, a través de la estandarización y homologación de los procesos a nivel comunal, los ámbitos de satisfacción Usuaria, registros clínicos, supervisión de actividades y procedimientos, tanto clínicos como administrativos.

La metodología de trabajo fue la incorporación, de manera protagónica, la participación activa de los encargados de calidad de los centros de salud, en la toma de decisiones, para dar cumplimiento a los objetivos planteados:

- La seguridad de nuestros usuarios,
- La mejora de la práctica clínica
- La consolidación de las actividades.

La estrategias utilizadas, durante 2016:

- Potenciar conocimiento en el ámbito de calidad, a través del aumento en la cobertura de nuestro programa de capacitación, en dicha área, a directivos y líderes de calidad de la comuna, de tal manera de lograr estandarizar el "lenguaje" de calidad.
- Autoevaluaciones formativas aplicando la pauta de cotejo del manual de estándar general de acreditación para prestadores institucionales de salud, permitiéndonos dar cuenta del estado real del cumplimiento de nuestros planes de calidad.
- Aplicación, metódica y sistemática de la encuesta de satisfacción usuaria,
- Auto aplicación del check list de las normativas técnicas básicas,
- Evaluación metódica y sistemática de registros clínicos a través de la designación criterios mínimos de cumplimiento obligatorio que permitan y aseguren la continuidad de la atención para cada una de nuestras prestaciones.

Para el segundo semestre del 2016 y 2017 se propone como tarea la elaboraron de indicadores trazadores, para estandarizar procesos ejecutados en la comuna. Algunos de los procesos que se incorporaron en este desafío fueron:

- Registro Clínico
- Satisfacción Usuaria.
- Servicios de apoyo (Farmacia, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Esterilización, Kinesioterapia, Transporte.)

Como metodología base para evaluar, implementar mejoras y medir impacto, se hizo primordial instaurar el proceso de supervisión de actividades.
Se define como supervisión "*Vigilancia de la realización de una actividad determinada por parte de una persona con autoridad*". Sin embargo como unidad de calidad de la comuna de La Florida apostamos por la "sensibilización en la adherencia a un proceso que pudiese generar resistencia, optando por denominarlo "*acompañamiento en la mejora continua*".

Para dar cumplimiento a esta tarea de supervisar, se intenciona la participación activa del referente comunal en los centros de salud con inclusión de todo su equipo de calidad.

El primer semestre 2016 se inician las evaluaciones con metodología de aplicación de instrumento entregado por la superintendencia de salud, de manera cruzada.

Para el monitoreo contante de los procesos locales, la comuna, como inversión asociada a las actividades docentes asistencial, mantiene y fortalece programa informático, como la herramienta facilitadora del análisis de cumplimiento del trabajo local y la sistematización en la gestión de cálida permitiendo el seguimiento de indicadores, gestión documental y procesos de autorización sanitaria, además de incorporar la pauta de cotejo manual de atención abierta.

Sobre la Evaluación de Registros Clínicos

Ha sido considerada como el mecanismo para supervisar el cumplimiento de la calidad de los registros, competencia técnica de los profesionales y como un insumo para las calificaciones. Con el tiempo se ha evidenciado, que las principales dificultades tienen que ver con la calidad del registro, específicamente en la precisión de la información imposibilitando la continuidad de la atención.

Durante el 2016 se trabajó en validar la metodología de la evaluación de registros según la prestación realizada, estandarizando ítems que den cuenta, de criterios “mínimos” exigibles en las atenciones y actividades.

La evaluación de registros clínico a través de pautas estándares de auditoría se caracteriza por lograr: Objetividad, Gestión Clínica, para fomentar la mejora continua a partir de los resultados.

Satisfacción Usuaria

La calidad centrada en los usuarios, se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los diversos servicios entregados por nuestra comuna, entendiendo que no sólo consideramos como resultado el sanar, sino también, variables que para el usuario son importantes, en el sentido de saber, qué valora en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido.

En consecuencia, conocer los elementos que generan satisfacción e insatisfacción en la atención, nos permite gestionar herramientas para el planteamiento de estrategias focalizadas en la mejora

continua de los servicios otorgándole oportunidad al paciente de adoptar un rol más activo y tomar decisiones sobre lo que desea recibir.

Por muchos, en nuestra comuna, se ha incorporado la medición de la satisfacción usuraria como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria, permitiéndonos visualizar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención de salud.

El 2016 se logró estandarizar la metodología de medición, con la implementación de un instrumento validado por la Superintendencia de Salud, logrando analizar de manera sistemáticas las brechas permitiéndonos establecer estrategias de mejora continua en nuestra gestión. Toma gran relevancia, la mejora en la calidad de nuestra atención, la cultura de mejora continua y el dar respuesta al proceso de Acreditación en su ámbito Dignidad del Paciente.

Las estrategias propuestas por cada equipo de los Centros de Salud son las siguientes:

- Difusión de la Ley de Deberes y derechos a los usuarios y personal de salud.
- Elaboración y difusión del Reglamento Interno de procedimientos para la entrega de servicios y cumplimiento de la Ley de Deberes y Derechos.
- Mejoramiento del acceso para la presentación de las solicitudes ciudadanas y reclamos.
- Mejorar la regulación y difusión de las normas docentes asistenciales.
- Mejoramiento del trato al usuario por el personal de primera línea aumentando el trabajo educativo para el desarrollo de habilidades sociales.

Evaluación del Plan de Calidad Del Año 2016, Proyecciones 2017

El 2016, el trabajo en calidad se enfocó en:

El cumplimiento de las normativas técnicas básicas (Autorización y demostración Sanitaria), además de fortalecer la preparación al proceso de Acreditación como instituciones de prestadora de Salud, teniendo como objetivo los plazos establecidos por la legislación vigente (D.S 4 modificado para 30 junio 2016) y los siguientes objetivos:

Mantener la Gestión de Calidad en la Comuna de La Florida, El Comité comunal de Calidad se reúne en forma mensual con el objeto de analizar avances en dicha área, resolver nuevas problemáticas y realizar los ajustes al plan anual, planteándose nuevos desafíos principalmente que dicen relación con la sistematización de los procesos de mejora continua para la calidad.

Mantención de la distribución de las horas indirectas para el encargado de calidad y su equipo para el mantenimiento y mejora del proceso de gestión de calidad.

El 2017, se está trabajando en:

La consolidación de los procesos de Gestión de Calidad y que el equipo de calidad siga liderando la implementación y monitoreo de la sistematización y la mejora continua de los procesos clínicos y administrativos.

Restablecimiento y consolidación de trámites de solicitud de Demostración y Autorización Sanitaria. Se retomó la recolección y revisión de documentación necesaria para la realización de dichas

solicitudes que se encontraban pendientes, con el fin de regularizar dicha condición de nuestros centros de salud.

Regularización de las Direcciones Técnicas de los Establecimientos con la correspondiente descripción de funciones, resolución de Secretaria General de la Corporación y refrendada por la Autoridad Sanitaria.

Tabla N° 171: Evaluación Programa de Calidad Comunal 2016 - 2017

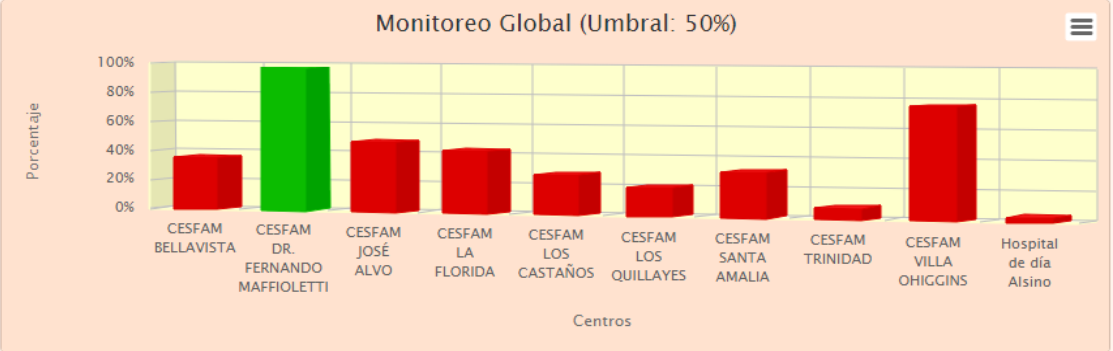
Evaluación		
	Gestión de Documentos	Obtener aprobación de los documentos comunales, que tiene como objetivo establecer, de manera estándar, lineamientos del funcionamiento comunal.
	Trabajo del Comité de Calidad	Dar sistematización mensual al trabajo del comité. Difundir el funcionamiento y objetivos del mismo.
	Uso de tecnologías	Incorporar la notificación y análisis de eventos adversos en nuestro software de gestión de calidad ser-q
	Trabajo del Comité	Autoevaluación formativa de los 9 centros de salud.
	Supervisión	Evaluación de registro sistemáticas. Evaluación sistemática de indicadores según periodicidad, Implementar programa supervisión de procedimiento clínicos. Presentar supervisión de cumplimiento de los protocolos.
	REAS	Implementar REAS dando cumplimiento a las normativas que lo regulan.
	Calidad: Dignidad del Paciente	Mantener y fortalecer la sistematización de la evaluación de la satisfacción usuaria de manera mensual, con evaluación trimestral de los planes de mejoras sobre brechas detectadas.
	Capacitación del Equipo de Calidad	Generar instancias de Capacitación avanzada para integrantes del comité y asesores técnicos a nivel comunal.
	Gestión del Comité de Calidad	Seguimiento de proceso de Autorización Sanitaria
		Realizar evaluaciones a los CESFAM para la Acreditación.
		Instaurar programa de supervisión comunal de procesos relacionados con Gestión clínica y unidades de apoyo
		Iniciar sistema de Vigilancia Activa de eventos adversos. Notificación y generación de seguimiento del paciente y Planes de Mejora

Sobre el proceso de acreditación, para el cumplimiento de la garantía de calidad de la atención del GES

Para presentarnos al proceso de acreditación, por el cual hemos trabajado duramente, como comuna y equipo de calidad en conjunto con los directivos, debemos dar cumplimiento a la *Pauta de cotejo del manual de estándar general para la acreditación de prestadores institucionales de salud correspondiente a la atención abierta*, la que en primera instancia nos exige el cumplimiento del 50 % de la pauta total y un 100% de las características obligatorias.

Nuestros centros, durante el 2016 – 2017 monitorizados por nuestro SERQ, presentan:

Grafico N° 78: Evaluación de cumplimiento Proceso de acreditación, atreves del *total de las características* que aplican a la atención abierta, distribuidas por centro de salud 2016



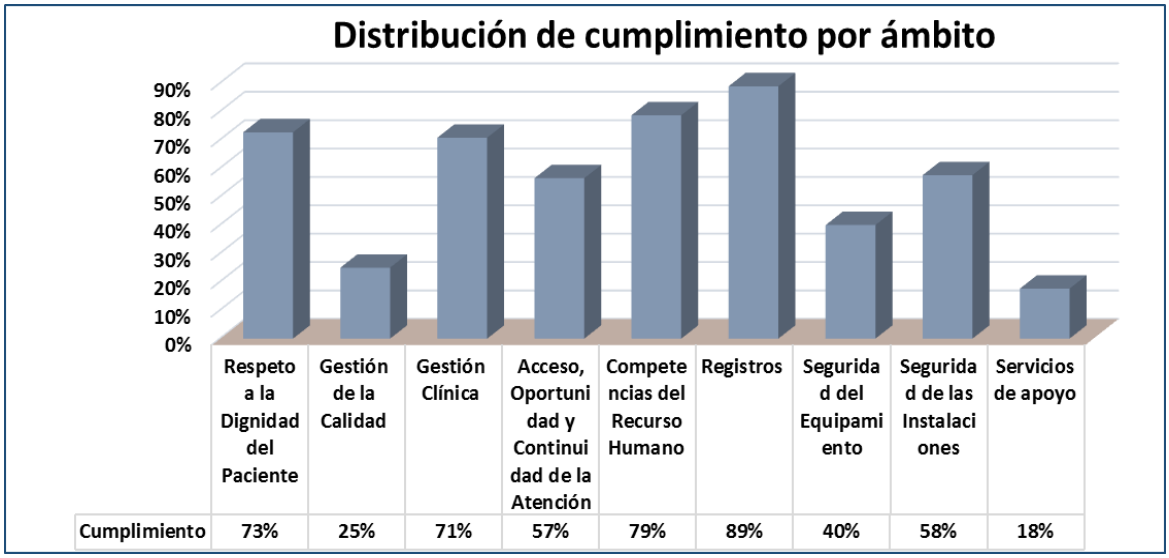
CESFAM BELLAVISTA	CESFAM DR. FERNANDO MAFFIOLETTI	CESFAM JOSÉ ALVO	CESFAM LA FLORIDA	CESFAM LOS CASTAÑOS	CESFAM LOS QUILLAYES	CESFAM SANTA AMALIA	CESFAM TRINIDAD	CESFAM VILLA OHIGGINS	Hospital de día Alsino
36,25%	98,31%	47,83%	43,1%	27,12%	20%	30,36%	7,95%	76,27%	3,49%
(72,73% oblig.)	(100% oblig.)	(54,55% oblig.)	(70% oblig.)	(50% oblig.)	(50% oblig.)	(40% oblig.)	(33,33% oblig.)	(80% oblig.)	(37,5% oblig.)

Grafico N° 79: Evaluación de cumplimiento Proceso de acreditación, atreves del total de las *características obligatoria* que aplican a la atención abierta, distribuidas por centro de salud

CESFAM BELLAVISTA	CESFAM DR. FERNANDO MAFFIOLETTI	CESFAM JOSÉ ALVO	CESFAM LA FLORIDA	CESFAM LOS CASTAÑOS	CESFAM LOS QUILLAYES	CESFAM SANTA AMALIA	CESFAM TRINIDAD	CESFAM VILLA OHIGGINS	Hospital de día Alsino
72,73%	100%	54,55%	70%	50%	50%	40%	33,33%	80%	37,5%

La pauta por la cual medimos nuestro cumplimiento para el proceso de acreditación, se divide en 9 ámbitos, y el cumplimiento de estos por centro:

Grafico N° 80: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Bellavista



	Respeto a la Dignidad del Paciente	Gestión de la Calidad	Gestión Clínica	Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	Competencias del Recurso Humano	Registros	Seguridad del Equipamiento	Seguridad de las Instalaciones	Servicios de apoyo
Cumplimiento	73%	25%	71%	57%	79%	89%	40%	58%	18%

Grafico N° 81: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM José Alvo

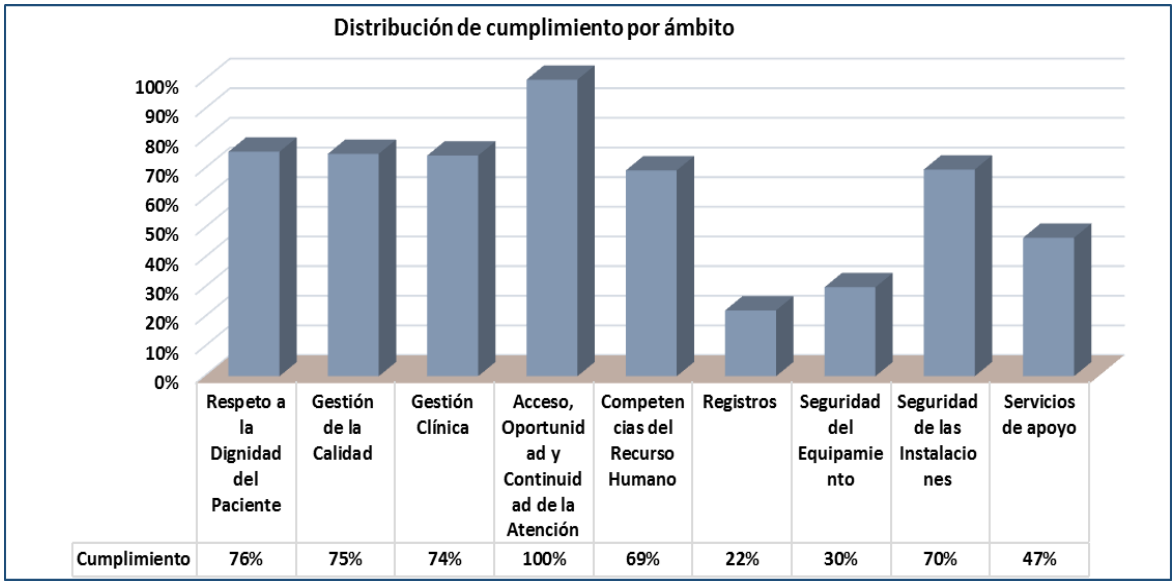


Grafico N° 82: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Los Castaños

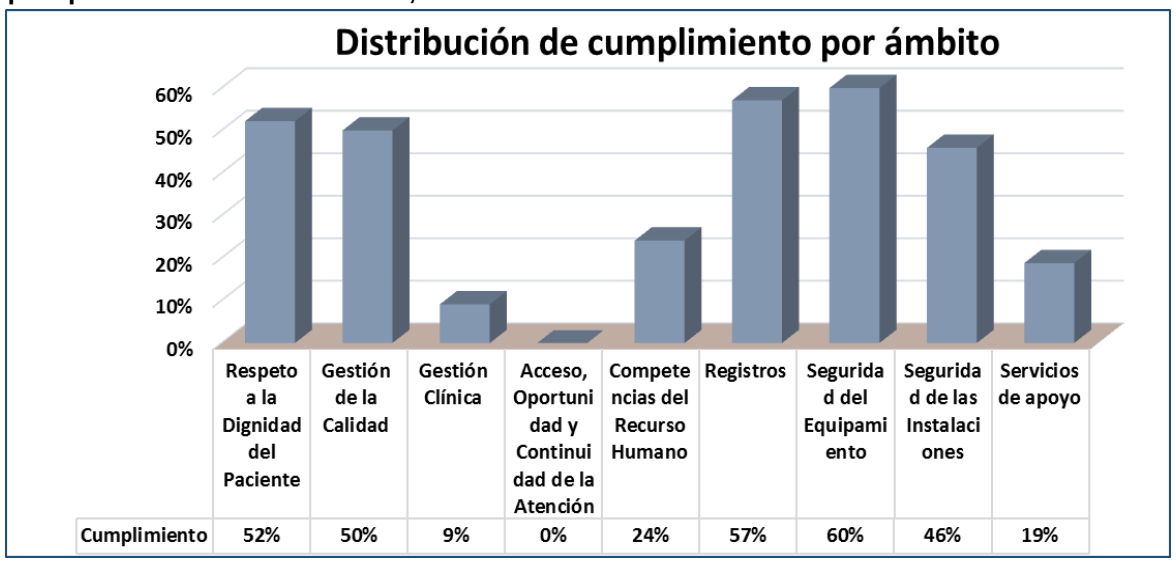


Grafico N° 83: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM La Florida

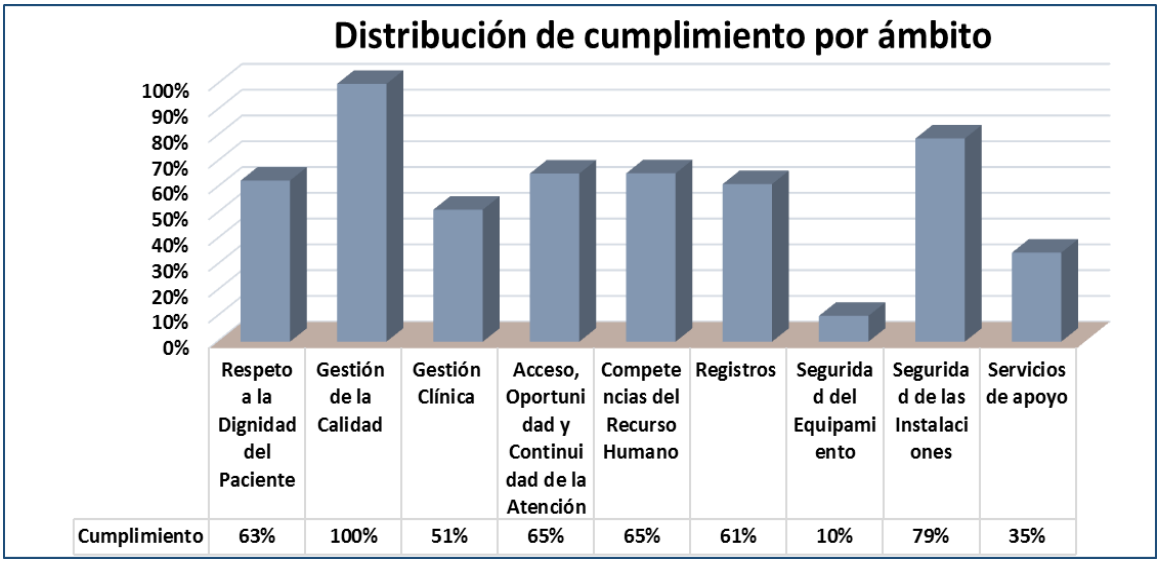


Grafico N° 84: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Los Quillayes

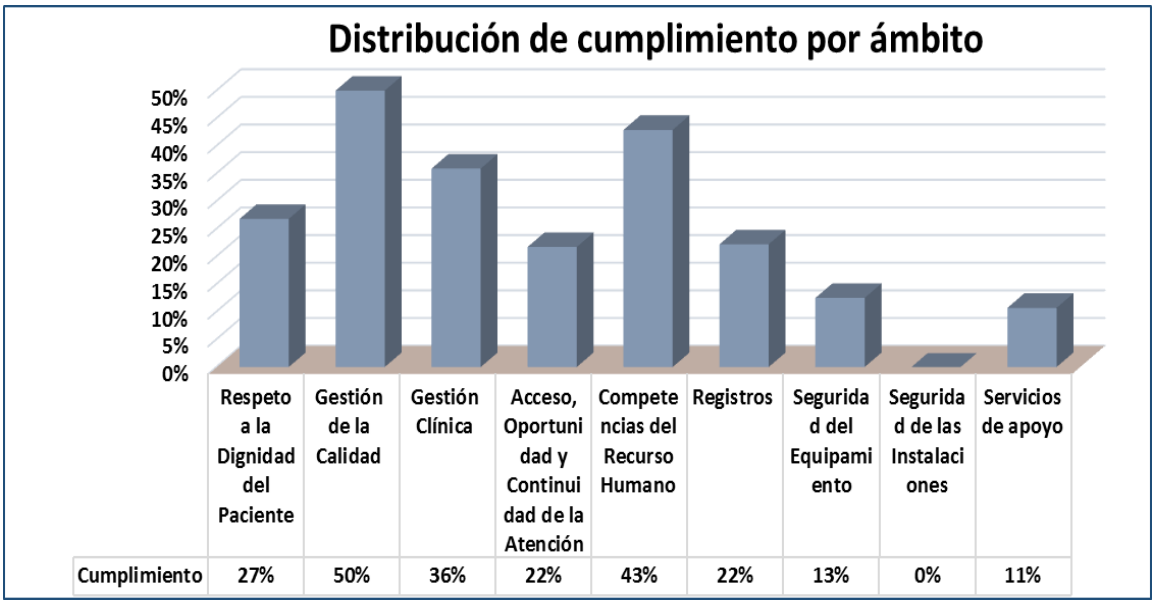


Grafico N° 85: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Maffioletti

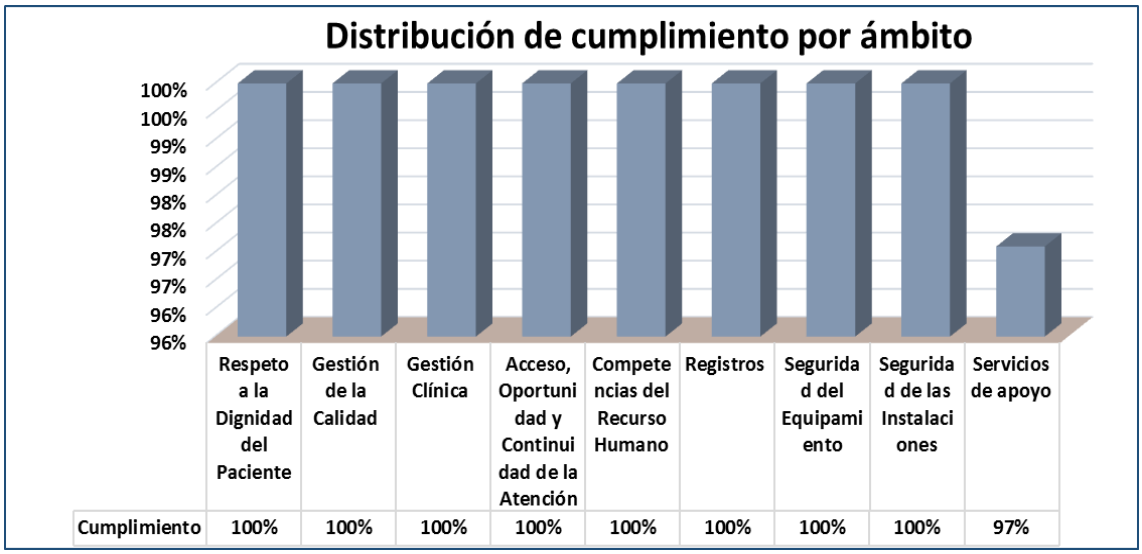


Grafico N° 86: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Santa Amalia

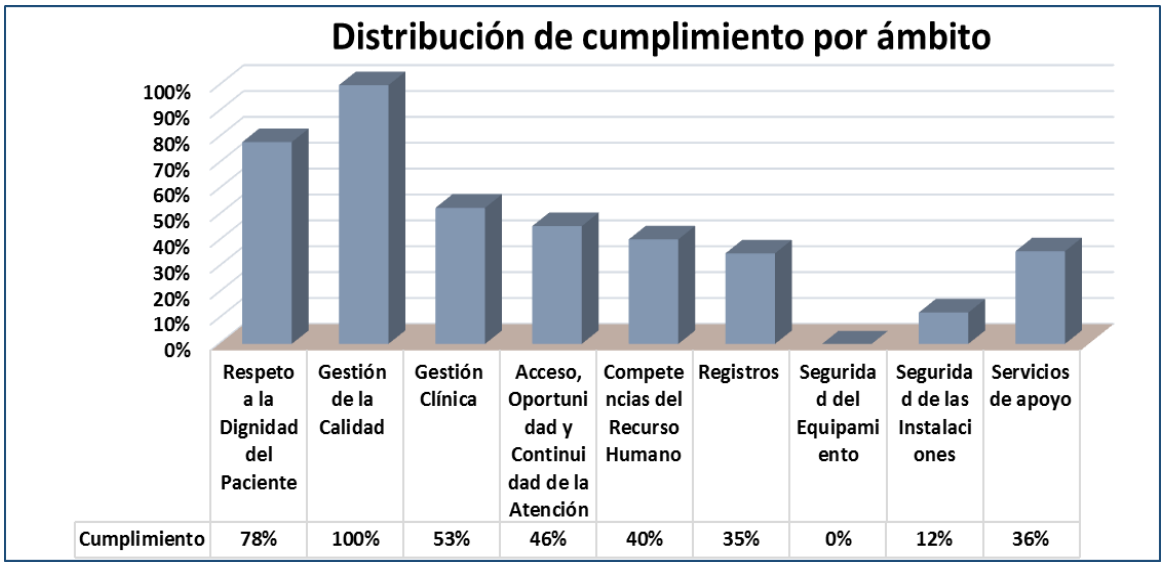
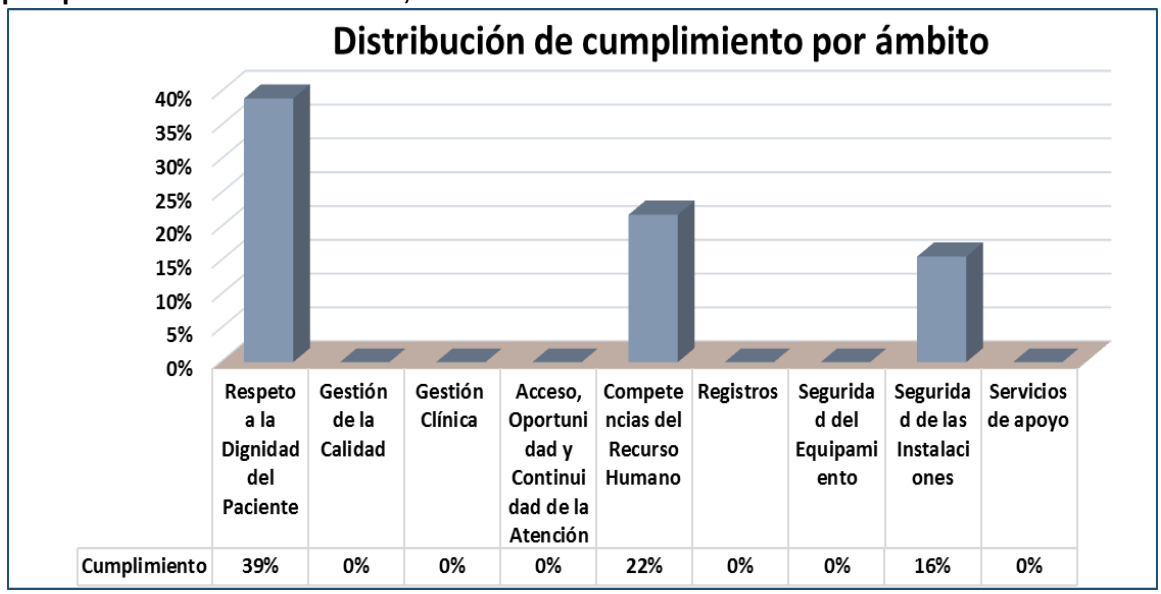
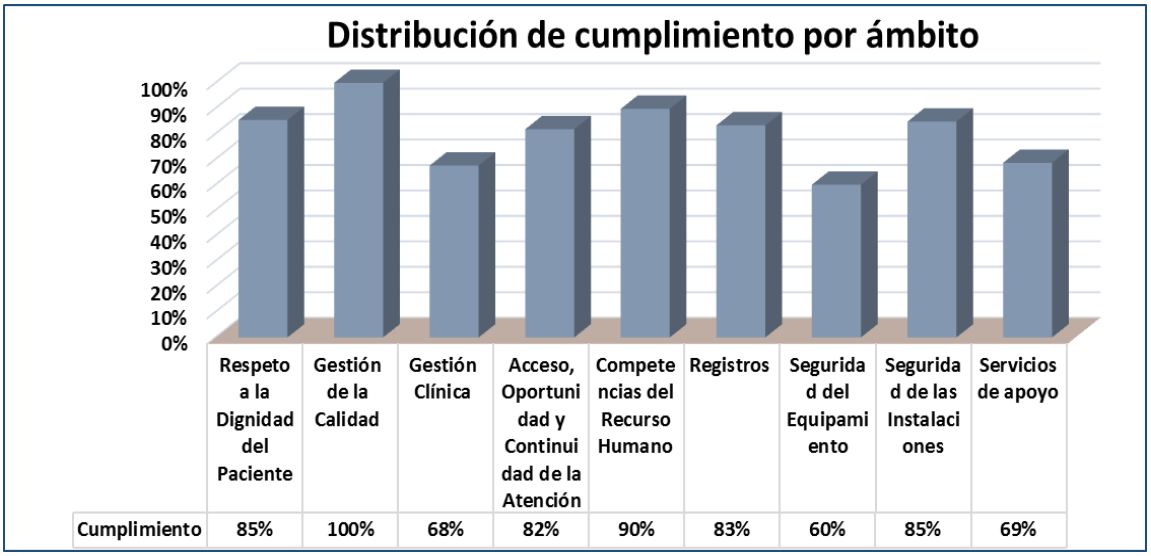


Grafico N° 87: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Trinidad



	Respeto a la Dignidad del Paciente	Gestión de la Calidad	Gestión Clínica	Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	Competencias del Recurso Humano	Registros	Seguridad del Equipamiento	Seguridad de las Instalaciones	Servicios de apoyo
Cumplimiento	39%	0%	0%	0%	22%	0%	0%	16%	0%

Grafico N° 88: Evaluación de cumplimiento proceso de acreditación, distribuido por ámbitos que aplican a la atención abierta, CESFAM Villa O'Higgins



	Respeto a la Dignidad del Paciente	Gestión de la Calidad	Gestión Clínica	Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	Competencias del Recurso Humano	Registros	Seguridad del Equipamiento	Seguridad de las Instalaciones	Servicios de apoyo
Cumplimiento	85%	100%	68%	82%	90%	83%	60%	85%	69%

Para 2017 y proyecciones 2018:

Objetivos planteados los cuales la institución trabaja:

- Mejorar la calidad.
- Mejorar la prestación de los servicios.
- Reducir los costos y aumentar la eficiencia.
- Reforzar la confianza del público.
- Proveer educación a los equipos de salud.
- Proporcionar datos comparativos respecto a otras instituciones sobre estructuras, procesos y resultados.
- Aumentar el grupo objetivo que conozca y participe de este proceso.
- Superar la resistencia al cambio.
- Disminuir brechas Infraestructuras que interfieran con el cumplimiento ítems evaluados.

Las Metas de Calidad para el año 2017 - 2018 son las siguientes:

- Fortalecer las materias relacionadas con la calidad de los servicios y acreditación.
- Mantención y fiscalización sobre condición sanitaria de nuestros centros de salud.
- Mantener un mejoramiento sostenido de los indicadores de trato al usuario con mediciones sistemáticas de la Satisfacción Usuaria.
- Realizar evaluaciones de las características, que durante el 2017, no lograron el porcentaje de cumplimiento impuesto localmente, a través de la revisión de los Planes de Mejora, basados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Abierta de la Superintendencia de Salud.
- Cumplir en un 100% las Garantías Explícitas de Salud (GES) de Acceso, Oportunidad y Calidad correspondientes al Nivel Primario de Salud.
- Mantener el proceso de control de calidad del laboratorio comunal, nacional e internacional, con periodicidad semestral, trimestral y mensual (PEEC, EQAS).
- Dar cumplimiento efectivo de los planes prevención de riesgo y salud laboral de los establecimientos.
- Lograr cumplimiento del rol docente de los funcionarios y de las normas técnicas para el desarrollo de la docencia en cada establecimiento de la Red de Salud Comunal.
- Participación activa en reuniones y procesos establecido por el SSMSO, generando propuestas de mejoras y mostrando nuestra gestión a nivel de la red. Tanto en los proceso de calidad como en el comité de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) que hasta principios del 2017 era solo de obligatoriedad de atención cerrada.

2. Estrategias Para El Desarrollo De La Gestión De Calidad 2018

- Sensibilización y motivación de los funcionarios en los procesos de calidad, a través de capacitación continua y educación permanente en temas relacionados con la Calidad y/o Acreditación.
- Difusión de las políticas en materia de calidad a los equipos de salud y comunidad, en los espacios de participación social y de los trabajadores, como consejos técnicos, reuniones generales, reuniones técnicas a nivel de la Corporación y Consejos de Desarrollo Local.
- Monitorización constante de los proceso.

- Fortalecer la notificación y vigilancia de los eventos adversos, incorporando esta actividad al quehacer habitual de los equipos como parte del mejoramiento continuo de los servicios.
- Evaluación y diseño del Plan de Mantención del Equipamiento e Instalaciones de la Red de Salud.

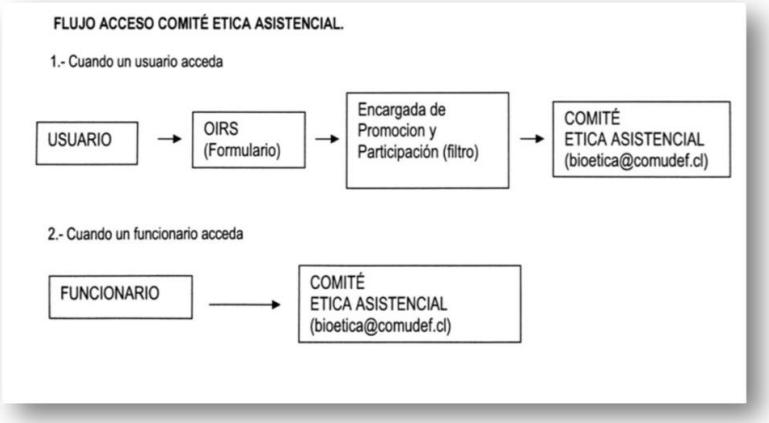
3. Desarrollo de la Bioética

La comuna, cuenta con un comité de ética asistencial, el cual durante primer semestre 2016, retoma actividades, regularizando su funcionamiento, incorporando nuevos integrantes que en conjunto se da cumpliendo, al rol asesor, de la Jefatura de Salud, y de los Equipos de los Establecimientos de Salud dependientes de la Corporación Municipal propuestos al momento de la creación del comité.

Están integrando el comité:

- Nicolás Ibarra, abogado área de salud, COMUDEF, Presidente del Comité de Bioética de la Red Comunal de La Florida.
- Juan Pablo Villena Villarroel, Kinesiólogo, Encargado de GES, y capacitación de la Corporación Municipal de La Florida.
- Luz María Garrido Correa, Tecnólogo Médico, Asesor Técnico, Encargado Comunal de Calidad y Coordinador Docente Asistencial de la Corporación Municipal de La Florida
- Paula Belmar, Trabajadora Social CESFAM La Florida.
- Pedro Arias, integrante Consejo de Desarrollo Local CESFAM Bellavista.
- Edith Mora San Martín, Trabajadora Social, Asesora del Departamento de Calidad y Seguridad del Pacientes, SSMSO, Miembro Permanente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Marcela Morales Alvarado, Kinesióloga, Encargada de Calidad del Centro de Salud Familiar Los Quillayes, Secretaria del Comité de Bioética de la Red Comunal de La Florida.
- Verónica Paredes García, Médico, Encargada de Calidad del Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins.

Disponibilidad de correo electrónico institucional para el Comité de Bioética. bioética@COMUDEF.cl , creación y diseño del logo del Comité de Bioética.



COMUDEF

RED DE URGENCIA COMUNAL

1. Red De Urgencia Comunal

Si bien nuestros servicios tienen una fuerte orientación hacia la prevención, promoción y tratamiento de la patología de menor complejidad del punto de vista biomédico, también es cierto que debemos contar con la posibilidad de atender con premura las demandas de nuestros usuarios, sobre todo en el caso de presentar urgencias vitales.

Red de Atención

La Comuna de La Florida cuenta con 9 Centros de Salud Familiar, los que además de las horas de morbilidad y de las diferentes prestaciones que entregan cuentan con un Servicio de Atención Continua (SAC) el que absorbe la consulta espontánea de los usuarios que no alcanzaron una hora y resuelve las eventuales urgencias que podrían presentarse, dándole continuidad de atención. Además existen las atenciones en SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia).
De los 9 CESFAM 8 cuentan con SAPU, 6 de los cuales atienden hasta las 24 hrs. y los 2 restantes atienden durante toda la noche, hasta las 8:00 am del día siguiente.
A contar de agosto del año 2014 se ha llevado un registro mucho más detallado de las atenciones realizadas en todos los SAC y SAPU, lo que ha permitido evaluar la real magnitud de las atenciones espontáneas realizadas por los Centros de Salud.

Tabla N° 89 :

CESFAM	Total	%
Centro de Salud Familiar Los Castaños	26.657	9,8
Centro de Salud Familiar Villa O´Higgins	39.328	14,5
Centro de Salud Familiar Los Quillayes	60.693	22,3
Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Maffioletti	25.933	9,5
Centro de Salud Familiar Santa Amalia	32.262	11,9
Centro de Salud Familiar Trinidad	24.577	9,0
Centro de Salud Familiar La Florida	33.476	12,3
Centro de Salud Familiar Jose Alvo	28.928	10,7
Total Comunal	271.854	100

Fuente: Unidad técnica.

Los Centros que concentran la mayor cantidad de atenciones de urgencias son CESFAM Los Quillayes con 60.693 atenciones en el período, seguido por CESFAM Villa O´Higgins. Ambos centros coincidentemente son los que tienen atención continua, las 24 hrs. del día, considerando la modalidad de atención en SAC y SAPU juntas. De las atenciones, alrededor del 65% son realizadas en horario de SAPU, y las restantes en horario de SAC.

El promedio de atenciones de pacientes que se inscriben después de las 24 hrs. es de alrededor de 25 pacientes por noche, en los centros que realizan atención en este horario, es decir, Los Quillayes y Villa O´Higgins.

Uno de los principales motivos de consulta son las patologías de tipo respiratorias, las que si bien presentan un aumento estacional en los períodos de campaña de invierno, en promedio, durante el año, siguen siendo la principal causa de consulta.

Nuestros SAC y SAPU trabajan insertos en la red de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), como el primer eslabón de la Red, y puerta de entrada al sistema en conjunto con los CESFAM, formando la Red de Atención Primaria (APS). Esta red se articula, en el caso de la urgencias, con el nivel secundario con un grupo de ambulancias comunales, 8 en total, las que permiten trasladar con seguridad y eficiencia los pacientes de mayor complejidad desde los diferentes Centros de APS a los diferentes Servicios de Urgencias Hospitalarias de la Red.

Tabla N° 171: Horarios de Atención en SAC y SAPU por CESFAM.

CESFAM	SAC	SAPU
Centro de Salud Familiar Villa O´Higgins	8:00 a 17:30	17:30 a 8:00
Centro de Salud Familiar Los Quillayes	8:00 a 17:30	17:30 a 8:00
Centro de Salud Familiar Los Castaños	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00
Centro de Salud Familiar Bellavista	8:00 a 21:00	
Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Maffioletti	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00
Centro de Salud Familiar Santa Amalia	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00
Centro de Salud Familiar Trinidad	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00
Centro de Salud Familiar La Florida	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00
Centro de Salud Familiar José Alvo	8:00 a 17:30	17:30 a 24:00

Fuente: datos COMUDEF.

2. Red de Ambulancias

El año 2015 se aumentó la flota de ambulancias en 1, con lo que se logró que cada uno de los CESFAM que cuentan con SAPU tengan una ambulancia, en el mismo horario de su funcionamiento, es decir 8 ambulancias, 6 de las cuales trabajan de las 8:00 a las 24 hrs. y las 2 restantes 24 hrs. continuas. Este es un elemento fundamental para el traslado de pacientes al nivel secundario, en busca de resolver problemas médicos de mayor complejidad.

Las ambulancias se mantienen comunicadas con un sistema de radios digitales de última generación, servicio contratado a la empresa Gallyas, lo que permite coordinar su funcionamiento a través de la comuna. En CESFAM Los Quillayes, a través del centro regulador, se realiza la coordinación de los móviles, priorizando el traslado de pacientes de mayor gravedad para que puedan obtener una rápida atención El control de las ambulancias se complementa con un sistema de GPS, que permite ver en tiempo real su ubicación a través de un programa computacional.

Fuente: datos COMUDEF.

COMUDEF

PRESUPUESTO

1. Balance de Ejecución Presupuestaria 2016

Las siguientes Tablas muestran los ingresos percibidos durante el año 2016, con sus respectivas glosas, así como también el desglose de los egresos durante el respectivo año.

Denominación	Ingresos 2016 (M$)
C x C Transferencias Corrientes	**29.362.858.278**
De Otras Entidades Públicas	29.362.858.278
Del Servicio de Salud [1]	25.057.385.618
De Otras Entidades Públicas [1]	46.096.918
De la Municipalidad a Servicios incorporados a su Gestión	4.259.375.742
C x C Otros Ingresos Corrientes	**40.223.567**
Otros	40.223.567

Denominación	Egresos 2016 (M$)
C x P Gastos en Personal	**24.733.732.287**
Personal de Planta	23.019.767.124
Personal a Contrata	314.686.604
Otras Remuneraciones	1.399.278.559
C x P Bienes y Servicios de Consumo	**4.715.473.819**
Textiles, Vestuario y Calzado	4.139.379
Combustibles y Lubricantes	85.344.802
Materiales de Uso o Consumo	1.157.799.965
Servicios Básicos	482.508.621
Mantenimiento y Reparaciones	305.030.579
Publicidad y Difusión	72.522.333
Servicios Generales	1.901.756.536
Arriendos	283.701.303
Servicios Financieros y de Seguros	22.558.427
Servicios Técnicos y Profesionales	7.648.050
Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	392.463.824
C x P Otros Gastos Corrientes	**5.000.000**
Devoluciones	5.000.000
C x P Adquisición de Activos no Financieros	**45.480.086**
Mobiliario y Otros	31.236.115

Máquinas y Equipos	8.109.294
Equipos Informáticos	6.134.677
C x P Iniciativas de Inversión	**185.262.034**
Proyectos	185.262.034
C x P Transferencias de Capital	**920.000.000**
A Otras Entidades Públicas	920.000.000
C x P Servicio de la Deuda	**1.626.767.201**
Deuda Flotante	1.626.767.201

2. Presupuesto 2018

Orientación presupuestaria 2018, Área de Salud

2.1. Ingresos Presupuestarios:

El presupuesto del Área Salud, desde el punto de vista de los ingresos, se compone fundamentalmente de la asignación percibida por concepto Per Cápita de acuerdo a los inscritos validados de la comuna en sus 9 Centros de Salud, más aportes sectoriales para la ejecución de convenios con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, más financiamiento Municipal.

Los supuestos considerados son:

1. Mantención o aumento de usuarios inscritos percápitados en Centros de Salud Familiar.

2. Continuidad de Convenios Ministeriales. (MINSAL).

3. Convenios especiales de Apoyo a la Gestión.

4. Incremento del Aporte Municipal para ejecución de Proyectos Municipales en el Ámbito de Salud.

5. Reajuste estimado del sector público 3% (IPC).

Tabla N° 172: Presupuesto 2018. Ingresos.

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
115	**Deudores Presupuestarios**	**36.672.000**
115.05	**C x C Transferencias Corrientes**	**34.135.509**
115.05.03	**De Otras Entidades Públicas**	**34.135.509**
115.05.03.006	Del Servicio de Salud [1]	30.552.220
115.05.03.006.001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49 [1]	20.948.713
115.05.03.006.002	Aportes Afectados [1]	9.603.507
115.05.03.006.002.002	Resolución Especialidades Médicas	0
115.05.03.006.002.004	Reintegro FAR	0
115.05.03.006.002.005	PROGRAMA ATENCION DOMICILIO POSTRADOS	0
115.05.03.006.002.006	Convenio Salud Mental Integral	0
115.05.03.006.002.008	SAPU	1.405.967
115.05.03.006.002.009	SAPU IRA	20.337
115.05.03.006.002.010	RX PROBLEMAS RESPIRATORIOS	48.750
115.05.03.006.002.012	Fortalecimiento de la Salud Mental Comunitaria a través de trabajo	0
115.05.03.006.002.013	CONACE	0
115.05.03.006.002.014	Programa PPV Programa Escolar (SIE)	151.281
115.05.03.006.002.015	PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO	336.015
115.05.03.006.002.016	Programa Ges y PPV Alcohol y Drogas Menores de 20 años	0
115.05.03.006.002.018	SAPU ADD	12.211
115.05.03.006.002.019	SALA ERA CONTINUIDAD Y EXPANSION	0
115.05.03.006.002.021	REFORZAMIENTO ODONTOLOGICO 60 AÑOS GES	0
115.05.03.006.002.022	Programa odontológico HER	0
115.05.03.006.002.023	PROGRAMA MANTENIMIENTO APOYO A LA GESTION	24.746
115.05.03.006.002.024	BONO METAS LEY 20.250	2.991.139

COMUDEF

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
115.05.03.006.002.025	DIFERENCIAL CAMBIOS DE CATEGORIA	164.783
115.05.03.006.002.026	Desarrollo RR.HH.	0
115.05.03.006.002.027	Integración Diferencial Ley 19.813	167.215
115.05.03.006.002.028	Campaña Antiinfluenza	0
115.05.03.006.002.029	Apoyo Laboratorio GES	0
115.05.03.006.002.030	Convenio Hogar Protegido	0
115.05.03.006.002.031	Anticipo Subvención MINSAL por Jubilaciones	-82.056
115.05.03.006.002.032	Espacios Amigos Adolescentes	59.739
115.05.03.006.002.033	Programa tratamiento y rehabilitación de personas derivadas del co	229.076
115.05.03.006.002.034	Refuerzo SAPU	113.702
115.05.03.006.002.035	Salud Oral Embarazadas GES	0
115.05.03.006.002.036	Resolución de Especialidades Odontológicas	0
115.05.03.006.002.037	Programa Piloto Vida Sana Alcohol en APS	59.976
115.05.03.006.002.038	Programa apoyo a la Gestión Local Digitadores	48.242
115.05.03.006.002.039	Programa Piloto Vida Sana Obesidad	147.723
115.05.03.006.002.040	Programa Atención Domiciliaria Personas Discapacidad Severa	0
115.05.03.006.002.041	Programa Salud Mental PPI Maltrato Infantil y VIF en atención secun	44.322
115.05.03.006.002.043	Apoyo a la Gestión Dispensadores de Fármacos	0
115.05.03.006.002.044	Programa Apoyo a la Gestión a Nivel Local en AP Municipal	48.147
115.05.03.006.002.045	Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en AP	43.281
115.05.03.006.002.046	Misiones de Estudio	0
115.05.03.006.002.047	Programa Odontológico Integral	410.537
115.05.03.006.002.048	Mejoramiento de Espacios	0
115.05.03.006.002.049	Imágenes Diagnosticas	360.315
115.05.03.006.002.050	Mantenimiento Infraestructura	0
115.05.03.006.002.051	Apoyo Diagnostico NAC	0
115.05.03.006.002.052	Programa Resolutividad	297.050
115.05.03.006.002.053	GES Odontológico Preventivo	543.423
115.05.03.006.002.054	Rehabilitación Integral	40.364
115.05.03.006.002.055	Programa Control Joven Sano	0
115.05.03.006.002.056	Programa de Tratamiento y Rehabilitación por consumo de OH drog	64.039
115.05.03.006.002.057	Programa Salud Mental PPV Ges y no Ges	74.764
115.05.03.006.002.058	PROMOCION SALUD	26.909
115.05.03.006.002.059	Plan de Invierno	52.068
115.05.03.006.002.060	Mejoramiento Calidad Trato del Usuario	45.614
115.05.03.006.002.061	Odontológico Familiar	0
115.05.03.006.002.062	Adolescentes Infractores de Ley	0
115.05.03.006.002.063	Convenio Estimulo CESFAM	0
115.05.03.006.002.064	Proyecto las Lomas	0
115.05.03.006.002.065	Programa de tratamiento para Adolescentes Infractores de Ley con	151.408
115.05.03.006.002.066	Programa de Salud Mental PPV GES y no GES en la Atención Secund	227.872
115.05.03.006.002.067	Centro de Excelencia	0
115.05.03.006.002.068	Apoyo a la Gestión Incentivo	0
115.05.03.006.002.069	Apoyo a la Gestión Proyecto Bellavista	0
115.05.03.006.002.070	Apoyo a la Gestión Auge	0
115.05.03.006.002.071	Programa Fondo de Farmacia	298.411

COMUDEF

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
115.05.03.006.002.072	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en La red Asistencial	0
115.05.03.006.002.073	Rebaja por incumplimiento IAAPS	0
115.05.03.006.002.074	Programa Consultorios de Excelencia en APS	0
115.05.03.006.002.075	Fortalecimiento Medicina Familiar (Médicos especialistas)	233.371
115.05.03.006.002.076	Misiones de Estudio Reemplazante	
115.05.03.006.002.077	Rehabilitación Integral con Base Comunitaria	0
115.05.03.006.002.078	Control de Infecciones Respiratorias IRA en SAPU e IRA Mixta	0
115.05.03.006.002.079	Programa Mantenimiento de Infraestructura de Establecimientos de	0
115.05.03.006.002.080	Programa piloto acompañamiento a niños/as, adolescentes y jóven	111.693
115.05.03.006.002.083	Programa Sembrando Sonrisas	57.378
115.05.03.006.002.085	Mejoramiento Acceso a la Atención Odontológica	259.208
115.05.03.006.002.086	Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes	314.488
115.05.03.006.002.090	Apoyo radiologico	22.444
115.05.03.099	De Otras Entidades Públicas [1]	140.264
115.05.03.099.001	Aportes Aguinaldo Fiestas Patrias	
115.05.03.099.002	Aportes Aguinaldo Navidad	0
115.05.03.099.003	Aportes Bono Escolaridad	73.402
115.05.03.099.004	JUNAEB	66.862
115.05.03.099.007	Programa de 4 a 7 SERNAM	0
115.05.03.099.008	Proyecto CECOSF Las Lomas	0
115.05.03.099.009	Servicio Nacional de Discapacidad SENADIS	0
115.05.03.101	De la Municipalidad a Servicios incorporados a su Gestión	3.443.025
115.05.03.101.001	Aporte Municipal para Cubrir Déficit Operacional	2.978.000
115.05.03.101.002	Aportes Municipales para Otros Fines	0
115.05.03.101.004	Aporte Municipal Extraordinario	0
115.05.03.101.005	Bono de Vacaciones Art. 26 Ley 20.799	214.361
115.05.03.101.006	Programa Apoyo Planes de Tratamiento y Rehabilitación por consum	0
115.05.03.101.007	Programa Salud Mental PPV GES y no GES en atención secundaria ((	119.054
115.05.03.101.008	Programa ALSINO	59.383
115.05.03.101.009	Convenio Hogar Protegido	42.857
115.05.03.101.010	Adolescentes Infractores de Ley	0
115.05.03.101.011	Implementación Modelo de Acogida del Usuario	29.371
115.05.03.101.012	Ley de Alcoholes	0
115.08	**C x C Otros Ingresos Corrientes**	**2.536.491**
115.08.01	**Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas**	**2.510.632**
115.08.01.001	Reembolso Art. 4 Ley N °19.345	2.510.632
115.08.01.001.001	Reembolso Subsidios Accid. del Trabajo y Enf. Prof	1.255.181
115.08.01.002	Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	1.255.181
115.08.01.002.001	Recuperación Subsidios Personal Afiliado a ISAPRE	691.787
115.08.01.002.002	Recuperación Subsidios Personal Afiliado a FONASA	563.394

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
115.08.99	**Otros**	**25.859**
115.08.99.001	Devoluciones y Reintegros no Provenientes de Impuestos	0
115.08.99.001.001	Reintegros de Remuneraciones Pagadas en Exceso	0
115.08.99.001.002	Otras Devoluciones y Reintegros	0
115.08.99.999	Otros	25.859
115.08.99.999.001	Kiosko Vida Saludable Centros de Salud	110
115.08.99.999.002	Recaudación Centros de Salud	20.053
115.08.99.999.003	Otros Ingresos de Operación Universidad	5.013
115.08.99.999.004	Otros Ingresos	44
115.08.99.999.005	Reintegro FAR	639
115.13	**Endeudamiento**	**0**
115.13.01	**Endeudamiento Interno**	**0**
115.13.01.999	Créditos de Proveedores	0
115.14	**Endeudamiento**	**0**
115.14.01	**Endeudamiento Interno**	**0**
115.14.01.003	Créditos de Proveedores	0
115.15	**Saldo Inicial de Caja**	**0**

2.2. Egresos Presupuestarios

El mayor gasto en salud es para el pago de las remuneraciones del personal que entrega las prestaciones en los centros de salud familiar de la comuna, bienes y servicios, donde junto con esto aumenta el gasto en fármacos e insumos de enfermería y laboratorio.

Los supuestos considerados en el gasto son:

1. Cierre de Brechas para proceso de acreditación de Calidad GES.
2. Fortalecer trato usuario, como proceso de mejora continua.
3. Mantener el desarrollo del Modelo de Salud Familiar
4. Mantener el funcionamiento de programas especiales (COSAM, Alsino, SIE)
5. Mantener la disponibilidad y calidad de fármacos e insumos.
6. Bono de estímulo de permanencia al recurso Médico de Enero a Diciembre 2018.
7. Continuidad y expansión del Proyecto Municipal "Médico en tu Barrio"
8. Continuidad y expansión del Proyecto Municipal de SOS RPM, sistema de rescate con paramédicos y enfermeros en motocicleta.
9. Operación de bodega comunal de fármacos e insumos.
10. Reajuste Salarial Sector Público (3%)
11. Continuidad de proyectos Municipales como el estudio clínico de Uso medicinal Cannabis y RPM Salud durante la campaña de invierno.
12. Implementación de sistema para resolución de necesidades especiales, para mejorar la satisfacción usuaria (Fármacos adicionales a la canasta, adicionar Ambulancias de complejidad mayor)

Tabla N° 173: Presupuesto 2018. Egresos.

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
215	**Acreedores Presupuestarios**	**36.672.000**
21521	**C x P Gastos en Personal**	**24.055.700**
2152101	**Personal de Planta**	**21.976.400**
2152101001	Sueldos y Sobresueldos	16.643.500
2152101001001	Sueldos base	6.507.000
2152101001009	Asignaciones Especiales	1.058.000
2152101001009007	Asignación Especial Transitoria, Art. 45, Ley N° 19.378 [1]	1.058.000
2152101001014	Asignaciones Compensatorias	500
2152101001014005	Bonificación Art. 3, Ley N° 19.200 [1]	500
2152101001019	Asignación de Responsabilidad	345.000
2152101001019002	Asignación de Responsabilidad Directiva [1]	345.000
2152101001028	Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	18.000
2152101001028002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles, Art.28 Ley N° 19.378	18.000
2152101001031	Asignación de Experiencia Calificada	56.000
2152101001031002	Asignación Post Título, Art. 42, Ley N° 19.378 [1]	56.000
2152101001044	Asignación de Estímulo, Art. 14 Ley N° 15.076	8.672.000
2152101001044001	Asignación de Atención Primaria Municipal	8.672.000
2152101001999	Otras Asignaciones	-13.000
2152101002	Aportes del Empleador	273.000
2152101002002	Otras Cotizaciones Previsionales	273.000
2152101002002001	Otras Cotizaciones Previsionales	273.000
2152101002002002	Bono Post-Laboral Ley nº 20.305	0
2152101003	Asignaciones por Desempeño	2.618.000
2152101003002	Desempeño Colectivo	2.369.000
2152101003002003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo Ley N° 19.813 [1]	2.369.000
2152101003003	Desempeño Individual	249.000
2152101003003005	Asignación de Mérito, Art. 30, de la Ley N° 19.378, y Ley N° 19.607 [1]	249.000
2152101004	Remuneraciones Variables	2.299.000
2152101004005	Trabajos Extraordinarios	2.299.000
2152101004005001	Trabajos Extraordinarios	2.195.000
2152101004005003	Programa Reforzamiento Atención Odontologica	73.000
2152101004005004	Complementario IRA-ERA	11.000
2152101004005007	Campaña Vacunacion	20.000
2152101005	Aguinaldos y Bonos	142.900
2152101005001	Aguinaldos	-100
2152101005001002	Aguinaldo de Navidad [1]	-100
2152101005002	Bonos de Escolaridad	63.000
2152101005003	Bonos Especiales	66.000
2152101005003001	Bono Extraordinario Anual [1]	66.000
2152101005004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	14.000

COMUDEF

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
2152102	**Personal a Contrata**	**284.100**
2152102004	Remuneraciones Variables	284.100
2152102004005	Trabajos Extraordinarios	284.100
2152102004005039	PROGRAMA H Y M ESCASOS RECURSOS	500
2152102004005040	CIRUGIA MENOR	1.500
2152102004005043	PROMOCION SALUD	10.000
2152102004005051	PROGRAMA VIDA SANA OBESIDAD	34.000
2152102004005052	Prog. Esp. Amigable	1.100
2152102004005053	Programa Ref. Odontologico Convenio Integral MAS SONRISAS	192.000
2152102004005054	Morbilidad Odontologica	45.000
2152102005	Aguinaldos y Bonos	500
2152102005003	Bonos Especiales	500
2152102005003001	Bono Extraordinario Anual [1]	500
2152103	Otras Remuneraciones	1.795.200
2152103001	Honorarios a Suma Alzada – Personas Naturales	1.455.200
2152103001002	Programa JUNAEB	25.000
2152103001004	Convenio Salud Mental Integral	100
2152103001006	Honorarios SAPU	670.000
2152103001007	Honorarios Extensión Urgencia (SAC)	60.000
2152103001009	Honorarios Extensión Mejoramiento	200.000
2152103001012	Sala ERA Continuidad y Expansión	24.000
2152103001013	Reforzamiento Odontológico Ges 60 años	50.000
2152103001018	Honorarios Programa Piloto Vida Sana Alcohol en APS DIR	26.000
2152103001021	Programa Control Joven Sano	55.000
2152103001024	Programa Tratamiento de Mujeres	142.000
2152103001027	Clínica Ginecológica Movil	15.000
2152103001028	Programa Asistencia Kinésica y Primero Auxilios	0
2152103001029	Atencion odontologica a Hombres de Escasos Recursos HER	1.500
2152103001030	Asignación de Incentivo a la Permanencia del Recurso Medico	3.600
2152103001031	Piloto de Acompañamiento a Niños, Niñas, Adolecentes y Jovenes de Familia c	183.000
2152103999	Otras	340.000
2152103999999	Otras	340.000
2152103999999011	Aporte Seguro Invalidéz y Sobrevivencia	300.000
2152103999999014	Otros Honorarios Salud	40.000
21522	**C x P Bienes y Servicios de Consumo**	**8.860.800**
2152202	**Textiles, Vestuario y Calzado**	**0**
2152202002	Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	0
2152203	**Combustibles y Lubricantes**	**212.500**
2152203001	Para Vehículos	17.500
2152203001001	Combustible Vehiculos Postrados	16.000
2152203001002	Combustible	1.500
2152203003	Para Calefacción	195.000

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
2152204	**Materiales de Uso o Consumo**	**2.541.500**
2152204001	Materiales de Oficina	-1.500
2152204003	Productos Químicos	1.736.000
2152204003001	Productos Químicos y Farmaceuticos (Centros de Salud)	1.315.000
2152204003002	Reactivos Laboratorio Comunal	421.000
2152204004	Productos Farmacéuticos	777.000
2152204004001	Insumos Médicos y Enfermería	777.000
2152204004001001	Insumos Médicos y Enfermería (Centros de Salud)	527.000
2152204004001002	Insumos Laboratorio Comunal	142.000
2152204004001007	Insumo Dental	108.000
2152204004001008	Insumos Odontologico Familiar	0
2152204007	Materiales y Útiles de Aseo	30.000
2152205	**Servicios Básicos**	**747.000**
2152205001	Electricidad	172.000
2152205002	Agua	80.000
2152205005	Telefonía Fija	190.000
2152205006	Telefonía Celular	0
2152205007	Acceso a Internet	305.000
2152206	**Mantenimiento y Reparaciones**	**305.000**
2152206001	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	60.000
2152206001001	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	60.000
2152206001004	Mantenimiento Infraestructura PMI	0
2152206003	Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	0
2152206004	Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Oficina	0
2152206006	Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	245.000
2152207	**Publicidad y Difusión**	**43.700**
2152207001	Servicios de Publicidad	38.000
2152207002	Servicios de Impresión	500
2152207999	Otros	5.200

COMUDEF

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
2152208	**Servicios Generales**	**3.203.000**
2152208001	Servicios de Aseo	533.000
2152208002	Servicios de Vigilancia	7.000
2152208999	Otros	2.663.000
2152208999001	Servicios Especiales	351.000
2152208999002	Servicio de Ambulancias	640.000
2152208999003	Servicio de Radios Comunicaciones	70.000
2152208999004	Arriendo Oxigeno y Esterilización	7.000
2152208999006	Resolución Especialidades Médicas	0
2152208999008	Chile Crece Contigo	70.000
2152208999012	Vida Sana Obesidad	92.000
2152208999015	Plan de Invierno	0
2152208999016	Imagenes Diagnosticas	310.000
2152208999017	Odontologico Integral	75.000
2152208999018	Programa Resolutividad	145.000
2152208999021	Programa Salud Mental Integral	25.000
2152208999022	GES Odontologico	36.000
2152208999023	Odontologico Familiar	0
2152208999024	Programa Junaeb	0
2152208999026	Apoyo Radiologico NAC	0
2152208999027	Adolescentes Infractores de Ley	0
2152208999029	Programa Apoyo a Planes Tratamiento y Rehabilitacion	4.000
2152208999031	Convenio Estimulo CESFAM	0
2152208999032	Programa Medicos a Domicilio	0
2152208999033	RPM Visita Domiciliaria	110.000
2152208999034	RPM Plan de Invierno	2.000
2152208999036	Programa Mejoramiento del Acceso a la Atencion Odontologica	55.000
2152208999037	Programa Sembrando Sonrisas	20.000
2152208999040	Campaña Invierno 2017	251.000
2152208999041	Programa Médico en tu Barrio	400.000
2152209	**Arriendos**	**341.000**
2152209002	Arriendo de Edificios	35.000
2152209003	Arriendo de Vehículos	280.000
2152209003001	Arriendo Vehículos (Centros)	230.000
2152209003002	Arriendo Vehículos "Chile Crece Contigo"	50.000
2152209003005	Arriendo Vehículos Campaña Vacunación	0
2152209005	Arriendo de Máquinas y Equipos	3.000
2152209006	Arriendo de Equipos Informáticos	22.000
2152209999	Otros	1.000
2152210	**Servicios Financieros y de Seguros**	**32.000**
2152210002	Primas y Gastos de Seguros	32.000
2152211	**Servicios Técnicos y Profesionales**	**640.000**
2152211002	Cursos de Capacitación	630.000
2152211003	Servicios Informáticos	10.000
2152211999	Otros	0

COMUDEF

Cuenta	Denominación	Presupuesto M$
2152212	**Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo**	**795.100**
2152212002	Gastos Menores	183.000
2152212002001	Gastos Menores Centros	142.000
2152212002002	Gastos Menores Laboratorio Comunal	3.000
2152212002003	Gastos Menores Hospital de Dia	16.000
2152212002004	Gastos Menores Cosam	17.000
2152212002007	Gastos Menores Programa PPV Programa Escolar	5.000
2152212004	Intereses, Multas y Recargos	612.000
2152212004001	Intereses, Multas y Recargos	280.000
2152212004002	Avenimientos por Juicios y Similares	332.000
2152212005	Derechos y Tasas	100
21526	**C x P Otros Gastos Corrientes**	**500**
2152602	**Compensaciones por daños a terceros y/o a la propiedad**	**500**
21529	**C x P Adquisición de Activos no Financieros**	**30.000**
2152904	**Mobiliario y Otros**	**2.000**
2152905	**Máquinas y Equipos**	**18.000**
2152905001	Máquinas y Equipos de Oficina	10.000
2152905002	Maquinarias y Equipos para la Producción	8.000
2152906	**Equipos Informáticos**	**10.000**
2152906001	Equipos Computacionales y Periféricos	10.000
2152906001001	Equipos Computacionales y Perifericos	10.000
2152906001002	Software Rayen	0
2152907	**Programas Informáticos**	**0**
2152907002	Sistema de Información	0
21531	**C x P Iniciativas de Inversión**	**69.000**
2153102	**Proyectos**	**69.000**
2153102004	Obras Civiles	0
2153102004001	Obras civiles	0
2153102999	Otros Gastos	69.000
2153102999004	Programa Chile Crece Contigo	1.000
2153102999006	Programa Modelo de Atencion en AP	0
2153102999007	Programa Promocion Salud	11.000
2153102999009	Programa Fondo de Farmacia FOFAR	0
2153102999010	Programa Cannabis	0
2153102999014	Programa Mantenimiento de Infraestructura de Establecimientos de Atención	0
2153102999015	Servicio Nacional de Discapacidad SENADIS	20.000
2153102999016	Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes	10.000
2153102999018	Programa de Apoyo a Buenas Practicas en el Modelo de Acogida al Usuario	17.000
2153102999019	Programa Llego la Hora	0
2153102999020	Programa Piloto de Acompañamiento a Niños y Niñas, Adolescentes y Jovene	10.000
21533	**C x P Transferencias de Capital**	**1.656.000**
2153303	**A Otras Entidades Públicas**	**1.656.000**
2153303099	A Otras Entidades Públicas	1.656.000
2153303099001	Transferencias	1.656.000
21534	**C x P Servicio de la Deuda**	**2.000.000**
2153407	**Deuda Flotante**	**2.000.000**

COMUDEF

RECURSOS HUMANOS

1. Dotación

El recurso humano es el elemento central que permite realizar todas las acciones de salud proyectadas para el año 2018, con ello alcanzar diversos objetivos sanitarios.

Uno de los profesionales que la comunidad más demanda atenciones es el estamento médico, debido a su rol central en las prestaciones de salud. Considerando que es el profesional con más alta rotación de la dotación de salud, el estándar se mantiene superior a las recomendaciones desarrolladas por MINSAL (1x 3.333 Habitantes inscritos) proyectando para el año 2018 contar con un médico por cada 2.714 usuarios inscritos.

En la siguiente tabla se descripción de la proyección de Recursos Humanos para el año 2018.

Categoría	N° de jornadas 44 hrs	N° horas semanales	N° de jornadas por Habitante
Médico	107	4715	2714
Odontólogo/a	57	2496	5112
Quimico Farmacéutico/a	9	396	32319
Enfermero/a	81	3570	3585
Matrón/a	75	3293	3886
Nutricionista	36	1595	8026
Asistente Social	51	2237	5720
Psicologo/a	48	2108	6071
Kinesiologo/a	57	2488	5144
Laboratorista Dental	0	0	0
Profesor de Educación Física	2	77	166211
Terapeuta Ocupacional	12	535	23940
Educadora de Párvulos	9	407	31445
Téc. Paramédico/TPM Farmacia/TPM Dental	307	13502	944
Of. Adminsitrativo	206	9054	1409
Otros (especificar)			
Psiquiatra	2	106	120738
Bioquimico	1	44	290869
Administrador Público	1	44	290869
TANS	11	495	25855
Orientador Familiar	1	44	290869
Fonoaudiologo	1	22	581738
Tecnologo Médico	6	253	50586
Abogado	3	110	116348
Psicopedagogo	1	44	290869
Auxiliar de Servicio, Guardias, Conductor	71	3136	4081

2. Plan de capacitación anual 2018

Tal como establecen las orientaciones Programáticas, el objetivo del Plan Anual de Capacitación es contribuir a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
Para el año 2018 se ha mantenido dentro de las orientaciones, centrarse en los 9 Lineamientos Estratégicos descritos a continuación:

1) L.E N°1: Fortalecer el MODELO DE ATENCIÓN en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

2) L.E N°2: Consolidar el MODELO DE GESTIÓN EN RED, local regional y suprarregional (macro y micro redes).

3) L.E N°3: Fortalecer el SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLICITA EN SALUD (GES) en la red del servicio público de salud.

4) L.E N°4: Mejorar la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO.

5) L.E N°5: Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.

6) L.E N°6: INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs), y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.

7) L.E N°7: Desarrollar la GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA.

8) L.E N°8: Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.

9) L.E N°9: Mejorar la prevención, y manejo de las CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

Respecto a las prioridades a considerar, se requiere que al menos el 60% de las actividades programadas en los programas Anuales de Capacitación 2018 se concentren en 5 Lineamientos Estratégicos priorizados: 1, 2, 3, 4 y 7.
Durante este año y siguiendo con la lógica del año 2015 y 2016 de realizar un proceso participativo para la elaboración del Plan de capacitación, es que se aplicó una encuesta a los funcionarios de la Comuna. El mecanismo utilizado fue una encuesta electrónica y para poder coordinar su aplicación, se realizó una reunión con los Subdirectores de los Establecimientos de Salud de la Comuna. El plazo otorgado para responder la encuesta fue de 16 días. Los resultados de la misma se presentan a continuación.

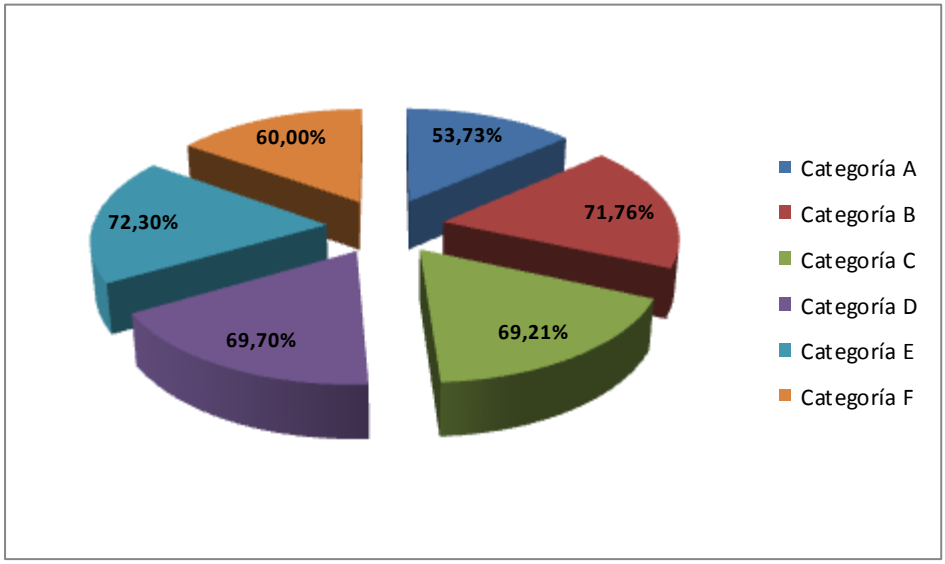
Tabla N° 174: Encuestas respondidas en relación a la Dotación Comunal 2017.

Rótulos de fila	Número de Encuestas respondidas	Dotación Comunal 2017	% Encuestas respondidas en relación a Dotación de cada Establecimiento
CESFAM Maffioletti	118	126	93,65%
Laboratorio Comunal	16	18	88,89%
CESFAM Trinidad	81	96	84,38%
CESFAM Los Castaños	127	157	80,89%
CESFAM Villa O'Higgins	118	154	76,62%
COSAM y SUYAI	22	30	73,33%
ALSINO	8	11	72,73%
Salud Integral Escolar	13	18	72,22%
CESFAM José Alvo	81	120	67,50%
CESFAM Santa Amalia	92	148	62,16%
CESFAM Los Quillayes	116	194	59,79%
CESFAM Bellavista	84	153	54,90%
CESFAM La Florida	62	145	42,76%
Administración	9	40	22,50%
Total	947	1410	67,16%

Fuente: Unidad Técnica

En la Tabla Nº174, se puede apreciar que el número de encuestas contestadas fue de 947, lo que equivale a un 67.16% de la Dotación Comunal. Este número es más del doble del número de encuestas respondidas el año 2016 que fue de 436, lo que equivalía a un 31,55%

Gráfico N°: 90 Porcentaje de Encuestas contestadas por Categorías en Relación a Dotación Comunal 2017.



Fuente: Unidad Técnica

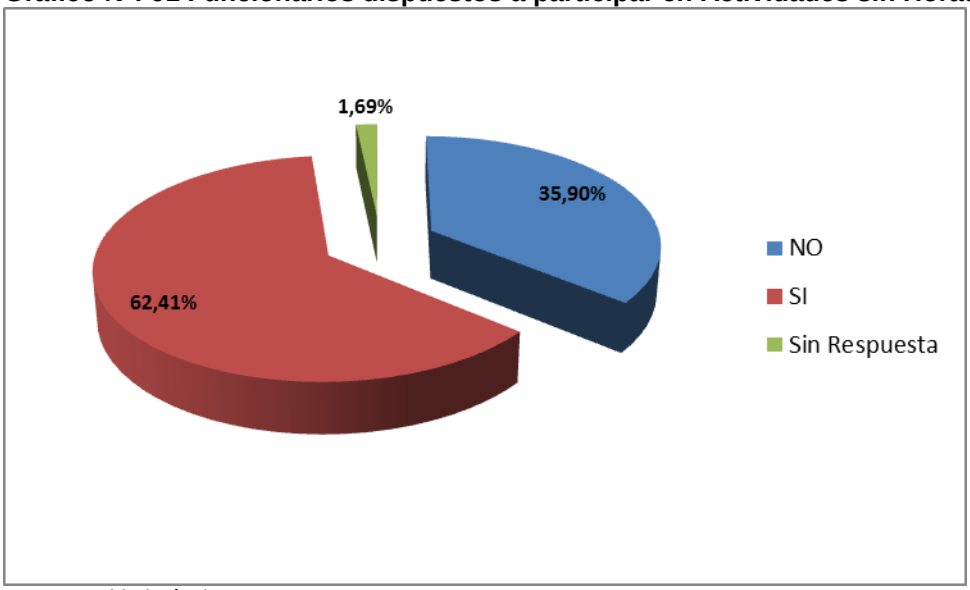
Tabla N° 175: Total Encuestas contestadas por Categorías en Relación a Dotación Comunal 2017.

Categorías	Número de Encuestas respondidas	Dotación Comunal 2017	% Encuestas respondidas en relación a Dotación Comunal por categoría
Categoría A	137	255	53,73%
Categoría B	338	471	71,76%
Categoría C	218	315	69,21%
Categoría D	46	66	69,70%
Categoría E	154	213	72,30%
Categoría F	54	90	60,00%
Total general	947	1410	67,16%

Fuente: Unidad Técnica

Al analizar la tabla y gráfico anterior se puede hacer un análisis de las encuestas contestadas según la categoría y se puede apreciar lo siguiente:
La categoría que contesto el mayor número de encuestas fue la categoría B con 338 funcionarios, lo que equivale al 71.76% de la dotación disponible. Hay que destacar que esta es también la dotación con mayor número de funcionarios (471). Fue seguida en orden decreciente por las categorías C, E, A, D y F con un 19.04%, 16.97%, 16.51%, 3.44% y 3.21% respectivamente.
La única categoría que contesto en menor porcentaje la encuesta en relación a su Dotación Comunal fue la categoría A, ya que solo un 53.73% completo la misma.

Gráfico N°: 91 Funcionarios dispuestos a participar en Actividades sin Horas ni Notas.



Fuente: Unidad Técnica

Tabla N° 176: Porcentaje de funcionarios dispuestos a participar en actividades sin horas ni notas por categoría.

Días de Capacitación	% Categoría A	% Categoría B	% Categoría C	% Categoría D	% Categoría E	% Categoría F
NO	33,58%	23,67%	41,74%	54,35%	50,65%	37,04%
SI	66,42%	75,15%	53,67%	45,65%	48,70%	61,11%
Sin Respuesta		1,18%	4,59%		0,65%	1,85%

Fuente: Unidad Técnica

Durante el presente año y para obtener insumos para modificar el reglamento de capacitación existente, se les consulto a los funcionarios si estarían dispuestos a participar en actividades que no contaran con certificación con horas y notas como: Jornadas, Congresos, etc. Frente a esta pregunta se obtuvieron las siguientes respuestas según tabla y gráficos anteriores:

El 62.41% de los funcionarios estaría dispuesto a participar en este tipo de actividades

Al hacer un análisis más detallado por categorías se obtuvieron los siguientes resultados:

En las categorías A, B y F casi se dobló la opción SI. Esto significa que estarían dispuestos a participar en este tipo de actividades, sin embargo, en las categorías C, D y F la respuesta NO y SI estuvieron prácticamente empatadas.

Tabla N° 177: Principales actividades de capacitación seleccionadas por funcionarios en porcentaje.

Etiquetas de fila	Entidad	%
Lenguaje de Señas	SENCE	37,71%
Fatiga Mental	ACHS	24,71%
Manejo del Stress en Funcionarios de Primera Línea	SENCE	20,76%
Comunicándonos y Resolviendo Conflictos	ACHS	19,85%
Primera Respuesta Frente a Emergencias de Salud	ACHS	18,59%
Migración, Salud y Derechos Humanos	UVIRTUAL	12,14%
Gestión del Buen Trato Laboral	UVIRTUAL	11,62%
Mejoramiento de Relaciones Interpersonales y Clima Laboral	SENCE	11,44%
Actividad Física en el Trabajo	UVIRTUAL	11,40%

En la tabla anterior se pueden apreciar los cursos que obtuvieron más del 10% de las preferencias entre las 35 actividades disponibles para elegir. Al hacer un análisis se puede apreciar que las temáticas que más les interesa reforzar a los funcionarios se encuentran relacionadas con: clima laboral, relaciones interpersonales y herramientas para facilitar el acceso a los usuarios que tengan alguna dificultad para comunicarse. Esto muestra la importancia que tiene para los funcionarios el buen trato y la mejora continua de la calidad en la atención para todos los usuarios de la comuna, lo que requiere como base una mejora continua del clima laboral.

Al consolidar la información obtenida por la encuesta, se pudo establecer el Plan Anual de Capacitación para el año 2018. (Ver anexo Nº 1)

COMUDEF

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Rayen Salud

Es un sistema de apoyo a la gestión de los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la empresa RAYEN SALUD.
RAYEN (Red Asistencial y Enlace Nacional) es un registro clínico electrónico que cuenta con un conjunto de aplicaciones que abordan diferentes procesos de la Atención de las Personas en las redes de salud de la Atención Primaria, Según el modelo biopsicosocial.

La Comuna de La Florida utiliza el sistema informático RAYEN desde el año 2009, con 1.298 licencias contratadas.

El sistema RAYEN es acreditado como una herramienta de alto estándar de calidad tecnológica, recibiendo la certificación MICROSOFT ISV/Software Solution competency.

RAYEN mantiene reserva y confidencialidad respecto del conocimiento y manejo de toda la información asociada a las partes, ante toda persona natural o jurídica que no sea su personal directamente involucrado en la prestación de los servicios, dando cumplimiento a los estándares de calidad solicitados por parte del SSMSO.

RAYENSALUD

2. Clasificación de Carencia de Recursos

Para acreditar la condición de carencia de recursos ante FONASA, la persona deberá demostrar por medio de una declaración jurada su situación económica, además de los documentos requeridos por el calificador.

En octubre 2016 FONASA inicia el funcionamiento del nuevo “sistema de información integrado del seguro” (SIIS) mediante el cual los establecimientos de APS realizan el trámite de calificación de carencia de recursos.

Mensualmente se realiza una auditoria de estas calificaciones, para mantener la corroborar la veracidad de la información entregada en la declaración jurada.

Fonasa

SIS

3. Licencias Médicas Electrónicas

La comuna de La Florida inicia el año 2012 el convenio para implementación de la licencia médica electrónica (LME) para beneficiarios FONASA. Esta tecnología permite otorgar y tramitar a través de documento electrónico la licencia médica. En la actualidad 702 profesionales registrados para emitir LME.

Tabla N° 178: Licencia Médicas Emitidas

	Licencias 2015		1er semestre 2016	
CESFAM	**Full**	**Mixta**	**Full**	**Mixta**
Bellavista	577	706	416	443
José Alvo	406	580	202	239
La Florida	106	95	121	113
Los Castaños	969	1406	497	553
Los Quillayes	267	540	178	212
Maffioletti	736	910	309	312
Santa Amalia	305	345	99	124
Trinidad	451	696	400	606
Villa O'Higgins	765	838	349	345

Fuente: Medipass

Tabla N° 179: Profesionales enrolados Medipass

Enrolados 2015	Profesión	Enrolados 2016
150	Médico	439
6	Dentista	110
48	Matrona	152

Fuente: Medipass

COMUDEF

PROYECTOS INNOVADORES 2018

1. Programa de Entrega Medicamentos y Alimentos a Domicilio

El Programa en su cuarto año , a la fecha septiembre 2017 cuenta con una población bajo control de 545 beneficiarios , cuyo promedio de edad es de 85 años.

Beneficiarios

Adultos mayores 80 años con dependencia leve o moderada
Usuarios del programa Atención domiciliaria de paciente con dependencia severa .
Cuidador de usuario con dependencia severa o moderada
Adultos mayores de 65 años y más en riesgo psicosocial

Objetivos:

Entregar en domicilio los fármacos recetados.
Apoyar a este grupo de la comunidad por su dificultad de movilización, fragilidad física y social.
Orientar respecto a uso de los fármacos.
Asegurar la continuidad de tratamiento.
Colaborar en una mejora en la calidad de vida de los beneficiarios.

Tabla Nº 180: Población bajo control, Beneficiarios de entrega medicamentos a domicilio, según Centro de Salud Comuna de La Florida a septiembre 2017.

CESFAM	CANTIDAD DE USUARIOS BENEFICIADOS
LA FLORIDA	52
VILLA O´HIGGINS	80
MAFFIOLETTI	63
SANTA AMALIA	55
JOSÉ ALVO	64

BELLAVISTA	133
LOS CASTAÑOS	32
TRINIDAD	21
LOS QUILLAYES	45

En el año 2017, 86 egresos por traslados, fallecidos u otros Las visitas domiciliarias realizadas desde enero a septiembre 2017, son 3205, promedio de 356 mensuales. A contar de abril de 2017 las prestaciones realizadas se están registrando en el sistema Electrónico.

En abril 2017 se incorpora a equipo Kinesióloga 22 horas quien realiza visitas domiciliarias de evaluación y tratamiento a pacientes con dependencia moderada y leve del programa, para mejorar movilidad, realizando actividades de apoyo al manejo del Cesfam. Total de visitas con fines de tratamiento realizadas abril a septiembre son 347

2. Clínica Dental Móvil Municipal.

En Julio de 2016, se puso en marcha la primera Clínica Dental Móvil Municipal, habilitada con 3 sillones dentales y que recorre las sedes vecinales de la comuna de La Florida.
Este proyecto estaba pensado para brindar 1200 Altas Integrales de APS a los vecinos de La Florida inscritos en alguno de los 9 CESFAM de la comuna, en un tiempo de 4 meses. Sin embargo, debido al gran éxito e impacto que ocasionó la Clínica, el proyecto se amplío hasta marzo del año 2017, incorporando una segunda Clínica Dental Móvil Municipal, habilitada con 3 sillones dentales y 1 equipo radiográfico intraoral digitalizado, que se puso en funcionamiento el 14 de noviembre de 2016.

Este proyecto, busca la posibilidad de aumentar la cobertura de atención odontológica a los grupos no prioritarios, es decir, a los adultos de 20 años o más, potenciando el componente territorial y el trabajo con los dirigentes vecinales.

Entre Julio del 2016 y Marzo del 2017, la Clínica Dental Móvil Municipal brindó más de 2.566 Altas Integrales APS a los vecinos de la Comuna de La Florida, acercando la atención odontológica al territorio.

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

3. Proyecto Radiológico Dental.

Entre los meses de septiembre del 2016 y Abril del 2017, se habilitaron en dependencias de los CESFAM Bellavista, Jose Alvo y Santa Amalia , equipos radiográficos intraorales y extraorales, ambos con imágenes digitalizadas, con el propósito de aumentar la oferta y el acceso a radiografías dentales que, antes de este Proyecto sólo se podía acceder en CESFAM Santa Amalia (Radiografías intraorales) y en Hospital de La Florida (radiografías extraorales), con un tiempo de espera prolongado, debido a la alta demanda por este servicio.

Al ser las imágenes digitalizadas, la radiografía queda en una base de datos de dental de cada, a modo de que el odontólogo tratante, pueda darle seguimiento, a cada caso, a lo largo del tiempo. Además, se le brinda la posibilidad al paciente de que la imagen sea enviada a su correo electrónico personal.

Todas las radiografías extraorales (Panorámicas), son informadas por un Radiólogo Máxilo Facial. Las imágenes intraorales que sean dudosas al análisis del odontólogo tratante, son informadas por este mismo Radiólogo.

Cada Centro de Salud, con servicio de rayos dentales, absorbe la demanda de su propio Centro y la de 2 más, de acuerdo a territorio, tal como lo señala la Tabla N° 179.

Tabla N° 181: Distribución de Centros de Salud, por cada Centro Radiológico

CESFAM con Centro Radiológico	CESFAM
Bellavista	Bellavista
	La Florida
	Los Castaños
Santa Amalia	Santa Amalia
	Trinidad
	Villa O'Higgins
José Alvo	José Alvo
	Maffioletti
	Los Quillayes

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

Intervenciones de Salud Oral en la Comunidad.

En el mes de octubre de 2016, se realizaron dos intervenciones de Salud Oral entre el Área de Salud de la Corporación Municipal de La Florida y la Fundación Friendship & Oral Health, la que reúne a Odontólogos Generales, Especialistas y estudiantes de último año de la carrera de Odontología de la Universidad del Desarrollo. Las intervenciones tuvieron como propósito, fortalecer, en días no hábiles, el aumento de cobertura de atención dental a población adulta.

Estas intervenciones tuvieron 2 componentes principales:

Componente Educativo-Preventivo: que consistió en la utilización de la herramienta Educación en Salud, para poder motivar para la acción y transferir conocimientos relacionados con el autocuidado en salud oral y estilos de vida saludables. Además, con el fin de fomentar el hábito de cepillado, se hizo entrega de 1 cepillo dental y 1 pasta dental a cada vecino de la comuna, que participó en la intervención.

Componente Clínico-Asistencial: se habilitó un Hospital de Campaña, con 8 unidades dentales, para brindar atención clínica a los vecinos que lo requirieran. El público objetivo fueron los adultos de 20 años o más, sin excluir de la atención a niños o adolescentes si es que lo requerían. Se realizaron obturaciones, destartrajes, sellantes, profilaxis y aplicación de flúor barniz.

El dispositivo se instaló en la cancha ubicada en Av. El Parque con Calle Las Calas. Esta intervención tuvo una gran convocatoria y se sumó a la Celebración del Día por la no Violencia, realizada por el Municipio el día Domingo 2 de octubre.

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

La segunda intervención fue realizada los días sábado 15 y Domingo 16 de octubre, en el Parque Mónaco, ubicado a la salida de CESFAM Santa Amalia. Esta intervención no tuvo la misma convocatoria que la primera, dado que ambos días, se presentó lluvia torrencial, lo que dificultó la llegada de vecinos a la intervención. Sin embargo, los objetivos se cumplieron y los vecinos de la comuna de La Florida, pudieron acceder a atención dental.

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

Tabla N° 182: Número de Personas Atendidas en Intervenciones de Salud Oral, octubre 2016.

Intervención Salud Oral	N° de Personas Atendidas
Av. El Parque con Calle Las Calas	289
Parque Mónaco (Santa Amalia)	168

Fuente: Área de Salud, COMUDEF

4. Ginecología Móvil

Informe Actividades clínica ginecológica Móvil

Tabla N° 183: Consolidado de Atenciones de la Clínica Ginecológica Móvil.

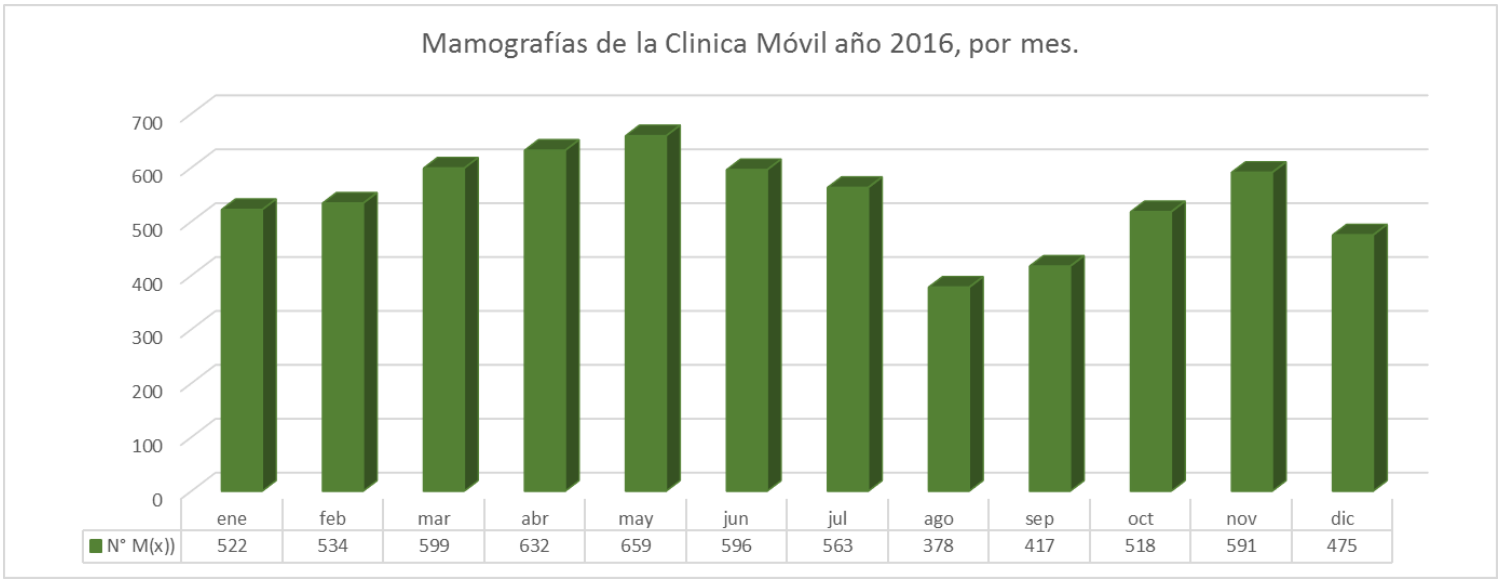
Clínica Ginecológica Móvil					
	2014	2015	2016	2017	Total Atenciones
Mamografía	992	6.592	6.483	3.127*	14.067
PAP	354	1.228	1.368	459*	2.950
TOTAL Aten	3.360	9.835	9.867	2.017	17.017

FUENTE: Registro Local COMUDEF, 2016.

Atenciones de Mamográficas 2016.

Durante el año 2016 se realizaron un total de 6.484 mamografías con la siguiente distribución mensual:

Gráfico N° 92: Mamografías Realizadas año 2016, por mes.

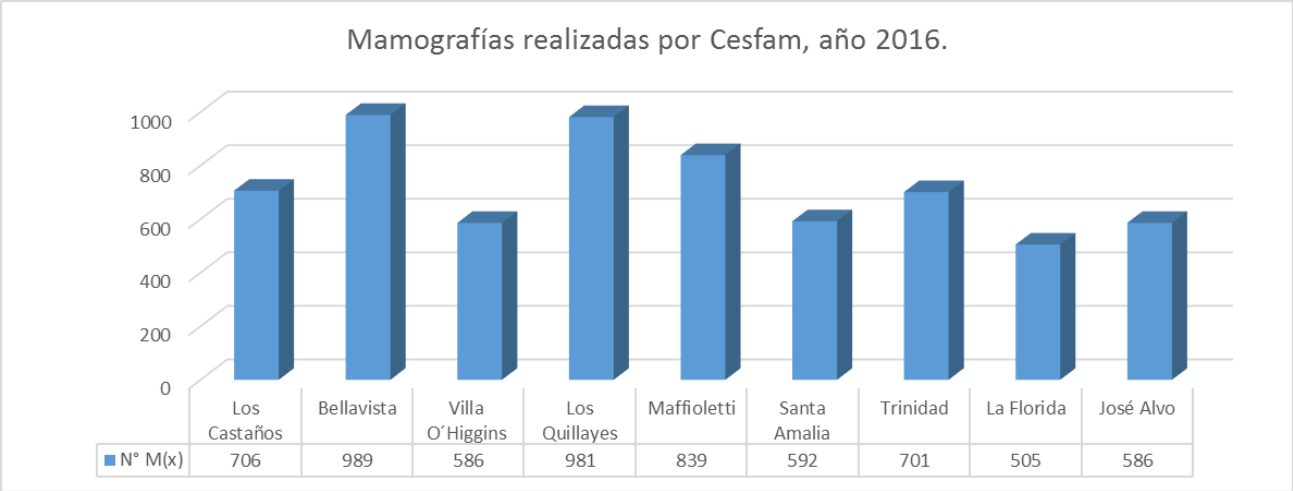


FUENTE: Registro Local COMUDEF, 2016.

La productividad promedio mensual de la clínica ginecológica móvil es de 541 mamografías mensuales durante el año 2016.

La distribución por CESFAM, conforme al periodo de estadía por cada territorio es la siguiente:

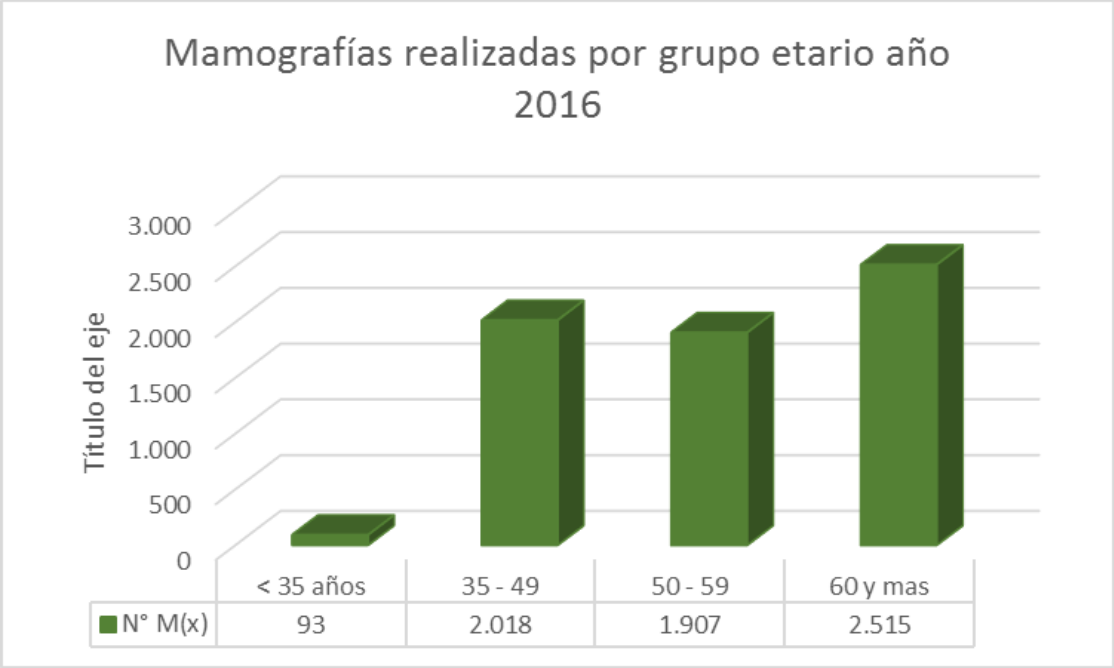
Gráfico N° 93: Mamografías Realizadas por CESFAM.



FUENTE: Registro Local COMUDEF, 2016.

En el periodo se realizó un total de 6.485 mamografías, de éste total un 15,2% corresponde al Cesfam Bellavista, seguido por el Cesfam los Quillayes con un 15,1%, es importante señalar que estos 2 centros concentran un 30% de las mamografías totales realizadas durante el año 2016 por la clínica móvil.

Gráfico N° 94: Mamografías Realizadas Según Grupo Etario.



Tan solo el 29,1% de las prestaciones de mamografía corresponden a edades priorizadas por el Ministerio de Salud (50 a 59 años) lo que se debe mejorar, ya que epidemiológicamente es el grupo que representaría el de mayor riesgo para desarrollar cáncer de mamas. No obstante, es un alto porcentaje de mujeres el que puede acceder a resolución diagnóstica de mamografía por esta estrategia

5. Proyecto Cannabis

Desde el año 2014 que busca demostrar la efectivida de un extracto estandarizado de cannabis en el manejo del dolor de los pacientes con cáncer, buscando beneficiar a más de 100 floridanos en una primera etapa. Esperamos este estudio logre demostrar nuestra hipótesis, generando información de utilidad al mundo médico y científico y que permita, paralelamente, la producción de un fármaco nacional, a precio aceptable. El año 2015 se usó en su gran mayoría en el desarrollo, por parte de laboratorio KNOP, del producto farmacéutico que se utiliza en el estudio. Se trata de un extracto estandarizado, realizado con todas las medidas de seguridad y calidad que requiere la producción de fármaco. Esto ha significado grandes inversiones en equipamientos e insumos que permitan realizar este proyecto pionero en América latina y uno de los primeros a nivel mundial, llegando recién en el segundo semestre a una formulación que cumpla con las características requeridas, la que esperamos que con los resultados del estudio pueda estar disponible para ser comercializada, a un precio justo y razonable, en todo el país.

El término de la etapa de formulación del aceite nos dio los últimos datos necesarios para poder terminar el proyecto, trabajo llevado a cabo con un intenso trabajo conjunto con el equipo clínico y de investigación de la fundación. El proyecto final fue presentado al comité de ética del SSMSO durante el mes de agosto y aprobado exitosamente y por unanimidad durante el mes de septiembre. Cabe destacar que el comité resaltó la seriedad y rigurosidad del estudio presentado, cumpliendo en primera instancia con los requerimientos.

Con el proyecto aprobado por el Comité de ética comenzamos la segunda etapa en lo que a presentación de proyecto en organizaciones regulatorias respecta, que es la presentación en el Instituto de Salud Pública (ISP), quien finalmente dará la autorización para realizar investigación en humanos con el extracto preparado. Esta presentación fue realizada en el día 28 de octubre y fue aprobada en diciembre del mismo año.

Paralelamente, durante el 2015, se avanzó en la implementación del espacio físico donde se realizará el proyecto, el que se encuentra en una la del CESFAM Bellavista, el que cuanta con todas las condiciones para desarrollar el proyecto.

Ya el 2016 se inició la etapa de reclutamiento de pacientes, realizado por un equipo de profesionales de salud compuesto por médicos y enfermeras, quienes hacen distintas pruebas, además de exámenes de laboratorio y electrocardiograma para definir si el pacientes se encuentra en condiciones de ingresar al estudio. En una primera etapa se pretende demostrar la efectividad d

este extracto de cannabis como coadyuvante en el manejo del dolor de pacientes con cáncer de mama y pulmón. La especificidad de las patologías, y sobre todo, la rigurosidad de los criterios de inclusión y exclusión (indispensable para asegurar resultados rigurosos y confiables) trajeron como consecuencia un bajo reclutamiento de participantes. Por esto, y después de un riguroso análisis, se decidió aumentar los tipos de cánceres, incluyendo además gástrico, colorectal, próstata y vejiga. Con esto se ha logrado un aumento del reclutamiento, pero nos mantenemos aún lejos de nuestro objetivo final de 179 pacientes.

Hasta la fecha:

Se han evaluado por médico/enfermera para evaluar criterios de inclusión/exclusión unas 43 personas.
De estos, 23 cumplían con los criterios y por lo tanto ingresaron al proyecto, 3 de los cuales, ya finalizaron la etapa ciega del proyecto, pasando a una fase abierta.

Proyecciones 2018

Estamos evaluando las estrategias de difusión del estudio que nos permitan alcanzar el número necesario de participantes para terminarlo. Paralelamente seguimos con los análisis para determinar si debemos modificar y mejorar el estudio para aumentar los participantes, como por ejemplo, aumentando el número de cánceres. Si bien no estamos en condiciones de dar resultados preliminares, el equipo tratante ha notado mejorías en el un grupo de pacientes, los que nos tiene esperanzado en conseguir buenos resultados.

6. Proyecto Farmacias Ciudadanas Comuna de La Florida

Argumento:

El actual escenario de creación de diversas farmacias Populares, deja en evidencia la necesidad urgente que existe en la comunidad de acceder, con justicia, a una protección social en salud. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares 2014 –que realiza el INE– el 5,4% del gasto total de los hogares es destinado a salud, lo cual tiene un impacto mayor en el presupuesto de los quintiles de menores ingresos. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (*OCDE*), además, situó a Chile como uno de los tres países donde las personas más gastan en salud, ítem que según su informe representa el 6,3% del gasto familiar chileno. Por último, en Chile los adultos mayores gastan hasta seis veces más que los jóvenes en prestaciones de salud, además el 82% de ellos usa productos farmacéuticos.

Fundamentos Jurídicos:

La Constitución Política de la República, en el N° 9 de su artículo 19, asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud, previniendo su inciso cuarto que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud.

A su vez, el inciso cuarto del artículo 118 de la Carta Fundamental prescribe que los municipios tienen como finalidad satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna, lo que es reiterado por el inciso segundo del artículo 1° de la ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

De acuerdo con el artículo 4°, letra b), de la precitada ley, dichas entidades edilicias, en el ámbito de su territorio, pueden desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración, funciones relacionadas con la salud pública.

Consignado lo anterior y en armonía con lo manifestado en el dictamen N° 38.056, de 2012, cabe señalar que con arreglo a lo que prescribía el inciso segundo del artículo 38 del decreto ley N° 3.063, de 1979 -sobre rentas municipales-, y a lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1-3.063, de 1980, del entonces Ministerio del Interior -que reglamentó dicho precepto-, las municipalidades tomaron a su cargo la administración de los servicios de atención primaria de salud, la que antiguamente era ejercida por el Ministerio de Salud.
De acuerdo con los artículos 17 y 18 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, la red asistencial de cada servicio de salud está conformada, entre otros establecimientos, por los municipales de atención primaria de salud de su respectivo territorio.

Conforme al inciso quinto del citado artículo 18, los beneficiarios a que se refiere el Libro II del mismo texto normativo, deben inscribirse en un establecimiento de atención primaria de salud en el que se encuentre ubicado su domicilio o su lugar de trabajo, para efectos de que ese centro sea el que les preste las acciones de salud que corresponden en dicho nivel y el responsable de su seguimiento de salud.

No obstante que el inciso quinto del artículo 18 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, constituye la regla general la Contraloría General de la Republica en el dictamen N° 24.933 de 04 de abril de 2016 precisa la siguiente excepción:
En atención a lo dispuesto en los artículos 146 y 159 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud ,que disponen que tanto los beneficiarios del régimen público de salud como los que no lo son, pueden obtener de los establecimientos de atención primaria de salud municipal el otorgamiento de prestaciones de salud pagando su valor, es posible concluir que las farmacias en momento se encuentran habilitadas para expender medicamentos tanto a las personas inscritas en dichos establecimientos, como a las que no lo están, sin perjuicio de que no se advierte impedimento para que las entidades edilicias decidan limitarla solo a determinado grupo de personas, como los beneficiarios del régimen público, o en base a otro criterio objetivo y no discriminatorio de exclusión.

Lo anterior, en el entendido, por cierto, que se cumplan con todos los requisitos a que se refiere el pronunciamiento en estudio y que los beneficiarios tengan su domicilio en la comuna.

La Comuna de la Florida Consta con 2 farmacias ciudadanas: la primera Inaugurada 20/09/2016 (local 1) y la segunda inaugurada el 23/11/2016 (local 2), ubicadas en:

- Local 1: Avenida Vicuña Mackenna 7.210.
- Local 2: Avenida Vicuña Mackenna 10.208.

Destinadas a atender un total de 7000 usuarios por local, Facilitando el acceso de la población a medicamentos a bajo costo, ambos locales cuentan con:

- 1 Químico Farmacéutico por cada local
- 5 Auxiliares de farmacia distribuidos en ambos locales
- 1 Bodeguero
- 2 Cajeros Municipales

Tabla N° 184: Detalle del Total de Prescripciones y Recetas Despachadas por las Farmacias Comunitarias de la comuna de la Florida.

	LOCAL 1		LOCAL 2	
Atenciones Mensuales	**Atenciones (personas/recetas)**	**Total Emitido (valor)**	**Atenciones (personas/recetas)**	**Total Emitido (valor)**
Atenciones por Sept. 2016	603	$ 3.191.888	0	$ -
Atenciones por Oct. 2016	1498	$ 7.769.758	0	$ -
Atenciones por Nov. 2016	1288	$ 7.155.765	59	$ 567.473
Atenciones por dic. 2016	1055	$ 5.860.713	307	$ 2.458.242
Atenciones por Enero 2017	589	$ 3.254.755	436	$ 3.243.787
Atenciones por Febrero 2017	845	$ 6.424.412	376	$ 3.383.160
Atenciones por Marzo 2017	909	$ 6.518.370	311	$ 2.515.698
Atenciones por Abril 2017	443	$ 2.826.730	171	$ 1.145.170
Atenciones por Mayo 2017	941	$ 6.347.702	374	$ 3.060.639
Atenciones por Junio 2017	851	$ 6.016.570	315	$ 2.508.119
Atenciones por Julio 2017	727	$ 4.739.600	343	$ 3.279.202
Atenciones por Agosto 2017	745	$ 5.674.210	316	$ 2.825.098
Atenciones por Sept. 2017	550	$ 4.539.430	272	$ 2.328.583
TOTAL	11092	$ 70.319.903	3280	$ 27.315.171

Fuente: Elaborado Unidad Técnica en base a datos extraídos del registro de tesorería de cada Farmacia.

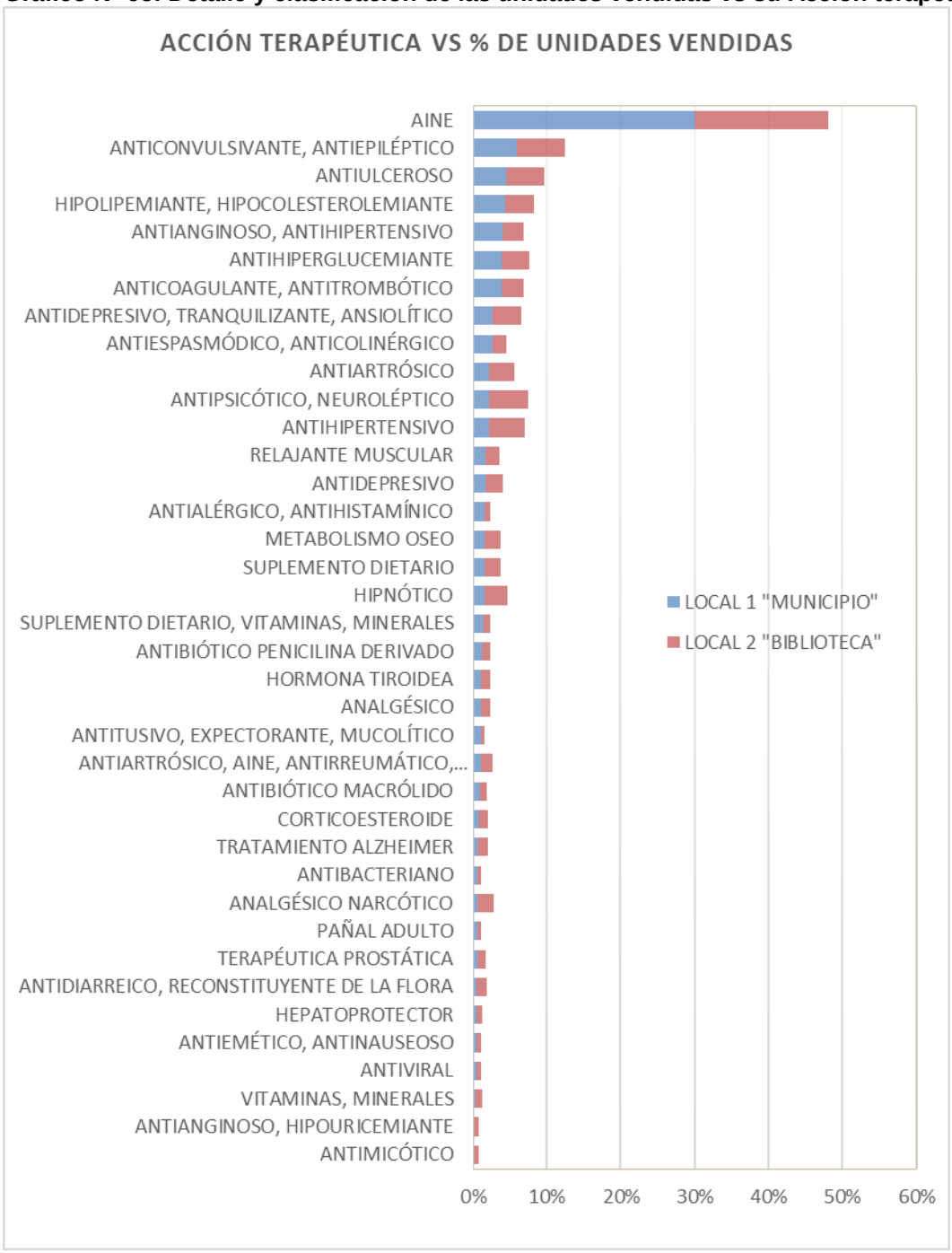
Del gráfico anterior se detallan el número de atenciones por mes asociados al valor de la venta.
El promedio de atenciones fue de 853 atenciones/mes y 298 atenciones/mes para el local 1 y 2 respectivamente. Mientras que el valor promedio asociado a las atenciones fue de $ 5.409.223 para el local 1 y $ 2.483.197 para local 2 por mes.
De lo anterior se desprende una caída tanto en las atenciones y ventas de los periodos estivales, debido a la migración de usuarios por vacaciones fuera de la comuna, mientras que en los meses de Julio, Agosto y parte de Septiembre las bajas se asocian a la demora de procesos de compra, regularizándose la llegada de productos a finales de Septiembre,

Tabla N° 185: Detalle de los Fármacos con más alta rotación de ambas sucursales

	UNIDADES VENDIDAS	
ACCIÓN TERAPÉUTICA	**LOCAL 1 "MUNICIPIO"**	**LOCAL 2 "BIBLIOTECA"**
AINE	2.743	471
ANTINEURÍTICO	19	6
ANALGÉSICO	95	33
ANALGÉSICO NARCÓTICO	54	56
ANSIOLÍTICO	27	12
ANTIALÉRGICO, ANTIHISTAMÍNICO	141	18
ANTIANÉMICO	37	10
ANTIANGINOSO, ANTIARRÍTMICO, ANTIHIPERTENSIVO	386	74
ANTIANGINOSO, HIPOURICEMIANTE	16	15
ANTIARTRÓSICO	199	89
ANTIARTRÓSICO, AINE, ANTIRREUMÁTICO, ANTIARTRÍTICO	89	41
ANTIASMÁTICO	3	3
ANTIBACTERIANO	58	11
ANTIBIÓTICO MACRÓLIDO	77	25
ANTIBIÓTICO PENICILINA DERIVADO	108	29
ANTICOAGULANTE, ANTITROMBÓTICO	346	78
ANTICONVULSIVANTE, ANTIEPILÉPTICO	534	172
ANTIDEPRESIVO	153	59
ANTIDEPRESIVO, TRANQUILIZANTE, ANSIOLÍTICO	239	102
ANTIDIARREICO, RECONSTITUYENTE DE LA FLORA	44	36
ANTIEMÉTICO, ANTINAUSEOSO	38	18
ANTIEPILÉPTICO	21	6
ANTIESPASMÓDICO	11	7
ANTIESPASMÓDICO URINARIO	9	1
ANTIESPASMÓDICO, ANTICOLINÉRGICO	231	50
ANTIESTROGÉNICO	3	2
ANTIFLATULENTO	29	6
ANTIHEMORROIDAL	10	3
ANTIHIPERGLUCEMIANTE	357	98
ANTIHIPERTENSIVO	190	126
ANTIINFLAMATORIO INTESTINAL	1	2
ANTIMICÓTICO	12	14
ANTIMICÓTICO TÓPICO	43	11

ANTIPARKINSONIANO	5	2
ANTIPSICÓTICO, NEUROLÉPTICO	197	139
ANTIRREUMÁTICO, ANTIARTRÍTICO	2	2
ANTITUSIVO, EXPECTORANTE, MUCOLÍTICO	91	14
ANTIULCEROSO	406	136
ANTIVIRAL	34	17
BRONCODILATADORES, ANTIASMÁTICOS	40	12
CORTICOESTEROIDE	62	32
DIURÉTICO	33	11
ESTIMULANTE CENTRAL	8	2
HEPATOPROTECTOR	44	19
HIPERTENSOR	4	2
HIPNÓTICO	133	82
HIPOLIPEMIANTE, HIPOCOLESTEROLEMIANTE	392	101
HIPOTENSOR, ANTIGLAUCOMATOSO	42	1
HORMONA TIROIDEA	100	33
LUBRICANTE SOLUCIÓN DE LIMPIEZA	24	2
METABOLISMO OSEO	140	57
PAÑAL ADULTO	48	12
RECONSTITUYENTE ENERGIZANTE	7	9
RELAJANTE MUSCULAR	157	47
SUPLEMENTO DIETARIO	134	59
SUPLEMENTO DIETARIO, VITAMINAS, MINERALES	121	27
TERAPÉUTICA PROSTÁTICA	45	29
TRATAMIENTO ALZHEIMER	59	34
VASODILATADOR, ANTICOAGULANTE, ANTITROMBÓTICO	22	11
VASODILATADOR, ANTIVERTIGINOSO	11	4
VASODILATADOR, ANTIVERTIGINOSO, ANTICINETÓSICO	16	8
VITAMINAS, MINERALES	27	25

Grafico N° 95: Detalle y clasificación de las unidades vendidas vs su Acción terapéutica



7. Proyecto Carpas de Invierno

El programa RPM Salud se origina en julio del año 2017 para poder suplir la alta demanda de atención medica de la comuna de La Florida, producto de la campaña de invierno. En esta época del año, los servicios de urgencia se ven sobrepasados y las horas de espera para lograr una atención se ven aumentadas considerablemente.

Por esta razón, el municipio decide implementar con colaboración del área de salud de la comuna, la atención médica gratuita, en dos carpas, dando especial énfasis en las enfermedades respiratorias, que por la época del año tienen mayor incidencia.

La atención está dirigida a todos los vecinos de La Florida, sin importar su previsión de salud, ni su edad.

Cada una de las carpas cuenta con 4 box de atención médica y la presencia de técnicos paramédicos, que ayudan con el control de signos vitales y con la entrega de medicamentos en caso necesario.

Para las dos carpas además, se dispuso de una ambulancia para traslados de urgencia a algún SAPU de la comuna.

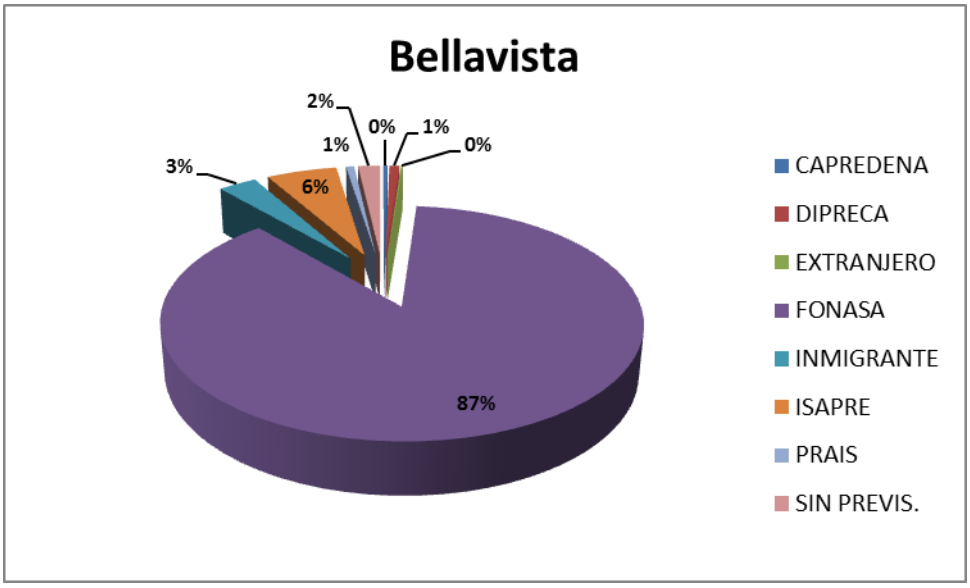
Las carpas se distribuyeron de la siguiente manera:

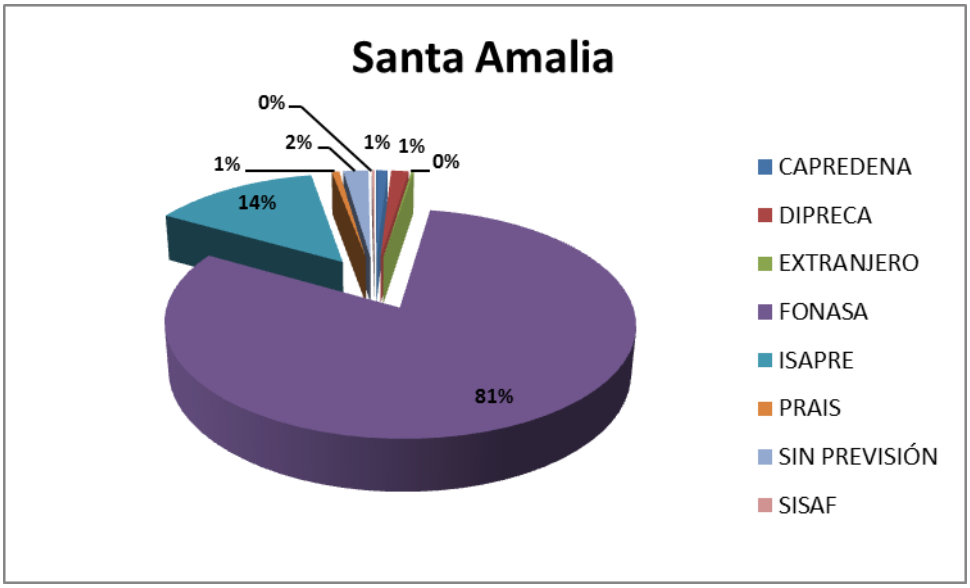
	Carpa Bellavista	Carpa Santa Amalia
Ubicación	Explanada Cabildo	Estacionamiento Líder Santa Amalia
Horario Funcionamiento	17:30 a 23:00 hrs	17:30 a 23:00 hrs. y 9:00 a 18:00 hrs
Dias Funcionamiento	Lunes a Viernes	Lunes a Viernes, Sábados y Domingos

El funcionamiento de las carpas fue entre los días 10 de julio y 14 de agosto del año 2017, logrando atender a 1570 pacientes.

Tabla N 186: Atención total de pacientes por carpa

Carpa	Fonasa	Isapre	PRAIS	CAPREDENA	DIPRECA	EXTRANJERO	INMIGRANTE	SISAF	S/PREVISIÓN	Total Atenciones
Bellavista	532	35	4	2	5	1	19		11	609
Santa Amalia	775	133	6	9	14	2		2	20	961
TOTAL	1307	168	10	11	19	3	19	2	31	1570


Bellavista
2%
0%
1%
0%
1%
3%
6%
87%
CAPREDENA
DIPRECA
EXTRANJERO
FONASA
INMIGRANTE
ISAPRE
PRAIS
SIN PREVIS.


Santa Amalia
0%
2%
1%
1%
1%
0%
14%
81%
CAPREDENA
DIPRECA
EXTRANJERO
FONASA
ISAPRE
PRAIS
SIN PREVISIÓN
SISAF

8. Motos de Rescate

El programa SOS RPM, surge como respuesta para mejorar los altos tiempos de espera que existen actualmente para recibir la primera atención, ante un accidente en la vía pública.

El programa cuenta con 4 motos totalmente equipadas para brindar la primera atención, y son tripuladas por profesionales como enfermeros, y kinesiólogos y técnicos paramédicos con alta experiencia.

El funcionamiento de las motos es las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana, y son gatilladas a través de un numero único de atención para los vecinos de La Florida,# 1416.

La atención realizada por los motoristas esta en coordinación además con el servicio SAMU, lo que permite utilizar de mucho mejor manera el recurso.

En una primera instancia el rescate está destinado para los accidentes de la vía pública, pero contempla a un corto plazo, implementar además los rescates y atenciones de salud a domicilio, con especial énfasis en los pacientes catalogados previamente con riesgo cardiovascular.

9. Proyecto “Llegó la hora”

El proyecto llego la hora, es una iniciativa municipal que tiene como objetivo disminuir la lista de espera del Hospital de La Florida de horas medicas de especialistas. Es por ello que con colaboración del área de Salud de la Corporación, se crea una estrategia que consiste en comprar horas médicas en el sistema privado de salud, para entregarlas a los usuarios que se encuentran hace meses a la espera de ser atendidos y recibir diagnóstico y tratamiento oportuno, además de darle la oportunidad a los pacientes que puedan acceder a las Garantías Explicitas en Salud (GES), las cuales sin el diagnostico establecido resultaba imposible.

Luego de la aprobación del consejo municipal, se decidió trabajar en ciertas especialidades en distintas instituciones de salud

Tabla Nº 187: Especialidades elegidas y Establecimientos de Salud

ESPECIALIDAD	INSTITUCION
Cardiología	Centro Medico Universidad Católica, Clínica Universidad De Los Andes
Gastroenterología	Centro Medico Universidad Católica
Dermatología	Centro Medico Universidad Católica
Oftalmología	Instituto de la Visión
Otorrinolaringología	Centro Medico Universidad Católica Policenter
Traumatología	Policenter

Las horas médicas eran entregadas a los pacientes en una ceremonia formal creada para este fin o por vía telefónica a través del Call Center de la Corporación Municipal.

Cada uno de los pacientes a los que se les entregaba una hora medica, además se le daba la opción de transporte al centro de salud designado. En este transporte eran acompañados además por técnicos en enfermería o enfermeras según el procedimiento a realizar.

Luego de la atención recibida por el especialista, un equipo de enfermeras se hacía cargo de realizar el seguimiento a cada uno de los pacientes, coordinando las siguientes atenciones o realizando las derivaciones con sus centros de atención originarios (CESFAM). Además se coordinaba la atención necesaria a nivel secundario con el Hospital de La Florida.

El programa Llego la hora comenzó a funcionar el día 18 de agosto del año 2016, día en que los pacientes acudieron a sus primeras consultas, siendo las ultimas atenciones el día 15 de diciembre del año 2016

A través de las distintas especialidades tratadas, se pudo dar cumplimiento a diferentes prestaciones y se otorgaron diagnósticos y tratamiento para distintas patologías.

Tabla Nº 188: Resumen de atenciones entregadas

PROGRAMA LLEGÓ LA HORA									
ESPECIALIDAD	LISTA ESPERA HLF	Nº PACIENTES ATENDIDOS	% PACIENTES ATENDIDOS EN RELACION A LISTA DE ESPERA	CONSULTAS REALIZADAS	EXAMENES REALIZADO	ENTREGA DE LENTES	DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO	SOSPECHA DIAGNOSTICO GES	POSIBLES CIRUGIAS
CARDIOLOGÍA	1149	516	44,91%	759	1548		60	60	60
GASTROENTEROLOGÍA	1219	261	21,41%	0	268		59	59	
DERMATOLOGIA	1538	271	17,62%	271	0		102	0	102
OFTALMOLOGÍA	1071	743	69,37%	672	344	801	69	26	
OTORRINO	1507	289	19,18%	289	578		246	246	2
TRAUMATOLOGÍA	1785	160	8,96%	160	160		13	13	13
TOTAL	8269	2240	27,09%	2151	2898	801	549	404	177

TOTAL DE PRESTACIONES	5850

Oftalmología fue una de las especialidades que tuvo el mayor porcentaje de pacientes atendidos en relación a la lista de espera total.

Gracias al programa se pudo obtener un diagnóstico oftalmológico de más de 700 pacientes desde el 18 de Agosto hasta el 1 de Diciembre del 2016, de los cuales casi 600 correspondían a la lista de espera 2015 del Hospital de la Florida, además de usuarios rescatados que ya estaban en control de glaucoma en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) sin resolución por falta de especialista. Adicional a esto, se logró una mayor cobertura oftalmológica brindando atenciones a usuarios ingresados recientemente a las listas de espera.

Dentro de los servicios gestionados por este programa, se realizó entrega de lentes ópticos con más de 800 lentes, dividiéndose en dos grupos, a 287 pacientes se les entregó un lente, mientras que a 342 pacientes se les entregaron dos lentes (Visión lejos-Presbicia).

Cardiología es la segunda especialidad en cuanto a porcentaje de pacientes atendidos en relación a la lista de espera. Dentro de ella se realizaron varios exámenes que ayudaron a entregar un diagnóstico más certero a los usuarios. Cabe destacar entre ellos, el Holter de presión y de arritmias y test de esfuerzo, todos ellos también realizados en centros de salud privados.

En el área de Gastroenterología fue posible realizar con el total de pacientes derivados Endoscopias Digestivas Altas (EDA), las cuales les permitieron confirmar o descartar por completo alguna patología digestiva alta. En los casos que existió confirmación de ellas, fueron derivados a atención secundaria para su seguimiento y tratamiento.

En el caso de Otorrinolaringología, los pacientes fueron sometidos a audiometrías y control con especialista, de donde derivaron en más del 90% de los pacientes la necesidad de audífonos. Todos estos casos fueron derivados al Hospital De La Florida para dar cumplimiento a la Garantía GES que corresponde a estos casos.

Finalmente como resumen del programa se lograron realizar casi 6000 atenciones médicas, de las cuales la mayoría de ellas lograron mantener su continuidad de atención en el nivel correspondiente de salud.

10. Apoyo al Bienestar de Paciente con Dependencia Severa (Catres Clínicos)

Objetivo:

Disponer en la comuna de camas clínicas como una ayuda técnica para la mejora en el bienestar de personas con dependencia severa, así como también a sus cuidadores, como doble beneficio a los residentes de la comuna de la Florida

Fundamento: Acciones encomendadas a mejorar la calidad de vida del enfermo y las labores del cuidador van a impactar positivamente en el bienestar de la familia y la comunidad.
Un problema común en el que se enfrentan los cuidadores es la adaptación de las condiciones de confort a las necesidades del enfermo, esta adaptación se verá favorecida si quien cuidad y quien es cuidado pueden paliar sus limitaciones físicas ´para crear un clima de confort y bienestar que favorezca el mantenimiento de su contacto con la realidad, el entorno y la sociedad.
Una cama clínica es un equipo que permite la valoración, cuidado y atención de personas que por alteraciones de su salud deben permanecer por periodos de tiempo indeterminados en posición corporal específica que favorezca sus cuidados y recuperación.

Descripción del Proyecto

Como plan de mejora del bienestar y la calidad para las personas y las familias de esta comuna, se apoyara en el cuidado de una persona con dependencia severa una cama clínica , manual de 2 posiciones con colchón , en modalidad de comodato , por un periodo de una año , renovable si la necesidad del paciente lo amerita .

Este beneficio está dirigido a:
Población beneficiaria de los Centros de Salud con dependencia severa del programa de atención domiciliaria.

Grupo objetivo
Residentes de la comuna de la Florida.
Inscritos en los centros de Salud familiar de la Comuna.

El sistema considera lo siguiente:
Visita domiciliaria técnica para postulación y factibilidad de instalación
Entrega de ayuda técnica en comodato
Capacitación en el uso de la ayuda técnica
Educación al cuidador
Visita de seguimiento de beneficio

Unidades disponibles a diciembre 2017: 150 camas clínicas y colchón cama clínica

Unidades entregadas

Agosto 2017	:	8
Septiembre 2017	:	24
Octubre 2017	:	17
Noviembre 2017	:	101

11. Proyecto silla get up

Este proyecto contempla beneficiar a 30 usuarios residentes de la comuna de La Florida , seleccionados , evaluados y entrenados por el Programa de Discapacidad .
La necesidad de la bipedestación se plantea como un objetivo para la autonomía y en la rehabilitación de cualquier persona con discapacidad y movilidad reducida, tanto por razones médicas que aconsejan este estado, como por razones sociales (participación en actividades de ocio y tiempo libre al mismo nivel que las personas deambulantes) y de autonomía personal y accesibilidad (posibilidad de manos libres para actuar) .
Los bipedestadores son ayudas técnicas cuya función principal es mantener erguida a una persona que no puede hacerlo por sí misma, y se trata normalmente de estructuras pasivas dotadas de una serie de fijaciones para mantener la postura erguida y que se soportan sobre una plataforma inferior, a menudo con cuatro ruedas para poder desplazarla con ayuda de otra persona. Se ha investigado la posibilidad de dotar de movimiento a los bipedestadores, sin alcanzar un logro funcional para los usuarios en cuanto a la autonomía de movimiento, requiriendo en la práctica la totalidad de los bipedestadores la intervención de cuidadores.
Cuando alguien padece un daño cerebral adquirido, suele pasar por una fase inicial de que se prolonga más o menos en función de su estado. El encamamiento prolongado suele conllevar una serie de complicaciones por las que luego es necesario un período de adaptación progresiva para recuperar la posición vertical. La complicación más frecuente es la hipotensión ortostática (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sensación de mareo, sudoración, palidez…)

Beneficios de la bipedestación
Los beneficios de la verticalización temprana son:

- Proporciona una correcta alineación anatómica del tronco y las extremidades inferiores.
- Mantiene el contenido de calcio en los huesos, previene la osteoporosis y por lo tanto posibles fracturas.
- Previene retracciones musculotendinosas.
- Activa la circulación sanguínea tanto en su componente cardíaco como periférico.
- Facilita la respiración. Aumenta el consumo de oxígeno, favoreciendo la expansión pulmonar.
- Aumenta el peristaltismo intestinal, previene el estreñimiento.
- Permite la descarga temporal de la zona isquiática, previniendo así la aparición de úlceras por presión en dicha zona.
- Proporciona un beneficio psicológico al paciente por darle la oportunidad de estar de pie.
- En pacientes en estado de mínima conciencia, favorece la atención arousal y la exploración del entorno.
- Mejora y desarrolla el equilibrio de la parte superior del cuerpo.
- Ayuda a generar fuerza en los músculos antigravitatorios.
- Desarrolla la tolerancia y resistencia muscular para la bipedestación.

GetUp es un sistema de bipedestación eléctrico que combina una silla tradicional con un sistema para poner de pie a quien la utiliza. Tiene como objetivo entregar una nueva visión del mundo y aumentar las capacidades de alcance de las personas, lo que la convierte en una potente herramienta de inclusión laboral y social. Además, es un gran aporte en su rehabilitación, pues no estamos diseñados para vivir sentados. Fue diseñada por usuarios de sillas de ruedas, terapeutas y centros clínicos. Su funcionamiento consiste en bloquear las rodillas con una cómoda contención, manteniendo el tronco con un cinturón y/o una pechera. GetUp está desarrollada con materiales de alta calidad que le dan una gran durabilidad a un excelente precio.

Diseñada para personas con control de tronco bueno a moderado que midan entre 1,2 y 1,6 metros (Paraplejia, PC Espástica, ACV, Parkinson, ELA, Mielomeningocele, entre otros).

Diseñada para personas con control de tronco bajo a nulo que midan entre 1,2 y 1,6 metros (Tetraplejia, PC Hipotónica, ACV, Parkinson, ELA avanzado, entre otros).

Innovadora silla de ruedas que permite ponerse de pie funciona con un sistema de batería que se carga a la luz eléctrica. Ponte de pie y mira el mundo desde otra perspectiva producto creado por Kinesiólogos Chilenos algunos de los beneficios: evita la formación de escaras y coágulos favorece el sistema excretor, respiratorio, cardiovascular, evita la osteoporosis.

12. Medico en tu barrio

Descripción del programa

Luego de un trabajo sistemático se logró determinar que existía un porcentaje de nuestra comunidad cuyo acceso a nuestros centros de salud familiar se veía dificultado por diversas razones, visualizando las necesidades críticas de salud en los vecinos, a quienes se les debía facilitar el acceso y la cobertura de consultas de morbilidad a través de atenciones de médicos generales.

Con el objetivo de cubrir dichas necesidades de manera efectiva y otorgando una inmediatez que antes no existía, es que se crea el programa MÉDICO EN TU BARRIO.
Este programa, responde a la lógica de un Médico de Cabecera, para sectores específicos de la comuna, el cual es coherente con el Modelo de Salud Familiar, permitiendo a los barrios, contar con atenciones médicas cercanas, abarcando, inclusive, a la población que no llega a nuestros establecimientos de salud, mejorando la calidad de vida de nuestros usuarios.

Con criterios técnicos precisos y priorizando lugares en que sería de mayor impacto en la salud de la población, y en acuerdo con las comunidades y barrios, se determinaron ciertas sedes vecinales que servirán de infraestructura básica para desarrollar este programa. Es así como se realizaron las adecuaciones estructurales y de equipamiento para la correcta realización de los servicios, cumpliendo además con la normativa técnica sanitaria.

Para dar cumplimiento a lo anterior, se habilitaron las sedes vecinales seleccionadas, con un box médico, una sala de asistentes médicos (recepción) y una sala de espera. Las prestaciones realizadas a la fecha, corresponden a morbilidad y en algunos casos visitas domiciliarias integrales, no incluyendo procedimientos, exámenes, entrega de medicamentos, ni urgencias.

La atención médica está abierta a todos los vecinos, indistintamente su previsión de salud, atendiendo en los siguientes horarios:
De lunes a jueves desde las 9:00 a 18:00.
El viernes desde las 9:00 a 17:00 pm

A la fecha, se han inaugurado 13 unidades vecinales, las cuales están en pleno funcionamiento.

Tabla Nº 189: Costos de Implementación

CONCEPTO	MONTO
Infraestructura	$ 280.000.000
Equipamiento clínico	$ 42.500.000
Equipamiento general	$ 226.240.000
Recurso Humano a octubre 2017	$ 93.000.000
Recurso Humano a noviembre 2017	$ 77.000.000
Costo total proyecto**	$ 813.740.000

Implementación general incluye: mobiliario, equipos computacionales, microondas, calefactores, celulares, delantales médicos y administrativos, maletines, insumos de escritorio, internet, extintores, contenedores de residuos, poste pendones con gráfica, inauguraciones, catering, entre otras.

Pacientes atendidos

A la fecha, se han realizado 3.168 atenciones en total en las 13 sedes ya implementadas, las cuales se detallan en la siguiente tabla:

Unidad Vecinal	Atenciones	Fecha inicio
5	395	17-ago
31A	597	18-ago
15	344	24-ago
5A	250	25-ago
9	92	28-ago
31B	168	31-ago
26	340	05-sep
11	369	07-sep
30	187	08-sep
28	258	14-sep
35	63	22-sep
25	100	06-oct
27	5	26-oct
TOTAL	3168	

COMUDEF

JORNADA PLAN DE SALUD

Desde el año 2014 que se realizan Jornadas Participativas de Pla de Salud, con el fin de conocer la opinión de diversos actores a nivel comunal. En estas jornadas se genera información importante, que sirve como insumo para la construcción del plan de salud del año siguiente.

En esta ocasión, en vez de una sola gran jornada, donde se abarcaran todas las temáticas, se realizaron 4 jornadas divididas por ciclo vital, las que se programaron de la siguiente forma:

- 11 de Octubre: jornada del ciclo vital infantil
- 12 de Octubre: jornada del ciclo vital del adolescente
- 18 de Octubre: jornada del ciclo vital del adulto
- 19 de Octubre: jornada del ciclo vital del adulto mayor
-

Fueron convocados Directores, asesores técnicos, inter sector, usuarios de los centros de salud, usuarios de CDU y referentes de la Unidad Técnica.

Cada una de las jornadas se abrió con la presentación de datos relevantes al ciclo vital, luego los asistentes fueron separados de manera homogénea para trabajar en mesas según temas:

- Ciclo vital
- Salud mental
- Salud oral
- Salud sexual y reproductiva
- Promoción
- Farmacia
- Calidad (que se concentró en la jornada del adulto).
- Postrados (dentro de la jornada del adulto mayor)

La metodología fue plantear una problemática o reflexión y en base a esto, buscar propuestas concretas para darle solución al problema

A continuación la sistematización de las mesas:

1. Jornada Plan de Salud Ciclo vital Infantil

Mesa Ciclo Vital Infantil	
"Obesidad Infantil"	
Problemáticas	**Propuestas**
• Problema en aumento a nivel nacional • Las estrategias existentes no son efectivas • Visualización de las golosinas como un "cariño" o recompensa. • El niño puede elegir que come, falta de autoridad del cuidador • Sedentarismo	• Intervenciones familiares, contemplando la obesidad infantil como una de las temáticas a tratar desde los trabajos de familia. • Apoyo a la familia con manejo conductual de los casos, como por ejemplo: ¿Qué hacer si el niño no quiere comer verduras? • Evaluar intensión de cambios en las familias, para dirigir los recursos existentes en las familias que si quieren recibir el

	tratamiento y están dispuestas a seguir las indicaciones. • Definir una intervención familiar con metas definidas y concretas, para facilitar el seguimiento. • Potenciar el trabajo intersectorial. • Estimular actividad física. • Educar sobre que las golosinas no son recompensa, enseñando elementos de "recompensa saludable"

Mesa Salud Sexual y Reproductiva	
Problemáticas	**Propuestas**
• Falta de visualización de áreas de trabajo desde la mirada de ssr en infancia. • Problema desde el punto de vista social, contradicción desde el punto de vista profesional y religioso en algunos colegios, grupos de padres. • Necesidad de articular redes (educación, religión) aunar criterios y puntos de vista respecto a temas sensibles en torno a la sexualidad e infancia. • Baja concientización de padres respecto a crianza y temática de ssr. • Niños/niñas TRANS, como tema emergente surge la necesidad de visualizar estrategias de planteamiento.	• Trabajar temas de sexualidad con los padres, entregar herramientas para que el tema sea abordado desde el inicio de la crianza, prevención abuso, prevención embarazo. • Desde el programa infantil, intencionar taller de sexualidad a padres, como abordar el tema con sus hijos. • Taller a padres coordinados con la comunidad, salir del Centro de Salud. • Coordinar con educación, talleres para padres en torno a sexualidad, previo al inicio vacunación VPH. • Potenciar capsulas educativas que incluyan temática de ssr en infancia. • Incluir información referida a ssr en programa infantil (CNS), ssr.

Mesa Salud Mental	
Problemáticas	**Propuestas**
Los usuarios no están utilizando todas las prestaciones que se están disponibles para los niños y se están perdiendo estas horas	• Mejorar las vías de comunicación entre funcionarios y comunidad • Rol comunitario dentro de los CESFAM

Cómo aseguramos que las intervenciones comunitarias, a quienes llegamos en la comunidad se transmita de la mejor manera la información transmitida desde los equipos de salud	• Utilización de las redes sociales para socioeducación • Conocer buenas prácticas de otras países • Empoderamiento del usuario, responsabilidad de su propia salud
Es importante invitarnos al conocimiento, no deben haber barreras, tener una mirada distinta, ir transitando con la modernidad que estamos viviendo	
¿Cómo mejoramos las intervenciones y no sobre-intervenir o no dejar aislado otros a los que no llegamos?	

Mesa Farmacia	
Problemáticas	**Propuestas**
Disminuir la sobremedicación en trastornos por déficit atencional y mejorar el acceso	Que el QF haga talleres sobre uso racional de Medicamento
	Mejorar el trabajo con los colegios, con los diferentes profesionales
	Mejorar la comunicaciónón entre la educación y la salud
	Mejorar Talleres con padres.
	Farmacia no tenga restricción en el horario de entrega y mejorar la logística de entrega
Falta información sobre medicamentos e información sobre esquemas de tratamiento y desconocimiento del arsenal para la población infantil	Talleres educacionales e intervenciones y horarios
	Falta de QF en todos los centros, para mejorar la educación sobre fármacos
	Hacer el nexo como COMUDEF con el área de educación
	Mejorar la información al usuario
	Flexibilizar horarios de los profesionales para mejorar el acceso
Baja adherencia a campañas de vacunación	Acercar los profesionales a los colegios
	Acercar talleres a la comunidad, donde se mejore el acceso
	Mejorar horarios donde todos puedan acceder (por temas laborales), falta de extensión
	Educar a los profesionales de educación, unificando idiomas

Mesa Salud Oral	
Problemáticas	**Propuestas**
Programa CERO: Atención dental desde los 6 meses de edad, hasta el egreso a los 7 años ¿Cómo sociabilizamos el programa con la comunidad?	Calendarizar el control odontológico a los 6 meses, como parte de los demás controles de salud.
	Realizar folletos informativos con los controles correspondientes, que se adjunten a carnet de salud de los usuarios.
	Realizar stand de Equipo dental en ferias de Salud, para informar y educar sobre estrategias de prevención y educación
	Intervención del equipo dental en talleres del Programa Chile Crece Contigo
	Incorporación del equipo del programa dental a reuniones de otros estamentos, para sociabilizar programa
Programa CERO: ¿Cómo trabajar con el intersector para la difusión y colaboración de estrategias de prevención , tales como Programa CERO?	Difusión en instituciones , tales como colegios, jardines, Hospital de La Florida, COSAM
	Folletos informativos distribuidos en distintas instituciones
¿Cómo fomentamos la adherencia de los padres y / o tutores al tratamiento odontológico?	Trabajar con la motivación de los padres y /o tutores, generando experiencias motivadoras y ajustadas a los requerimientos de los usuarios
	Reforzar el trabajo de funcionarios de primera línea (administrativos) en la difusión de información y rescate de pacientes
	Concientizar a todo el equipo de profesionales sobre la importancia de los controles odontológicos

Mesa Promoción de Salud	
Problemáticas	**Propuestas**
Como mejorar el trabajo preventivo y de promoción con el inter sector?	El trabajo desde promoción se realiza principalmente en jardines infantiles y escuelas de lenguaje
	Los funcionarios también desconocen los controles, y los problemas de salud principalmente se resuelven en consulta médica y desde ahí se deriva
	Falta de horas para controles de los niños mayores, también están asociados a la entrega de alimentos que es hasta los 6 años
	Mayor difusión de los controles, en los carnet de control, etc

	No hay cultura de prevención, asistir a las reuniones de padres y apoderados
	Compromiso desde el profesional y el centro de salud, para devolución de horas cuando se realicen actividades fuera de horario
	Afiches que informen sobre los controles
	Generar extensiones horarias para los controles
Que recursos se visualizan en la comunidad para abordar el tema de la obesidad infantil	Hay en los jardines cultura de alimentación saludable
	Crear alianza con educación, para realizar más actividades preventivas
	Activar espacios comunitarios como las canchas y juntas de vecinos
	Ordenanza municipal que fiscalice los kioskos o carritos cercanos a colegios y jardines
	En alianza con educación realizar encuesta a los niños sobre la alimentación que entrega el colegio, y consultar que les gustaría o mejorarían
Que recursos se visualizan en la comunidad para lograr una mayor adhesión a la vida saludable	Plazas activas, pero deben ser acompañadas de profesionales
	Utilización de medios de comunicación, radios comunitarias, redes sociales, etc.
	Acceso de los centros de salud para el uso de redes sociales
	Generar alianzas con grupos culturales, de teatro u otros para presentar a los niños en CESFAM, plazas, jardines, colegios, etc
	Promover rutas y caminatas al Panul junto con los colegios y jardines
	Hacer mayor difusión de actividades del GALM Santa Amalia (grupo de apoyo a la lactancia materna)
	Activar mesas territoriales de promoción de salud y trabajo comunitario en horarios diferidos con pago de horas extra o devolución de horas

2. Jornada Plan de Salud Ciclo vital del Adolescente y Joven

Mesa del Adolescente	
Problemas o Dificultades	**Estrategias o Soluciones**
No hay continuidad de cuidados o seguimiento desde el P. Infantil al P. Adolescente. Se produce un corte en la información y conductas adoptadas, algún factor que dé continuidad a la atención.	Focalizar la entrega de información por grupo etario. Uso de redes sociales para difundir la oferta de actividades desde salud por y para los adolescentes.

Formular una cartera de prestaciones amplia que pueda dar continuidad a los cuidados. Dificultad de convocatoria a actividades tanto masivas como talleres. Bajo sentido de pertenencia con los espacios de Salud (CESFAM). Disminución de la empatía de los funcionarios, a través del tiempo, en las problemáticas de salud presentadas por la población. Parece poco atractivo para los adolescentes la participación de los espacios de conversación y consulta a la población.	Aterrizar el programa de adolescentes, y mantener controles estables y frecuentes en el tiempo (como controles del programa infantil) Espacio de demanda espontánea para adolescentes, de fácil acceso, se utilizan todas las horas. Si las horas son dadas para 1 o 2 meses, la asistencia de éstos adolescentes es muy baja. Sacar las atenciones del centro de salud, realizar actividades en contexto de educación, entregad e información confiable, que de paso a consultas y atenciones posteriores. Fortalecer los vínculos de articulación entre SALUD – EDUCACIÓN a distintos niveles de coordinación. Entregar más herramientas a los equipos para desarrollar el trabajo con los adolescentes, tanto dentro y fuera del centro. Utilización de los espacios públicos comunes como plazas, lo que bajaría la sensación de inseguridad y mejoraría la adherencia y sensación de cercanía con la comunidad.

Mesa Salud Oral	
Problemas o Dificultades	**Estrategias o Soluciones**
Inicio en esta etapa de hábitos perjudiciales como consumo de tabaco y alcohol, comida chatarra, modas (piercing) práctica de deportes, desórdenes alimenticios. Como equipo de salud ¿Qué estrategia utilizaría para abordar la temática de prevención en salud?	Reforzar espacio amigable, enfocado del adolescente. Abordar temas en conjunto como equipo de salud. Recoger opinión de adolescentes sobre temas de interés Circuito de televisión con temas relacionados a salud. Reforzar difusión de programa Programa Cuartos Medios Información clara y en lenguaje adecuado Difusión mediante redes sociales Informar a adolescentes que pueden acudir sin compañía de un adulto cuando tengas más de 14 años. Integrar odontólogos en el Programa Chile Crece Contigo (en este caso tabaquismo, mitos y realidades sobre salud oral en el embarazo, radiografías dentales Creatividad en los eventos, generar actividades atractivas para los adolescentes, uso de apps. Buscar organizaciones informales para intervenir en salud (escuelas de fútbol, zumba, etc.) Ocupar unidades vecinales como espacio para

	talleres y actividades. Difusión de cómo acceder a tratamiento dental en los centros de salud.
¿Cómo trabajar en conjunto con los colegios?	Mejorar comunicación entre área de salud y educación para así generar una mejor disposición para recibir a los equipos de salud en el establecimiento. Realizar talleres en los colegios, en lenguaje adecuado, actividades prácticas Programación anticipada de actividades en los colegios, para evitar topes de horario. Realizar capacitación a los educadores, para poder realizar talleres en conjunto con el equipo de salud. Incentivos para los alumnos (de parte del colegio), si se cumplen ciertas metas en salud oral. Quioscos saludables en los colegios. Enviar colaciones saludables. Ferias saludables en los colegios, realizando talleres interdisciplinarios. Testimonios en los colegios de personas afectadas por patologías orales. Folletos de dieta y hábitos saludables en los colegios. Contar con recursos para entregar en los colegios (cepillos, pastas, material educativo) Reforzar en los colegios que se dé tiempo para el cepillado dental. Monitor de salud en los colegios.

Mesa Salud Sexual y Reproductiva	
Problemas o Dificultades	**Estrategias o Soluciones**
Información poco clara y desconocimiento, a que prestaciones tiene acceso, si pueden entrar o no solos a la atención en box. Poca comunicación entre los adolescentes (pares), para poder hablar sobre temas de SSyR, vergüenza a preguntar. Múltiples parejas, por riesgo transmisión de ITS. Dificultad en el acceso a la atención en los Cesfam, ya que no existe un lugar protegido para los adolescentes, por la vergüenza de ellos a pedir hora y preguntar.	Invitar a los adolescentes a conocer el centro de salud y poder saber a qué atenciones tienen acceso, que sector les corresponde, donde deben dirigirse para consultar, promocionar en colegios las redes sociales que tiene cada Cesfam, para poder tener acceso a la información. Exista un buzón de preguntas que sea anónimo, para poder responder después en los talleres de SSyR. Mejorar la educación en colegios, a través de talleres o consultas espontaneas. Tratar de generar los espacios protegidos en

	cada Cesfam para la atención de los ADO, dentro de lo que sea posible, debido a la falta de recursos.

Mesa Salud Mental Adolescente	
Problemas o Dificultades	**Estrategias o Soluciones**
¿Cómo abordar los problemas de salud mental de los adolescentes bajo la mirada de los adultos, cuando para los adolescentes no es un problema?	Se define el concepto de Salud Mental, desmitificando la idea de que “los locos van al psicólogo” No tener ganas o interés de ir al colegio o de salir de manera permanente. No tener un lugar donde nos escuchen, podemos recurrir a algún lugar donde nos escuchen: la casona, la familia, compañeros, etc.
Estrategia para abordar a los adolescentes.	Que los equipos de salud salgan a los colegios, acercarse a los profesores y apoderados y generar estrategias para abordar a los adolescentes Uso de redes sociales para llenar espacios de soledad, utilizados para pasar el tiempo, pero no solucionan los problemas. Sin embargo en redes sociales se tiene acceso a información o se fomentan conductas que pueden ser dañinas para los jóvenes, por ejemplo: la Ballena Azul, pornografía, pedofilia, etc. Y también tener contacto con personas que pueden ser peligrosas. Capacitación del personal de salud para saber abordar a los jóvenes y realizar anamnesis activas y dirigidas. Realizar selección de personal con un Perfil adecuado: Flexibles, comprometidos Mantener agendas con espacios protegidos para recibir de manera espontánea a los jóvenes. No ir a los colegios solo para hablar de salud sexual, falta abordar los temas de drogas, alcohol, sentimientos. Faltan espacios para ser escuchados, para no recurrir a las drogas u OH. Utilizar las redes sociales para relacionarnos. Los consultorios no son un lugar amigable para los jóvenes, son muy rígidos.
Mesa Promoción y Participación	
Problemas o Dificultades	**Estrategias o Soluciones**
Problemas identificados: Mitos acerca de la sexualidad- Ejemplo: Una	Estrategia: Generar espacios compartidos por los y las

persona de 10 años es muy pequeña para saber sobre sexualidad. Experiencias previas de los padres/barreas de la comunicación. Las horas programadas para educación sexual en los colegios no se usan. Las resistencias desde algunos cuerpos directivos/profesores dificultan la realización de los talleres. Escaso tiempo por parte de los padres que dificulta su participación en talleres de habilidades parentales. Sedentarismo. Plan de alimentación en los colegios no es del gusto de los alumnos y alumnas. Dificultades para acceder a lugares o talleres donde se realicen actividades deportivas.	adolescentes y sus familias, en el cual se fomente la participación en actividades lúdicas y dinámicas que favorezcan la motivación para cambiar hábitos en sus estilos de vida.

3. Jornada Plan de Salud Ciclo vital del Adulto

Mesa Ciclo Vital Adulto	
"Poca adherencia al tratamiento farmacológico, controles y automanejo de enfermedades crónicas."	
Problemáticas	**Propuestas**
•Usuarios en edad laboral no pueden pedir permiso en su trabajo cada vez que tengan que asistir al CESFAM.	•Incluir a todo el equipo dentro de la educación en el adulto (Ej.: médico dentro de taller de Acogida)
•Fragmentamos a los usuarios por sus patologías	•Realizar consulta ciudadana: porque no asisten? (SAPU, SAC, Padres en controles sanos)
•Este grupo relacionan asistir al CESFAM con mal acceso, mala atención, demoras eternas.	•Gestionar agendas de extensión/diferido para que se protejan cupos de este grupo etario y mejorar así mejorar el acceso.
•Usuarios no asisten a controles	•Trabajar en como promocionamos nuestras atenciones
•Los que asisten a controles no adhieren al tratamiento	•Educar para la salud en adulto
•Equipos de salud poco capacitados en motivación del adulto y educación en adulto mayor	•Formar monitores
•Mirada paternalista desde los equipos de salud	•No fragmentar al paciente: Unificar controles para disminuir veces que deben asistir a controles al CESFAM
•No conocemos las necesidades de los pacientes.	•Incorporar tecnologías para mejorar acceso e información de su salud.

Mesa Salud Sexual y Reproductiva	
Problemáticas	**Propuestas**
Baja red de derivación para los problemas en sexualidad pesquisados en APS.	Idear estrategias comunicacionales con temas emergentes y abriendo la percepción de la población en busca de un acercamiento a salud.
Sensación de la población de dificultad en el acceso para toma de examen de VIH.	Coordinación previa de las estrategias implementadas a nivel de centro de salud como nivel comunal, entre redes como difusión a la población.
Rigidez en la programación para implementar talleres o educaciones con enfoque multidisciplinario, en temas emergentes.	Revisión de factibilidad de implementar exámenes y prestaciones dirigidas a hombres (ej.: Antígeno Prostático).
Desconocimiento de gran cantidad de la oferta y objetivos de las prestaciones otorgadas. (Acceso a screening VIH, Ca mamas en Hombres etc.)	Envío de capsulas informativas por correo electrónico, campañas específicas, prestaciones nuevas, en definitiva, diversificar las formas de difusión en relación a los grupos etarios. (TRANS)
Horarios de trabajo de la población, es los horarios principales de atención en los centros de salud.	Evidenciar horas perdidas por NSP frente a los usuarios para crear conciencia.
Extensión y atención los sábados, gran cantidad de NSP.	
Alto número de consultas ginecológicas en SAPU.	

Mesa Calidad
Propuestas
“La importancia de “observar / cuestionar” nuestros procesos”
Trasmitir la seguridad de los procesos a los usuarios. Visión de los Usuarios: infraestructura, Mostrar los resultados de nuestro trabajo a la comunidad, de los procesos de evaluación. Trabajar con visión de seguridad de las prestaciones. Homogeneizar experiencias: - De trabajo seguro en gestión de calidad - Las técnicas de nuestras prestaciones, principalmente las de pesquisa de evaluación preventiva. Revisión de equipamiento general, propuesta de trabajo. Certificación de procesos y procedimientos básicos en los centros de salud. Como nos preparamos y trabajamos para la prevención de infecciones.

Difusión con los usuarios y los funcionarios sobre los temas de calidad con el objeto de involucrarlos en qué significa la atención con calidad y segura. Intencionar un monitoreo continuo de los procesos del centro. Incorporación de los asesores técnicas en el equipo de calidad. Manejo de evaluación de eventos adversos, incorporar al equipo como centro de salud

Mesa Farmacia	
Problemáticas	**Propuestas**
Pacientes Polifarmacia, falta de adherencia al tratamiento	Poner en acción el comité de Farmacia
	Apoyo al seguimiento fármaco terapéutico por parte de un Químico Farmacéutico, incluyéndose en la educación farmacológica.
	Talleres de uso racional de Medicamentos.
	Infraestructura y dotación adecuada que permita entrega de medicamentos informada en pro de la adherencia.
	Incorporar estrategia estandarizada para poblaciones con barrera idiomática, analfabetismos, etc. (Elaboración de pictogramas)
Tenemos la segunda mayor Tasa de usuarios inscritos que retiran medicamentos en la red	Mejorar Infraestructura
	Mejorar Equipamiento
	Mejorar capacitaciones
	Protocolos
	Dotación
	Mejorar el acceso, la información.
	Complementar tratamiento con medicina natural, mapuche etc.

Mesa Salud Oral	
Problemáticas	**Propuestas**
¿Qué estrategia utilizaría para informar a la población adulta sobre el acceso a la atención dental en la comuna? ¿Cómo educar a la población sobre los beneficios a los cuales puede acceder?	Se evidencia desinformación de usuarios y además de funcionaros de los centros de salud.
	Participación activa del equipo de salud oral en otras áreas y reuniones para informar sobre acceso a atención dental.
	Información del programa de salud oral como parte del proceso de inducción a administrativos y funcionarios.

	Unificar procesos de toma de hora en toda la comuna.(urgencias , morbilidad)
	Mantención periódica de sillones dentales.
	Falta de recursos humanos. Utilización de todos los sillones dentales para la atención.
	Problemas de selección de demanda.
	Usuaria de manda mayor inyección de recursos al programa de salud oral.
	Aumentar horas para adultos en programación.
	Urgencias dentales reales, conocimiento de síntomas. Material visual con información clara y lenguaje adecuado. (diario mural, afiches)
	Circuito de televisión con temas relacionados a salud, específicamente salud oral.
¿Cómo mejorar adherencia al tratamiento dental?	Trabajo directo con consejo de usuarios. Talleres por parte del equipo de salud oral
	Difusión de cómo acceder a tratamiento dental en los centros de salud.
	Refuerzo a los profesionales de dar información completa los usuarios, dar tiempo
	Reforzar buen trato, comunicación por parte de los profesionales (administrativos y odontólogos)
	Informar a pacientes que debe llegar 10 minutos antes de la atención. Si no es así, su cupo será reemplazado.
	Concientizar a pacientes sobre importancia de cumplimiento de horario de atención.

Mesa Salud Mental	
Problemáticas	**Propuestas**
Poca adherencia al tratamiento de nuestros usuarios en programa de salud mental. Se genera la siguiente situación: la realidad es que hay pocas horas de ingreso de los distintos profesionales para el plan terapéutico. Sin embargo hay una alta inasistencia de los usuarios una vez que consiguen su hora, eso	Una buena estrategia son los espacios de acogida o grupos de ingreso, ayuda a revisar las pertinencias, permite realizar un tamizaje de los pacientes que ingresan. Con la finalidad de hacer procesos de salud mental y no atenciones aisladas. De esta manera también el usuario se involucra en el proceso de tratamiento.

genera discontinuidad en el tratamiento por ejemplo.	El grupo de acogida también tiene la intención de desestigmatizar el problema de salud mental, sensibilizar al equipo de primera línea (administrativos) que muchas veces transmiten con el lenguaje no verbal un rechazo cuando la persona que consulta anda sucio, halito alcohólico, etcétera y por ello muchas veces las personas no consultan e influye en la motivación del paciente.
Existen casos muy complejos en APS que se hace difícil la atención por las condiciones de: rendimiento, medicamentos, etc.	Realizar intervenciones estructurales para los casos más complejos, generando estrategias para ciertos tipos de paciente que son predictivos.
	A nivel ministerial está definido qué se ve en APS y a nivel secundario. Sin embargo como APS percibimos un cierto vacío con ciertas patologías (trastorno de personalidad) que debiera haber un dispositivos intermedio (ni APS ni secundario) porque estamos viendo en APS pacientes de mayor complejidad.

Mesa Promoción de Salud	
Problemáticas	**Propuestas**
Como mejorar el trabajo preventivo y de promoción con el inter sector?	Los profesionales que realizan los talleres deben ser adecuados, entretenidos.
	Incorporar las redes sociales en las convocatorias.
	La forma de evaluar las actividades debería pasar más allá del número de asistentes, deberían ser evaluadas por impacto.
	Los talleres están programados para el ingreso. Después solo acuden a controles.
	Capacitar a Monitores de salud en la comunidad por sector.
	Grupo de apoyo a la lactancia. Grupos de autoayuda es una buena alternativa.
	Salud en todas las políticas. Desde salud abogamos en incorporar el tema de salud en el inter sector. Ordenanza municipal para venta de alimentos no saludables, ordenanza que restringe la venta de alcohol.
	Los horarios de los profesionales deben ser adecuados y flexibles, para llegar a toda la comunidad.

	Incorporar educación popular en la forma que realizamos las actividades, en el territorio, conociendo a la comunidad y convocando en horarios desde las 19:00 horas.
	La forma en que la población se alimenta es poco sana, no saben cocinar, deberían realizarse trabajos prácticos.
	Incorporar educación practica en alimentación, talleres de cocina en las juntas de vecinos.
	Plantearse la programación en la cantidad de controles vs los talleres y actividades territoriales.
	Que los servicio de salud incorporen a las iglesias existentes.
	Formar Facilitador cultural para 2018.
	Inter sector cooperación con las iglesias Son muy creyentes y es necesario evaluar ahí la comunidad y darles espacios en centros de salud para que se reúnan.

4. Jornada Plan de Salud Ciclo vital del Adulto Mayor

Mesa Ciclo Vital Adulto Mayor	
"Poca adherencia al tratamiento farmacológico, controles y automanejo de enfermedades crónicas."	
Problematicas	**Propuestas**
Adultos mayores con riesgo de perder dependencia a los largo de su vida.	Realizar catastro de AM que vivan solos o sin redes.
Miedo a exponerse a situaciones riesgosas (hacer trámites y caerse, fracturarse, postrarse)	Incorporar Taller "prevención avance de Artrosis" (Evitar que artrosis leves- moderadas pasen a severas) que incluya Actividad Física, cognitivo y otras terapias)
Existe un tema cultural en el trato del adulto mayor.	Informar procesos normativos dentro de la etapa que viven.
Medicina mapuche, integra al AM dentro de la familia y lo trata dentro del conjunto vs. Cultura occidental aísla al adulto mayor.	Realizar talleres ya programados en la comunidad.
Adultos mayores sin redes	Incorporar otras medicinas.
Trastornos adaptativos que desconocen cómo abordar	Potenciar equipo MAS / Escuela de Verano
No se conoce la red de derivación o apoyo para el adulto mayor.	Hacer conciencia en todo el ciclo vital de cómo son las etapas de la vida, respeto a las experiencias.

En los CESFAM no hay espacios para potenciar tratamientos no farmacológicos en patologías osteo musculares (Artrosis), estimulación cognitiva.	Llegar a los Club de Adultos Mayores. Es un espacio protegido. Circuito cerrado de TV, donde se expongan temas, experiencias, etc. Realizar Feria del Adulto Mayor Ampliar edades para entrega de medicamentos a domicilio (Actualmente desde los 80 años) Incorporación de QF en los centros, entregan información importante respecto a sus tratamientos.

Mesa Salud Mental	
Problemáticas	**Propuestas**
Desconocimiento de la red SM, vías de acceso o prestaciones realizadas.	Necesidad de integración de otros actores clínicos en la atención de Adultos mayores. En consideración de ciclos vitales previos.
Necesidad de aumentar las Actividades Preventivas.	Necesidad de desarrollar nuevas herramientas o recursos en consideración de la modificación en expectativa de vida o funcionalidad del AM Ej. Actividad laboral en edad promedio 70/75 años.
Ausencia de Dupla psicosocial en equipos PAD (autocuidado en cuidadores, acompañamiento emocional). Se propone considerar en programación.	Clarificación de las actividades que realiza el programa. Prestadores versus intervenciones que se realizan (Ej., consulta médica sin necesidad de consumo farmacológicos).
Prejuicios asociados a la atención o derivación en SM. Se propone cambios en lenguaje respecto de conceptos: Salud Mental, Atención Psicológica, entre otros. Como uso nuevos nombres para llamar a la actividad.	Importancia de tener espacios de reflexión con otros AM respecto de sus propias vivencias (Grupos).
Necesidades de atención invisibilizadas. Ej. Violencia de género normalizada según aspectos generacionales, historia social, etc.	Actividades comunitarias al Adulto mayor. Salida del equipo de salud a la comunidad y a agrupaciones de adultos mayores. Tener acceso a beneficios, centros comunitarios, etc. ¿Cómo usar los recursos que tiene la comuna entre todos los centros para facilitar el acceso de los usuarios AM? Se propone mejor la coordinación entre CESFAM Y AREA DE SALUD. Trabajo conjunto en dirección de actividades o grupos. Profesional + Monitor Comunitario. Permanencia en el tiempo de las actividades grupales para que se establezcan como Red.

	Temas comunicacionales: Mayor difusión para adultos mayores de todas las actividades que realizan los centros.

Mesa Salud Oral	
Problemáticas	**Propuestas**
¿Qué estrategia utilizaría para informar a la población adulta mayor sobre el acceso a la atención dental en la comuna? ¿Cómo fomentar el autocuidado de nuestra población adulta mayor?	Percepción por parte de los usuarios de falta de promoción de actividades educativas en la comunidad, poca asistencia a dichas actividades. Hace falta un trabajo más constante y creativo para lograr motivar a la comunidad. Se evidencia desinformación de usuarios y además de funcionaros de los centros de salud. Nivel de daño mayor, que muchas veces no puede resolverse con los recursos de atención primaria. Necesidad de mayor difusión sobre programas de especialidad. Necesidad de mayor cantidad de horas para el adulto mayor. Se propone agenda protegida para adulto mayor, al menos una hora diaria y además call center para el adulto mayor (en horario específico) Necesidad de usuarios de tener continuidad de atención con el mismo profesional. Rotación de funcionarios, reforzamiento de proceso de inducción para que todos manejen la misma información. Trato al usuario, especialmente con paciente adulto mayor. Vinculación con Programa Más Adulto Mayor autovalente. Realización de talleres sobre efectos de patologías crónicas en su salud oral, higiene, limpieza de prótesis. Mala calidad de prótesis dentales realizadas en el Hospital de la Florida. Circuito de televisión con temas relacionados a salud, específicamente salud oral. Solicitud de productos específicos para el adulto mayor, como cepillos de prótesis y corega.

Mesa Farmacia	
Problemáticas	**Propuestas**
Tiempo de espera, disminuyen la adherencia al tratamiento.	Separar la entrega por ventanillas divididas por pacientes crónicos- Morbilidad.

	Aumento de dotación personal Aumentar las plantas físicas Entrega de Fármacos a domicilio, aumentar la difusión e incluir más beneficiarios
Polifarmacia	Implementar la medicina alternativa para complementar tratamientos farmacológicos. Aumentar la educación al paciente, para disminuir el enfoque solo en los tratamientos farmacológicos. Generar Monitores en salud, que implementen charlas de uso racional de los medicamentos. Aumentar las medidas preventivas, no farmacológicas, para disminuir el uso de la polifarmacia Aumentar la Capacitación en farmacológica geriátrica.
Arsenal Farmacológico en el adulto mayor	Inclusión de medicamentos con otras formas farmacéuticas por ejemplo más jarabes, para pacientes con sondas. Activar el comité de farmacia y terapéutica

Mesa Promoción de Salud	
Problemáticas	**Propuestas**
Como mejorar el trabajo preventivo y de promoción con el adulto mayor	Postrados, necesidad de visitas, acompañamiento y asistencia espiritual adecuada a los problemas de del AM. Motivar a través de los cantos Más calle, salir a terreno, más tiempo de promoción en club del AM los fines de semana. Formar monitores de salud en la comunidad (1 por cuadra) Saber escuchar, se sienten solos, abandonados à acompañarlos Diferir horario de los funcionarios, ampliar extensión los sábados. Abordar temas de interés del adulto mayor Fortalecer al programa MAS adulto mayor Mayor Vinculo con el programa del adulto mayor Centros diurnos para el adulto mayor
Como mejorar la participación ciudadana	Más actividades culturales El adulto mayor tiene buena participación, son los que más participan, tienen más tiempo Tienen una responsabilidad en el sentido de transmitir conocimientos

	Acercar a los adultos mayores con jóvenes y niños en colegios y jardines Mas autogestión para los proyectos Armar equipos de trabajo que dinamicen procesos, que los asesores técnicos se involucren en actividades del adulto mayor. Tener más horas disponibles para el trabajo comunitario
Las mesas territoriales serán una estrategia para abordar la promoción de la salud	Sirven para abordar distintos temas, pero falta información sobre ellas, hay un desconocimiento sobre las mesas territoriales. Disponer informativos en farmacia, bodega de alimentos, etc.

Mesa Atención Domiciliaria	
Problemáticas	**Propuestas**
Demanda de las familias de los pacientes postrados, que requieren atenciones de enfermería	Atención integral con plan de cuidado a cargo de los equipos de sector. Procedimientos de enfermería y atención de morbilidad a cargo de un equipo transversal.
Los espacios de los equipos de atención para generar y evaluar el plan de atención.	Incorporar en la programación horas de gestión clínica para análisis de casos y de planificación del cuidado.
Cuál es el plan de intervención para los adultos mayores con dependencia leve o moderada que no van a los Centros, ¿esperamos que progresen a severo?	Generar mesas de trabajo sectorizadas, por cuadrantes más pequeños. Planificar y organizar catastro para identificar y conocer las características de esta población. Buscar voluntarios de la comunidad que ayuden a formar red de apoyo secundaria para estos adultos mayores.
Adaptación del domicilio de los adultos mayores, que le permitan desarrollar sus actividades cotidianas.	Incorporar un terapeuta ocupacional que pueda visitar los hogares para realizar adaptaciones. Contar con recursos para poder adaptar estos domicilios.

1. Diagnóstico Participativo con Adolescentes

En marco de lograr una mayor representatividad de los adolescentes en la toma de decisiones y planificación en salud, el año 2016 se realizaron cinco diagnósticos participativos en distintos colegios municipales de la comuna, que tienen como vigencia 2 años calendarios, lo que correspondería actualizar en el año 2018.

Los Colegios participantes son:

- Complejo Educacional Marcela Paz

- Colegio Sotero del Río
- Liceo Los Almendros
- Liceo Alto Cordillera
- Liceo Cardenal Antonio Samoré

Metodología utilizada:

Marcela Paz: Se utilizó la metodología cualitativa
Sotero del Río: Dinámica rompe hielo con actividad física, muestra de presentación sobre condicionantes de salud, dinámica grupal para división de grupos (snapchat, facebook y whatsapp) división de preguntas y discusión por grupos, apoyado por profesionales de salud.
Colación saludable. Plenario (presentación por grupos).
Los Almendros: Se facilita la reflexión y expresión en torno a las cinco temáticas a trabajar subdividiendo en cinco grupos de no más de seis alumnos, subgrupos que contaron con el apoyo de un facilitador (de equipo ejecutor) con conocimientos afín a la temática a trabajar. Cada subgrupo define un encargado de escribir ideas en papelógrafo, otro para exponer al resto del curso, resumen y resultado de la reflexión y discusión efectuada en cada subgrupo.
Alto Cordillera: Trabajo Grupal, no más de 15 adolescentes, con el apoyo de dos motores, profesionales de los CESFAM José Alvo y CESFAM Maffioletti
Cardenal Samoré: Se dividió el grupo en los distintos temas, se respondieron preguntas de pautas mediante lluvia de ideas y con ello se generó árbol de problemas, luego se realizó plenario.

Contexto de la actividad:

Marcela Paz: Participaron todos los alumnos, lo hicieron con entusiasmo, respeto y motivación. En cada subgrupo se logra apreciar un líder que ayuda a dirigir y presentar la activad de manera de coherente y clara.
No se aprecian líderes negativos, ni actitudes negativas.
Se escuchan y respetan entre ellos, así como también a los facilitadores de la actividad.
Sotero del Río: Un grupo poco participativo en primera instancia, luego de un rato lograron responder a las preguntas, pero se aprecia gran dificultad a relacionar ideas y reflexionar frente a los temas expuestos, conflictos para organizarse y formular ideas críticas de lo consultado en las preguntas, no lograban problematizar, mucha interrupción con integrantes de otros grupos, lenguaje verbal inapropiado (descalificaciones, insultos, desconfianza).
Los Almendros: Tanto adolescentes como los profesionales mostraron gran entusiasmo en participar, hubo una distribución natural de roles y liderazgos en los grupos de trabajo que se formaron, logrando una actividad fluida y dentro de los tiempos establecidos. Por otro lado, el equipo ejecutor mostro gran flexibilidad en los momentos en que se requirió mostrar mayor protagonismo y ofrecer actitud positiva para incentivar y facilitar la participación y trabajo de los adolescentes.
Alto Cordillera: Los jóvenes en general se muestran abiertos a trabajar en la actividad, abiertos a las temáticas plateadas y a expresar su opinión, aunque tímidos a dar inicio a la conversación. Un tema relevante es que no todos sabían a que iban por tanto estaban algo asustados, cuando ya vieron que era una actividad lúdica donde se respetó su opinión fueron participando un poco más.
En los grupos se observan que hay jóvenes más extrovertidos que participaron más activamente en la actividad e impulsaban a sus pares.
Cardenal Samoré: Se observa dificultad de los adolescentes para interactuar con los profesionales en un inicio, dado que desconocían la actividad, pero luego de una breve explicación y presentar más claramente los objetivos los adolescentes participan activamente entregando su opinión acerca de los temas planteados

Tabla N° 190: Propuestas de intervención.

Ítem	Problema Identificado	Acciones de intervención	Acciones Preventivas
Alimentación Saludable	Publicidad	Usar redes sociales para promocionar y educar respecto a alimentación saludable.	Hacer publicidad de alimentación saludable. Aumentar publicidad de alimentación saludable
	Políticas públicas que no favorecen el acceso a alimentación sana, No existe control en la venta de alimentos de preparación rápida y fácil acceso, ej.; sopaipillas. Además, son de fácil costo	Reemplazar los quioscos tradicionales por saludables	Mayor fiscalización y regularización de venta de alimentos no saludables fuera del colegio.
			Aumentar el precio de alimentos no saludables y disminuir el precio de alimentos sanos.
	Falta de Información	Hablar tema con apoyo profesional en reuniones de apoderados.	Mejorar apoyo familiar a la alimentación saludable de los jóvenes
		Talleres en CESFAM: donde puedan aprender preparaciones fáciles, económicas y saludables.	Psicoeducar sobre alimentación saludable en colegios
		Talleres de alimentación. Saludable en colegios.	Mejorar conocimiento sobre beneficios de la alimentación saludable.
	Costos de Alimentación Saludable	Talleres en colegio con profesionales del CESFAM: alimentación saludable (los contenidos propuestos: comparar precios de forma real alimentos sanos vs no sanos, huertos urbanos, alimentos transgénicos vs orgánicos, preparaciones motivantes culinariamente para alimentarse, alimentación que ayuda a bajar porcentaje de grasa corporal y subir masa muscular)	Difusión de las actividades que puede realizar el CESFAM en colegios.
	JUNAEB	Preparación de colaciones saludables	Fiscalización colaciones entregadas por JUNAEB
Actividad Física	Falta de conocimiento de los beneficios de la actividad física a	Generar más horas de educación física en el horario del establecimiento educacional.	Informar sobre riesgos de no realizar actividad física periódicamente.

	nivel general en el establecimiento educacional. Poco interés en realizar actividad física	Poner máquinas de ejercicio dentro del colegio	Mejorar conocimiento sobre los beneficios de la actividad física
		Hacer la clase de educación física más entretenida (que responda a los intereses delos jóvenes)	Aumentar las horas de esparcimiento dentro y fuera del colegio
		Recibir mayor información sobre talleres realizados por la comuna en los establecimientos de salud.	Fomentar la realización de actividad física en espacios públicos.
Sexualidad	El acceso a los servicios de salud no es fácil	Atención e matrona en liceos	Realizar atenciones de manera individual, no solo grupal. Además, que nos solo las dudan están en métodos anticonceptivos. Que las atenciones en los colegios se realicen en un ambiente de privacidad donde se sientan en confianza en platear sus consultas
	No tener información	Educación sexual como asignatura	Formación de monitores de salud que pueden ayudar sus pares, esto permitiría entregar información adecuada.
Alcohol, Drogas y Tabaco	Motivación de experimentar consumo y aceptación social	Apoyo en orientación en proyecto de vida	Información para facilidad para continuidad de estudios, acceso a becas, orientación vocacional, apoyo psicológico (talleres en los colegios; alumno y padres)
		Enseñar el autocontrol y el autoconocimiento. Conciencia de los límites del cuerpo y de los efectos de las dosis de los distintos tipos de alcohol y drogas. El saber te hace libre, o al menos te hace menos esclavo de los efectos.	Entre los jóvenes, el costo del alcohol es una variable sensible, por los tanto los jóvenes resignan calidad en favor del precio.
	Ven algunos consumos como “no tan malos” justifican que no consumen drogas “duras”, validan el consumo	Educar desde más niños	Estar más educados desde chicos
		Hacer talleres de deporte	Evitar caer en las drogas

	de marihuana con lo que se está haciendo en el municipio y el cultivo que existe en la comuna.		
Participación Social	No participan ya que no se sienten representados o que se trabajen temáticas de interés.	Publicitar las actividades	Espacios de los jóvenes donde se publiciten las actividades de participación.
			Visibilidad de la información
		Realizar talleres en la comunidad, en espacios comunitarios.	Sentirse escuchados
	No se sociabiliza ni comparte, poco interés el comunicarse cara a cara. No se potencia el trabajo grupal ni comunitario.	Formación de líderes comunitarios adolescentes	Mejorar unión entre jóvenes

COMUDEF

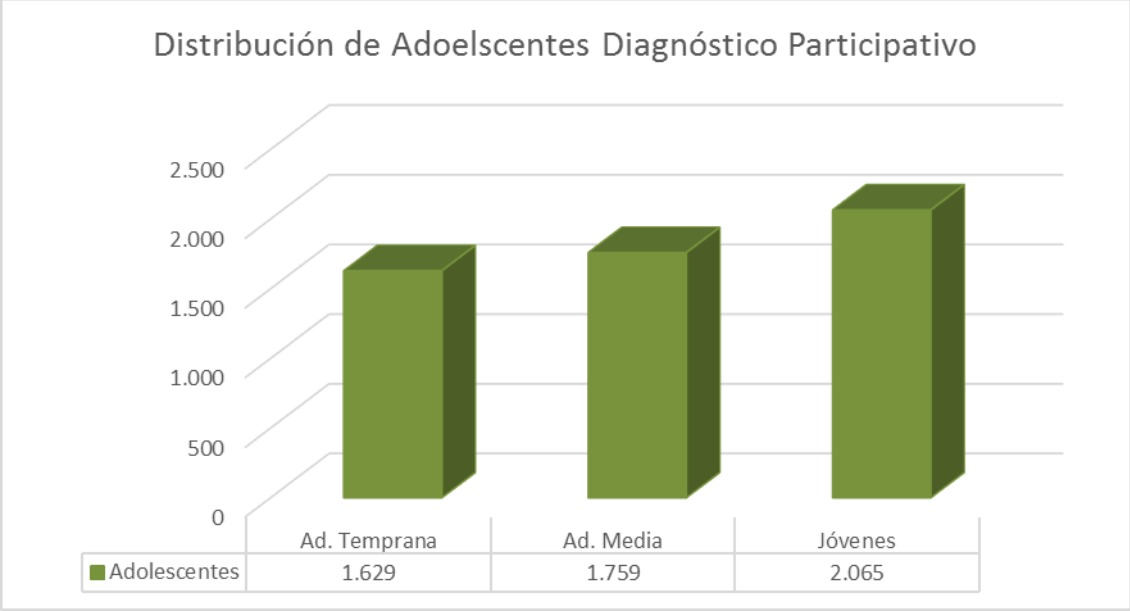
Colegio Solero del Río

Complejo Educacional Marcela Paz

En el año 2017 el CESFAM Los Castaños pretende innovar y realiza un Diagnóstico Participativo con Adolescentes, quién cuenta con una población inscrita de 5.453 adolescentes y jóvenes, los cuales se sub dividen en tres grupos para dar mayor énfasis a la pesquisa de problemas de salud relacionados a los factores de riesgo más frecuentes según ciclo vital. Estos sub grupos son:

Adolescencia temprana: Usuarios que se encuentran entre los 10-14 años de edad
Adolescencia Media/tardía: Usuarios que se encuentran entre los 15 y los 19 años de edad.
Jóvenes: Usuarios que se encuentran entre los 20 y los 24 años de edad

Tabla N° 95: Distribución de adolescentes por grupos etarios, Dg. Participativo.



FUENTE: Datos Locales, Cesfam Los Castaños, 2016.

Según un análisis de datos obtenidos mediante el control de salud del adolescente (ficha Clap), realizado durante el primer semestre del año 2017, en el cual se consideró como muestra a 158 adolescentes de entre 10 y 19 años, de ambos sexos y diversos orígenes étnicos y sociales, se determinaron los principales factores de riesgo y problemas de salud que afectan a este grupo etario.

Dentro de los problemas de salud detectados encontramos:

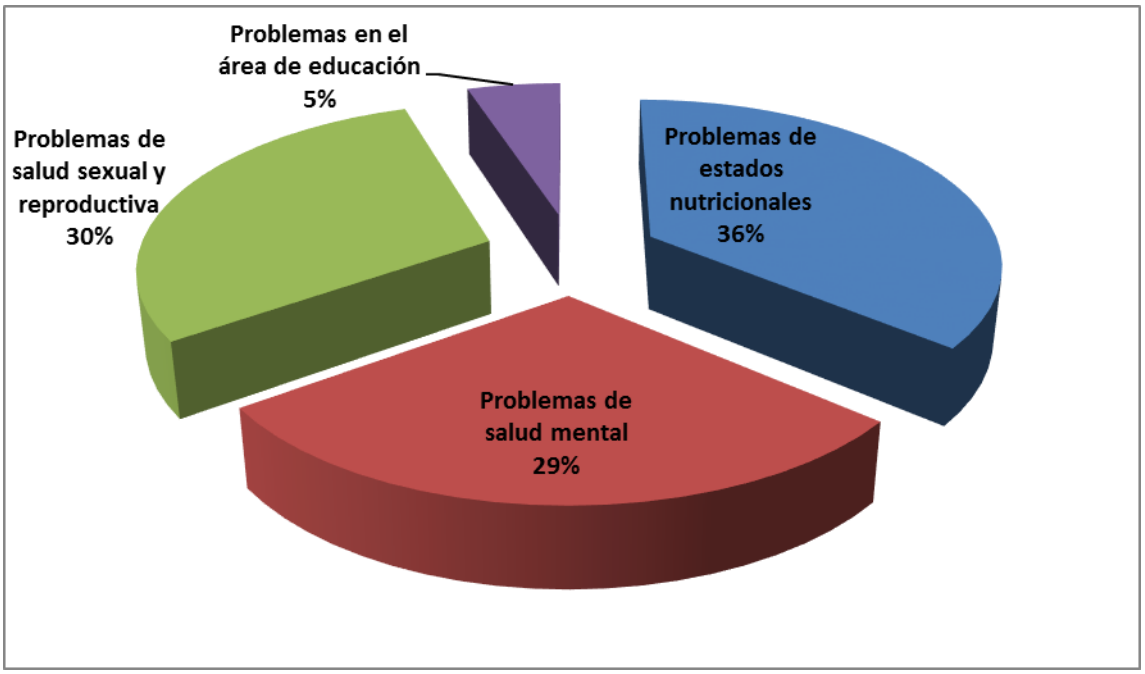
57 usuarios/as presentan problemas relacionados a sus estados nutricionales, siendo los diagnósticos más frecuentes el sobre peso y la obesidad.

47 usuarios/as presentan riesgo asociado a su conducta sexual, siendo las dos problemáticas de mayor impacto el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual.

46 usuarios/as presentan problemas relacionados a su salud mental, siendo más frecuentes los problemas asociados a la depresión, trastorno por ansiedad y trastornos por déficit atencional.

8 Usuarios/as presentaron riesgo en su salud asociado a deserción escolar, identificándose como uno de los principales factores de riesgo el trabajo infantil.

Tabla N° 96: Distribución porcentual de factores de riesgos pesquisados en controles de salud de adolescentes.



Respecto a las intervenciones realizadas según los riesgos identificados, se observa que:

Solo el 11% de los adolescentes con problemas de mal nutrición adhirieron a tratamiento continuo en el programa vida sana.

El total de los usuarios/as que iniciaron terapia psicológica por enfermedades o problemas relacionados con su salud mental no completaron el tratamiento.

El total de los usuarios y usuarias con riesgos asociados a la conducta de salud sexual y reproductiva recibieron al menos una consejería con foco preventivo a fin de disminuir el riesgo.

Metodología de desarrollo

El diagnóstico participativo del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes fue llevado a cabo en el Liceo Nuevo Amanecer, el cual es uno de los establecimientos educacionales pertenecientes al territorio socio demográfico en el cual se encuentra ubicado el CESFAM Los Castaños. La actividad se realizó el día viernes 20 de octubre del presente año en las

dependencias del Liceo, con la participación de (número de usuarios) adolescentes que cursan octavo básico, de ambos sexos. Se incluyeron a aquellos usuarios que no se encuentran inscritos en nuestro establecimiento de salud puesto que el objetivo de la actividad se encuentra centrado en conocer la realidad del entorno, así como los factores ambientales, sociales y personales que determinan el estado de salud de los y las adolescentes.

Por otra parte se contó con la participación de parte del cuerpo docente del establecimiento, así como de la participación del asesor técnico de programa del CESFAM Los Castaños y una interna de terapia ocupacional de la Universidad de Las Américas.

Enfoque utilizado:

Se utilizó el enfoque cualitativo para el diseño de la actividad, centrando la mirada en el relato y en las experiencias personales de los participantes, así como en el entorno socio cultural en el que estos se desenvuelven. Como instrumentos para la obtención de datos cualitativos se usaron la observación y material didáctico para la confección de un árbol de problemas y soluciones, el cual fue solicitado a cada grupo de participantes al finalizar la actividad.

Dentro de los objetivos que se plantearon previos a la realización del diagnóstico participativo encontramos:

Objetivo general de la actividad:

Conocer el contexto socio cultural y las experiencias de los y las adolescentes relacionadas con temas de salud en sus distintos ámbitos, con el fin de generar líneas de acción conjuntas que disminuyan el impacto de las problemáticas que determinan el estado de salud de la personas.

Objetivos específicos:

Identificar problemáticas de salud frecuentes o percibidas como de mayor impacto por los y las adolescentes
Considerar la visión de los adolescentes para el desarrollo de estrategias desde el CESFAM Los Castaños
Conocer los recursos sociales, sanitarios y comunitarios orientados a disminuir el riesgo de sufrir problemas de salud

Descripción de la actividad:

Encuadre inicial: Se realiza una presentación de la institución que organiza la actividad y de las personas que la ejecutan, fomentando la confianza entre los participantes. Así mismo se explica en términos generales la actividad central y se establecen los roles de liderazgo entre profesionales del equipo de salud y el cuerpo docente del establecimiento.

Actividad central: Se subdivide al total de participantes en sub grupos a fin de facilitar el dialogo y la dinámica entre los mismos. Se inicia el dialogo con una pequeña actividad rompe hielo, en la cual cada participante debe señalar cuál es su nombre e identificar una característica personal que lo identifique. Una vez consolidado el grupo se realiza una construcción colectiva del concepto “adolescencia”, señalando sus características y componentes principales. En este marco de trabajo se incluyen las problemáticas que afecten con mayor frecuencia a los adolescentes (se utiliza la lluvia de ideas como recurso para identificar problemáticas).

Una vez que se han identificado todas las problemáticas se abre el dialogo para establecer cuál será escogida como la problemática central, considerada como la de mayor impacto en el estado de salud de los adolescentes.

En el momento en que se establece el problema central se utiliza como actividad el "árbol de problemas", mediante el cual se identifican cuáles son las causas y los efectos de la problemática central. Posterior a ello se establece una propuesta de árbol de soluciones orientado a dar respuesta a la problemática identificada o disminuir los efectos de esta en el estado de salud de las personas.

Finalmente se realiza una plenaria grupal, en la cual cada representante de un grupo tiene la oportunidad de exponer a los demás participantes el trabajo realizado a fin de compartir las experiencias.

Agradecimientos finales y despedida: Junto con cerrar el proceso y agradecer a los participantes se toma el compromiso de realizar una devolución del análisis de la experiencia y los planes de mejora para implementar durante el año 2018.

Sistematización de los datos obtenidos

A continuación se realizará una presentación de los aspectos considerados en ambos sub grupos de trabajo, incluyendo las problemáticas identificadas, sus causas y efectos y las soluciones propuestas.

Grupo número 1: Integrado por 10 estudiantes (6 mujeres y 4 hombres) del curso de octavo básico del Liceo Nuevo amanecer, un docente del establecimiento y la interna de terapia ocupacional de la Universidad de Las Américas que cursa actualmente su internado clínico en el CESFAM Los Castaños

Problemática central identificada: El consumo y el tráfico de drogas en los y las adolescentes

Causas del problema identificado:

- Falta de apoyo de los padres y las familias
- Problemas de comunicación entre adolescentes y adultos
- Inmadurez de los adolescentes para la toma de decisiones
- El entorno social conlleva a los adolescentes a consumir

Efectos:

- Deserción escolar
- Violencia
- Embarazo adolescente
- Enfermedades de salud mental
- Adicciones

Soluciones propuestas:

- Realizar más actividades que favorezcan la participación del adolescente y eviten que consuma drogas
- Realizar actividades orientadas a mejorar la comunicación de los adolescentes con sus padres/cuidadores
- Grupo número 2: Integrado por un grupo de 10 alumnos de octavo básico del liceo (5 mujeres y 4 hombres), y el asesor del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes del CESFAM Los Castaños.

Problemática central identificada: Embarazo adolescente

Causas:

- Falta de control de impulso de los adolescentes
- Consumo de alcohol o drogas
- Falta de comunicación con los padres
- Influencia de los pares

Efectos:

- Deserción escolar
- Problemas económicos
- Bajo rendimiento escolar
- Abandono infantil
- Violencia

Soluciones propuestas:

- Realizar talleres de educación sexual explicando la importancia del uso de preservativos para evitar el embarazo adolescentes y el contagio de enfermedades de transmisión sexual
- Integrar a los padres y cuidadores en los talleres para que ellos también se informen y logren comunicarse con sus hijos de forma efectiva.

Conclusiones:

Mediante la ejecución del diagnóstico participativo del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes del centro de salud familiar Los Castaños, fue posible identificar dos de las problemáticas presentes en la población adolescente, las cuales son percibidas como aquellas que generan un impacto mayor en la salud de dichas personas.

Respecto a la primera problemática identificada, el embarazo adolescente representa además un problema de salud de alta prevalencia en la población inscrita en el CESFAM Los Castaños según señala el análisis de datos d población bajo control en el primer semestre de 2017, en el cual el 30% de la población controlada mantiene un riesgo asociado a su conducta sexual.

Por otra parte y respecto a la segunda problemática, el consumo de alcohol y drogas es identificado por los y las adolescentes como uno de los determinantes de problemas socio económicos y problemas de salud mental más relevantes a lo largo de este ciclo vital, siendo percibido además como una situación que ocurre frecuentemente.

Otro de los antecedentes que llama la atención al momento de ejecutar la actividad, es el manejo que tienen la mayoría de los participantes en temas de salud, y lo empoderados que estos se sienten así mismos en la toma de decisiones importantes. Dentro de este ámbito, los adolescentes plantean como un factor negativo las dificultades para comunicarse de forma efectiva con los adultos, principalmente padres y cuidadores, ya que la distancia que se genera por la falta de comunicación influye en la pérdida de control de impulsos de los adolescentes al momento de tomar decisiones.

Plan de acción:

Tomando en cuenta las problemáticas identificadas y las soluciones sugeridas por los participantes se sugieren las siguientes actividades:

Estrategia	Descripción	Recursos	Objetivo
Consejerías en salud sexual y reproductiva en espacios amigables	Busca incorporar a un(a) matrón(a) en los espacios amigables, con horas protegidas para realizar consejerías individuales y grupales en los espacios amigables los días martes y viernes en horario diferido (después de las 17:30 Pm).	Se requiere de la incorporación de al menos un profesional matrón con horas protegidas de 45 minutos para realizar consejerías grupales e individuales	Generar una instancia de confianza que le permita a los adolescentes verse a sí mismos e identificar conductas de riesgo Asesorar a los adolescentes en métodos y alternativas para el control de la fecundidad/ ITS
Articulación de la estrategia de detección, intervención y referencias asistidas en alcohol, tabaco y otras drogas (DIR), en los espacios amigables y actividades promocionales del programa	Busca sensibilizar el consumo de alcohol, tabaco y drogas mediante una pesquisa oportuna de los hábitos de consumo. Por otra parte busca integrar las consejerías individuales/grupales como un método de asesoría y seguimiento de	Se requiere de la participación del psicólogo a cargo del programa para realizar las intervenciones y consejerías. Se requiere de un profesional/técnico paramédico para la aplicación de instrumentos para la detección del consumo	Aumentar la pesquisa del consumo perjudicial de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, articulando los distintos dispositivos internos y externos que trabajan en esta materia. Por otra parte se busca mejorar la adherencia y el seguimiento de los

	adolescentes con consumo activo.		usuarios que ingresan a tratamiento.
Incluir a padres y cuidadores en actividades promocionales de programa y articular taller de habilidades parentales con la red de establecimientos educacionales	Esta estrategia pretende incorporar a los padres, cuidadores y otros adultos significativos para el grupo de adolescentes con el fin de potenciar habilidades comunicacionales y fortalecer los factores protectores en el grupo familiar.	Se requiere la participación de las trabajadoras sociales de cada sector en el centro de salud Familiar Los Castaños como agentes articuladores con los distintos dispositivos educacionales pertenecientes a la red. Por otra parte, se integran a los profesionales de programa para la realización de talleres y actividades	Desarrollar y potenciar habilidades comunicacionales en padres, cuidadores y otros adultos significativos, y el grupo de adolescentes que se desempeñan en los colegios pertenecientes a la red del inter sector del Centro de salud familiar Los Castaños.

Comentarios finales

Como estrategia a mediano plazo se propone integrar las iniciativas y sugerencias de la comunidad durante el proceso de devolución del análisis que se realizó en base al diagnóstico participativo, propiciando la participación de la comunidad en la construcción de los talleres anteriormente señalados. Se destaca la importancia de incluir a los adolescentes en la construcción y desarrollo de los talleres con el fin de favorecer un rol activo y participativo desde los mismos.

Anexo Nº 1

PROGRAMA CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMUNA LA FLORIDA

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS		ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	RESULTADOS ESPERADOS (conductas que se observarán en los participantes al término del curso; es decir las conductas observables de salida.	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
					A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
1-Fortalecer el modelo de atención en salud	1	Salud Familiar y comunitaria	**a)** Adquirir y/o Actualizar los conocimientos en Salud Familiar y Comunitaria, con énfasis en el Modelo, Rehabilitacion y Trabajo Comunitario. **b)** Conocer y aplicar herramientas de Educación para la salud . **c)** Incorporar dentro del proceso de atención en el marco de salud familiar, la atención de comunidades migrantes en los ámbitos sociosanitarios	El funcionario tendrá herramientas teóricas y prácticas para contribuir al fortalecimiento del sistema de salud integral, en el contexto del modelo de salud familiar, comunitaria y en red.	9	21					30	16	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	2	Detección y Manejo de abuso Sexual Infantil	Que los equipos que pertenecen al programa de salud Mental en los Centros de salud en APS adquieran conocimientos tecnicos para la detección y manejo del abuso sexual infantil	El funcionario tendrá las competencias tecnicas para pesquizar un caso de abuso de sexual en niños y niñas, asi como las herramientas tecnicas especificas para el manejo que compete a nuestro nivel de atención.	9	36					45	16	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	3	Manejo de Trastornos de personalidad	Actualizar y especializar los conocimientos relacionados con el paciente de APS con diagnóstico de trastorno de personalidad, considerando: manejo farmacologico, in,tervenciones familiares, manejo de crisis, autocuidado del equipo	Médico, asistente social y psicólogo serán capaces de abordar y manejar de manera integral al usuario que padece el diagnostico, desde el punto de vista farmacologico, familiar y social. Además el equipo de salud incorporara las herramientas para el autocuidado.	9	21					30	16	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	4	Actualización de interpretación de Radiografía de Pelvis	Actualizar herramientas para lectura e interpretación de radiografía de pelvis en niños	El 100% de los participantes que aprueben obtendrán las herramientas necesarias para aumentar la resolutividad en su quehacer, interpretando de forma eficiente las radiografías de pelvis en niños cada vez que se requiera.	18						18	8	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	ÁREA SALUD COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	5	¿ Que es Chile Crece Contigo?	Conocer las nociones principales del Sistema Chile Crece Contigo, sus fundamentos, características, modelo de gestión y prestaciones reconociendo el Sistema como un todo integrado	El funcionario obtendra información sobre: Cómo surge y dónde se inserta Chile Crece Contigo En qué consiste y cómo funciona Chile Crece Contigo Qué prestaciones gestiona Chile Crece Contigo Cuáles son los aprendizajes, logros desafíos de Chile Crece Contigo	3	10	8	1	6		28	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	6	Migración, Salud y Derechos Humanos	Sensibilizar a los funcionarios de la red sobre la migración y sus implicancias en salud desde el enfoque de derechos humanos con el fin de facilitar la inclusión de las personas inmigrantes.	Al terminar el curso el funcionario tendrá nociones sobre el derecho a la salud y migración, desde el enfoque de DDHH.	15	38	26	6	23	7	115	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	

1-Fortalecer el modelo de atención en salud	7	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales de la Gestión	Reconocer aspectos centrales de la gestión para responder a las exigencias del modelo como también comprender la utilidad de los procesos de la gestión clínica y mejoramiento continuo de la calidad.	Al finalizar el curso el funcionario tendrá conocimientos sobre cómo se organiza un centro de salud en temas relacionados con: equipo de salud con población a cargo, planificación y programación, gestión clínica y trabajo con la red de salud.	6	14	1				21	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	8	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Conceptos y Elementos Claves	Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en la red asistencial en los equipos de salud de la Atención Primaria.	Al finalizar el curso el funcionario conocerá definiciones, principios y Marco legal del Modelo de Salud Familiar en Chile.	5	18	5				28	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	9	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Participación Social	Revisar el marco conceptual de la participación social, identificar el marco legal que define los lineamientos de la participación para el sector que respalda el desarrollo de propuestas y revisar experiencias de participación social en salud.	Al terminar el curso el funcionario conocerá los conceptos que forman parte de la estrategia de participación en APS		15		3	4	1	23	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	10	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Proceso de Ateción de la Población a cargo con Enfoque Familiar	Reconocer la importancia del enfoque familiar, reconocer dificultades en la aplicación práctica de este enfoque, identificar los Niveles de Intervención para la programación del trabajo con familias e identificar la Historia Clínica Orientada a Problemas como herramienta ordenadora y de registro de las actividades del Modelo.	Al final del curso el funcionario tendrá herramientas para el trabajo con familias en APS que incluye: Niveles de Intervención del Equipo de Salud con las Personas y sus Familias, evaluación de riesgo y protección familiar y acompañamiento a familias de RBPS Alto o familias derivadas.	2	18	2		2		24	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	11	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Promoción y Prevención de la Salud	Identificar las estrategias fundamentales de la promoción de la salud. Revisar los principios de la educación de adultos. Identificar estrategias para diseñar actividades de promoción y prevención en salud incorporando la metodología de educación de adultos.	El funcionario adquirirá herramientas para generar estrategias de promoción y prevención y metodología de educación de adultos	6	18	9	4	2		39	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	12	Técnicas Proyectivas y Test Gráficos en APS	Actualizar los conocimientos de técnicas proyectivas y no proyectivas a psicólogos de los Centros de salud apropiados para la APS para la deteccion de problemas de Salud Mental en ciclo vital infantil, adolescente, adulto y adulto mayor.	El psicólogo actualiza e integra conocimientos en aplicación de pruebas psicológicas a lo largo de todo ciclo vital para la deteccion temprana de los principales problemas de Salud Mental.		30					30	16	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN Y DRA. VERÓNICA FULLER JEFA DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE

3-Fortalecer el sistema de garantías explicitas en salud y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales	13	Garantías Explicitas de Salud	Adquirir conocimiento básicos sobre garantías GES para informar a los usuarios.	El funcionario entrega información adecuada a la población con respecto a los problemas de salud garantizados en relación al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.			9	0	9		18	8	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	ÁREA SALUD COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	14	Consumo de Alcohol - Guía para reducir los riesgos	Actualizar los conocimientos y la información respecto a los riesgos relacionados con el consumo de alcohol, comprender el uso de la sustancia y acercarse desde la perspectiva promocional y preventiva a su abordaje en la vida cotidiana o en el campo de la salud, contribuyendo al desarrollo de una "cultura del consumo de alcohol de bajo riesgo".	El funcionario será capaz de entregar información adecuada para sensibilizar sobre la importancia de un consumo de alcohol responsable y los daños que puede generar su abuso	10	7	14	3	5	2	41	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	15	Actualización para Digitadores GES sobre plataforma SIGGES	Actualizar a los equipos GES sobre el ingreso de la información a plataforma SIGGES.	El funcionario genera un registro adecuado de las garantías GES en plataforma SIGGES.					27		27	8	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	ÁREA SALUD COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE

4-Mejorar la calidad de atencion y trato al usuario	16	Calidad de la atención y Trato al usuario	Adquirir competencias vinculadas al trato usuario y su relación con la calidad y el proceso de acreditación, teniendo como tópicos relevantes la acogida, la información y los tiempos de espera, a objeto que el funcionario sea capaz de entregar información clara, oportuna y pertinente considerando las expectativas del usuario.	El funcionario comprenderá la importancia de la atención de calidad y el buen trato al usuario aplicandolo a su quehacer diario, entregando información clara, pertinente y oportuna, considerando las expectativas del usuario.			10	2	7	10	29	16	**SENCE**			$ 2.320.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	17	Calidad y Acreditación	a) Adquirir y aplicar herramientas de Gestión de Calidad y Acreditación. b) Conocer los componentes, características y medios de verificación del proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales. c) Aplicar herramientas de análisis de la calidad y diseño de protocolos clínicos y administrativos	El funcionario: **1)** Diseña y aplica protocolos clínicos y administrativos. **2)** Aplica herramientas de gestión de calidad y acreditación. **3)** Registra y comprueba los medios de verificación del proceso de acreditación de prestadores institucionales.			2	2	9	1	14	16	**SENCE**			$ 0	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	18	Lenguaje de Señas	Conocer y comprender elementos básicos de la lengua de señas	El participantes logra comunicarse con el usuario que posee alguna alteración auditiva, mediante lenguaje de señas			102	17	47	12	178	16	**SENCE**			$ 14.240.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	19	Seguridad del paciente	Entregar conceptos sobre Riesgo Clínico y Seguridad del paciente, a objeto de: **a)** Ser capaz de detectar y notificar eventos adversos, centinelas y adquirir herramientas para mediación. **b)** Conocer y aplicar herramientas para evitar infecciones asociadas a la atención en salud IAAS. **c)** Manejar residuos especiales y residuos peligrosos	El participante: **1)** realiza una vigilancia más activa de los eventos adversos de su Centro facilitando la notificación de estos, detectándolos y notificándolos. **2)** Maneja residuos especiales y residuos peligrosos.			11	0	4	9	24	16	**SENCE**			$ 1.920.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	20	REAS	Motivar el cuidado personal y la conducta preventiva en el manejo de residuos, comprendiendo la normativa legal vigente. , .	El participante: **1)** Identifica y clasifica los diferentes tipos de residuos: peligrosos y especiales. **2)** Conoce el manejo y segregación de residuos peligrosos y especiales. **3)** Conoce el almacenamiento y manejo de residuos peligrosos y especiales. **4)** Identifica el trasporte de residuos peligrosos y especiales según la norma.	6	23	36	6	5	3	79	8	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	21	Operación segura de Calderas y Generadores de Vapor	Entrenar a los trabajadores para que puedan rendir examen de certificación ante la autoridad sanitaria.	*El participante podrá optar a rendir el examen para obtener su licencia como operador de equipos calderas y generadores de vapor ante la autoridad sanitaria correspondiente. *El 80% de los funcionarios capacitados se certifica ante la autoridad sanitaria.			6	1	3	7	17	24	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	22	Comunicandonos y resolviendo conflictos	Respecto a la comunicacion positiva, los participantes podrán: **a)** Conocer sus conceptos centrales y principales obstáculos. **b)** Identificar y aplicar tips para una buena comunicación Respecto a los conflictos, los participantes podrán: **a)** Comprender su definición y como interfiere la percepción en la interpretación de las palabras. **b)** Conocer los pasos para su resolución. **c)** Identificar formas de resolución de conflictos mediante los instintos y la percepción **d)** Conocer tips de servicios y resolución de conflictos con clientes.	Resuelve conflictos a partir de comprender la importancia del impacto que tiene la comunicación, sus efectos y consecuencias en la conducta, permitiendo mantener un clima laboral que facilite un desarrollo armónico de las relaciones interpersonales con usuarios internos y externos.	18	96	16	4	43	11	188	8	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE

4-Mejorar la calidad de atencion y trato al usuario	**23**	IAAS	Adquirir herramientas y procedimientos para contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atencion en salud y como consecuencia, aportar al proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en los Centros de Salud de la comuna	El funcionario aplicará procedimientos para contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atencion en salud.		30					30	16	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	24	Esterilización	Actualizar los conocimientos del proceso de esterilización y adoptar medidas de bioseguridad, reduciendo los riesgos laborales y la transmision de enfermedades	Aplica principios de asepsia y antisepsia en la ejecución de técnicas y procedimientos relacionados con la esterilización y manejo de equipos, materiales e instrumental esteril.		30					30	30	**GESTIÓN LOCAL**			$ 0	UNIVERSIDAD EN CONVENIO CON COMUDEF	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER SEMESTRE
	25	Buenas Prácticas en Atención Primaria: Contribuyendo al Valor Social de la Atención Primaria	Conocer las metodologías de apoyo a la sistematización de una buena práctica, contribuyendo a la generación de conocimiento y a su utilización como herramienta de gestión.	El funcionario profundizara sobre el concepto y contexto de las buenas prácticas en Atención Primaria y la importancia de su sistematización para su replicación	11	39	19	2	15	2	88	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	26	Enfoque Intercultural en Salud	Socializar el enfoque intercultural en salud con la finalidad de promover la inclusión de la población indígena a una atención oportuna, eficaz y respetuosa.	El funcionario obtendrá conocimientos acerca del Marco Socio Histórico/Conceptual y el Enfoque Intercultural en salud en Chile.	10	22	11	6	14	2	65	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	27	Género en Salud	Conocer conceptos relevantes acerca del enfoque de género en salud.	Al término del el curso los y las participantes contarán con conocimientos y herramientas sobre conceptos relevantes acerca del enfoque de género en salud, que les permitan ir incorporando actitudes y prácticas en sus funciones diarias que tengan como resultado la construcción de relaciones igualitarias tanto en el trabajo como en el ámbito personal, con enfoque de derechos y de respeto a la diversidad de las personas.	2	32	2		4	1	41	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	28	Manejo y Resolución de conflictos	Capacitar a equipos de salud, en particular a administrativos(as), que se desempeñan en atención primaria, en la adquisición y desarrollo de las competencias necesarias en el afrontamiento de conflictos y la resolución de situaciones difíciles tanto con el usuario y la usuaria interno(a) como externo(a), con orientación al impacto de este tipo de situaciones en el clima organizacional, en la calidad de vida y en la imagen institucional.	El funcionario maneja situaciones conflictivas tanto a nivel interno (equipo de trabajo) como externos (usuarios), comunicándose adecuadamente, escuchando de manera activa y resolviendo situaciones difíciles.			9	2	11	8	30	16	**SENCE**			$ 2.400.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE

5- Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	29	Coaching laboral	*Fomentar y entregar herramientas que ayuden a la organización, equipos de trabajo y a cada integrante a estar en armonía y en concierto con los objetivos individuales, grupales y organizacionales. *El funcionario adquirirá herramientas para desarrollar la autoconfianza y proactividad para el desarrollo personal y de la organización.	El funcionario es proactivo en relación a su desarrollo profesional. Muestra interés para lograr los objetivos personales y de la organización.			8	3	8	1	20	16	SENCE			$ 1.600.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	30	Mejora en las relaciones interpersonales y Clima laboral	Reconocer estructuras de grupo y elementos básicos de clima laboral como factor clave en el funcionamiento de los equipos de trabajo	Aplica elementos y factores claves que ayudan a mejorar el clima laboral; se comunica efectiva y oportunamente con sus compañeros y otras unidades; saluda cordialmente a todos sus pares y/o colaboradores, manteniendo una actitud positiva la mayor parte del tiempo.			16	9	23	6	54	16	SENCE			$ 4.320.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	31	Fatiga Mental	Sensibilizar sobre la importancia del cuidado personal y la conducta preventiva al autoevaluar su nivel de fatiga mental y poder prevenirla	El participante: **1)** Identifica la fatiga mental y sus causas en el ámbito laboral. **2)** Aplica las medidas de prevención de la fatiga mental.	30	82	52	17	47	6	234	4	ACHS			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN Y SR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	32	Orientación en Prevención de Riesgos y respuesta legal en materias de seguridad y salud	El participante sera capaz de: **1)** Comprender aspectos fundamentales sobre la seguridad y salud en el trabajo y conocer las implicancias legales, ante el incumplimiento de la normativa asociada a la prevención de riesgos en el trabajo. **2)** Identificar conceptos asociados a la seguridad y salud en el trabajo. **3)** Conocer el marco legal. **4)** Conocer los principales contenidos de la ley N°16744. **5)** Conoce los distintos tipos de responsabilidad legal contemplados en la ley frente al incumplimiento de obligaciones legales y/o reglamentarias en materia de seguridad y salud en el trabajo.	Reconoce las implicancias legales asociadas a las responsabilidades del empleador y jefaturas, de acuerdo a la legislación vigente.	12	33	17	2	11	9	84	8	ACHS			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN Y SR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	33	Actividad Física en el Trabajo	Sensibilizar a los(as) funcionarios (as) de la Red Asistencial sobre la importancia de la actividad física y deportiva, en el contexto tanto laboral como personal, colaborando en la promoción de la calidad de vida laboral y bienestar psicosocial, y en la prevención de condiciones de riesgo asociadas al sedentarismo.	El funcionario conocerá los principios básicos de fisiología aplicada a la actividad física, podrá otorgar consejos saludables y recomendaciones de rutinas de actividad física laboral adaptadas al trabajador de salud.	13	16	36	7	28	8	108	27	UVIRTUAL			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	34	Gestión del Buen Trato Laboral	Actualizar, profundizar y promover la reflexión de los conocimientos respecto a la cultura del buen trato en el sector salud, considerándola como un componente de las Buenas Prácticas y como una responsabilidad fundamental para la provisión de un adecuado clima laboral.	El funcionario conocera el Instructivo Presidencial n°001, Sobre Buenas Prácticas Laborales en el Desarrollo de Personas en el Estado y de esta manera buscar estrategias para su cumplimiento	10	34	17	8	27	14	110	27	UVIRTUAL			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	

5- Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	**35**	Introducción a las Relaciones Laborales en el Sector Salud	Entregar conocimiento sobre la normativa que rige al personal que se desempeña en la Atención Primaria de Salud Municipalizada y su aplicación en el ciclo de vida laboral del funcionario.	Al finalizar el funcionario tendrá información acerca de la normativa que rige la Carrera funcionaria y Asignaciones en Atención Primaria.	3	13	3	1	3		23	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	36	Riesgo Musculoesquelético	Desarrollar conocimientos para la implementación de Programas de Riesgo Músculo Esquelético, a los funcionarios de los Establecimientos Asistenciales de Salud, promoviendo el desarrollo de competencias para la identificación, evaluación y control de estos agentes de riesgo profesional presente en los hospitales.	Al finalizar el funcionario será capaz de identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo musculo-esquelético.	19	21	32	1	3		76	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	37	Salud Ocupacional	Actualizar e invitar a reflexionar a funcionarios, técnicos y profesionales de los Establecimientos Asistenciales de los Servicios de Salud, sobre la Salud Ocupacional como un componente de la gestión del Recurso Humano y como una responsabilidad fundamental para la provisión de una adecuada atención de salud, profundizando el enfoque del conocimiento existente en cuanto derecho laboral y como campo de acción de la Salud Pública.	El funcionario adquirirá información sobre la normativa y el rol de la organización relacionada con la Salud ocupacional.	8	9	9		5	1	32	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	38	Manejo del Estrés en funcionarios de primera línea	Adquirir herramientas para manejar factores de riesgo de manera efectiva y activar factores protectores del desgaste natural del cuidado que brinda el personal de salud.	El participante: **1)** Aplica técnicas para relajarse física y mentalmente, ayudando a cambiar los niveles de estrés y la desmotivación, por energía y positivismo. **2)** Fomenta la comunicación consigo mismo y con los demás, mejorando la actitud al momento de generar cooperación entre las personas, logrando influir positivamente en el equipo.			49	7	37	5	98	16	**SENCE**			$ 7.840.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE

7-Desarrollar la gestion administrativa, fisica y financiera	**39**	Excel intermedio	Adquirir herramientas de excel intermedio	Organiza, analiza y asocia diversos tipos de información utilizando las opciones intermedias de excel			20	10	10	10	50	16	**SENCE**			$ 4.000.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
8- Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas	**40**	Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria	Conocer el marco regulatorio de la Ley 19.378 que rige a los funcionarios de la Atencion Primaria de Salud	Reconoce y aplica cuando corresponde: deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud, en temas relativos a la administración, régimen de financiamiento, coordinación, relación laboral y carrera funcionaria.			11	4	8	2	25	16	**SENCE**			$ 2.000.000	SEGÚN COMPRA DE CURSO EN FORMA LOCAL	FERNANDO ROSALES JEFE DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN COMUDEF	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
9-Mejorar la prevencion y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres.	**41**	Emergencias en establecimientos de Salud	Preparar a los funcionarios para que actúen correctamente frente a la ocurrencia de eventuales emergencias en los Centros de Salud	El participante actúa oportunamente en situaciones de emergencia, enfrentando con calma y tranquilidad las situaciones criticas que se presentan, a la vez que colabora al equipo para cumplir con los procedimientos definidos.	25	29	16	5	9	3	87	16	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	42	Seguridad frente a incendios y Taller práctico de uso de extintores	El participante sera capaz de: **1)** Aplicar medidas preventivas y reactivas en caso de incendio, atendiendo a los distintos tipos de fuego y usar correctamente el funcionamiento y manejo de extintores. **2)** Conocer el concepto de fuego y sus componentes. **3)** Identificar los medios activos y pasivos de combate al fuego, de acuerdo con la teoría. **4)** Distinguir formas de control del fuego y el plan de evacuación, según la normativa vigente.	El participante aplica el plan de evacuación y utiliza correctamente el extintor como medio para combatir el fuego.	3	9	14	4	7	11	48	8	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	43	Técnicas básicas para la gestión de comites paritarios de Higiene y Seguridad	El participante sera capaz de: 1) Valorar la importancia de la gestión de los comités de higiene y seguridad para disminuir la ocurrencia de accidentes en las tareas asociadas al trabajo, focalizándose en el diseño e implementación de un plan de trabajo. 2) Conocer las obligaciones establecidas por la legislación vigente para los CPHS y el marco regulatorio de Prevención de Riesgos. 3) Identifica las técnicas básicas para realizar las funciones del CPHS.	El participante elabora un plan de trabajo de los comités de higiene y seguridad con foco preventivo.	1	10	8	2	12	1	34	8	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
	44	Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres	Proporcionar inducción en el ámbito de la Gestión de Riesgos de Desastres a los profesionales que se integran al área ,en los diferentes niveles de gestión : MINSAL, SEREMIs de Salud , Servicios de Salud y Establecimientos de salud	Al final del curso el funcionario será capaz de reconocer: el marco Internacional de la Reducción de Riesgos y Desastres, Sistema de Protección Civil en Chile, la Organización del Sector Salud y sus responsabilidades en Emergencias y Desastres y la Reducción de Riesgos de Desastres en el Sector Salud.	14	14	24	4	12	15	83	27	**UVIRTUAL**			$ 0	UVIRTUAL	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN	
	45	Primera respuesta frente a emergencias de Salud	Estar preparados para actuar correctamente ante una emergencia de salud de terceros o propia y aplicar técnicas básicas a la espera de ayuda médica especializada.	El funcionario: 1. Actúa correcta y oportunamente frente a un lesionado, accidentado u otra situación que comprometa la vida de una persona. 2. Prevenie el agravamiento de lesiones por tratamiento inadecuado. 3. Identifica las forma de transporte adecuado y oportuno de lesionados.	42	56	53	5	17	3	176	16	**ACHS**			$ 0	ACHS	ÁREA SALUD COMUDEF: REFERENTE TÉCNICO CAPACITACIÓN YSR. ALFREDO BRAVO BOLIVAR JEFE DE ÁREA	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE
TOTALES					319	844	683	148	507	171	2672	853				$ 40.640.000			

COMUDEF

PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL

SALUD

2018

WWW.COMUDEF.CL

COMUDEF

PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
AÑO 2016-2018
CESFAM BELLAVISTA

Elaborado por: Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	**Revisado por:** Katherine González Subdirectora Marzo 2017	**Aprobado por:** Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

1. CONTEXTO:

La participación ciudadana en el país cada vez ha tomado mayor relevancia y se ha ido posesionando de los diferentes espacios públicos, pretendiendo que cada día sean mayores las personas involucradas en ella y que de esta manera se generen cambios importantes en el comportamiento de la población en esta área, la idea es que las personas sean capaces de ir influyendo cada día más en la Gestión Pública.

Es así que existe respaldo legal entorno a la temática de la Participación, donde la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación en la Gestión Pública, indica que el Estado debe reconocerle a las personas su Derecho a participar en sus Políticas, Programas y Acciones, por lo tanto las entidades públicas están en la obligación de instaurar las modalidades de participación de las personas y organizaciones sociales, que quieran ser parte de la participación en aquellos lugares.

En Salud por su parte han existido diferentes gobiernos que han instado el desarrollo de la Participación Social, es así que en al año 1995 se inicia la creación de los Consejos de Desarrollo Local, donde se pretende dar formalidad a la participación de la comunidad.

La política sectorial de la Participación Ciudadana en Salud tiene por antecedente la agenda Pro Participación Ciudadana, del año 2006, la cual estableció en sus ejes programáticos lo siguiente:

- Derecho Ciudadano a la Información Pública
- Gestión Pública Participativa
- Fortalecimiento de la Sociedad Civil
- No Discriminación y Respeto a la Diversidad

De esta manera el Ministerio de Salud fortalece la generación de las condiciones institucionales, para el fomento de la Participación Ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas.

En la comuna de La Florida el trabajo de Participación en Salud por muchos años se remitió a estar sujeto al cumplimiento de la Meta Sanitaria n° 7 (vigente hasta octubre de 2015), la cual establecía la creación del Plan de Consejos de Desarrollo Local, ejecutado y evaluado. Plan de trabajo anual que se desarrollaba en base a las necesidades de quienes participaban en el CDL, no obstante debía cumplir con ciertas actividades que eran impuestas desde el Servicio de Salud, los llamados contenidos obligatorios, lo cual no generaba una autonomía en el planteamiento de las actividades que debían desarrollarse en conjunto con los Cesfam.

Por su parte en el CESFAM Bellavista la temática de Participación se ha visto directamente vinculada con los mecanismos de participación existentes:

OIRS, plataforma en línea CDL, Diagnósticos Participativos, Cuentas Públicas Participativas, Encuestas de Satisfacción Usuaria Locales, Comité de Solicitudes Ciudadanas, Asambleas CDL.

En primera instancia la participación de los usuarios del CESFAM Bellavista, se llevó a cabo a través de los Comités de Salud con vecinos y usuarios del CESFAM, quienes trabajaban y se reunían en torno a actividades de monitores de salud, donde ayudaban a sus vecinos y trataban de resolver problemáticas referentes a salud.

Posteriormente durante el año 2007 se crea el cargo de Encargada de Participación en los CESFAM de la comuna, donde una Trabajadora Social se dedica en un comienzo 11 horas al cargo, trabajando de manera conjunta con los usuarios que en ese entonces ya se encontraban inmersos en la Participación en Salud. Es en el año 2012 donde se tramita la personalidad jurídica de este grupo el CDL (Consejo de Desarrollo Local).

Para graficar como es el comportamiento de los mecanismos de participación actuales en el CESFAM Bellavista se analizaron aquellos que han sido permanentes desde hace tres años atrás.

OIRS (Oficina de informaciones, Reclamos y Sugerencias) : Se puede mencionar que es a través de la OIRS y el acceso a las Solicitudes Ciudadanas, donde la participación se aprecia de manera tangible y de manera continua en el tiempo, siendo esta la instancia donde todos los usuarios pueden manifestarse, aportar desde su posición y dar a conocer su opinión referente al desarrollo del trabajo diario que se realiza en el CESFAM, a través de informaciones/ consultas, sugerencias, felicitaciones, solicitudes y reclamos.

En la siguiente tabla se puede apreciar cómo ha ido aumentando o disminuyendo el número de solicitudes ciudadanas desde los usuarios:

Año	Informaciones y consultas	Sugerencias	Felicitaciones	Solicitudes	Reclamos
2014	25.251	33	118	47	246
2015	33.020	29	168	55	217
2016	29.649	22	121	64	165

Aquí se pueden adoptar dos posiciones, o existe un usuario con conocimiento de sus derechos, el cual se ha ido empoderando, por lo cual se manifiesta a través de las solicitudes ciudadanas o tenemos un usuario resignado el cual no se manifiesta ya que no ha visto un cambio y no cree que este llegue a darse.

Asambleas de CDL: Es la instancia de reunión entre usuarios, vecinos del CESFAM Bellavista y trabajadores del mismo, donde se congregan una vez al mes, exceptuando el mes de febrero.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

En esta instancia se tratan temas relevantes a salud que son de interés tanto de ellos y su comunidad, como del CESFAM.

En la siguiente tabla se puede observar que en las asambleas de CDL se presenta el siguiente promedio de asistencias:

Año	Asistencia total promedio	Hombres	Mujeres
2014	12	3	9
2015	14	3	11
2016	12	3	9

Al observar el año 2014 y 2016 revela que el promedio de asistencia es igual. Al revisar las listas de asistencia se observa que son los mimos usuarios que se han mantenido en el tiempo, sólo en una oportunidad el año 2016 una de las usuarias que asiste de manera permanente invitó a dos vecinos y en otra ocasión llegan de invitadas 3 usuarias pertenecientes a otro CDL de la comuna.

En el año 2015 hay un incremento de dos personas donde por un tiempo asistió una representante de OPD y la hermana de una de las asistentes habituales, lo que fue permanente en el tiempo.

Cuenta Pública Participativa: Instancia en la cual la autoridad a cargo del CESFAM y Presidente de CDL, rinden cuenta de su gestión. Para esta actividad se invitan usuarios del CESFAM, representante de las comunidades usuarias (Presidentes de juntas de Vecinos), organizaciones formales y no formales, que quieran ser parte de la actividad y tomar conocimiento de lo que se desarrolla en el CESFAM.
La preparación de la Cuenta Pública se hace en conjunto con Directora del Cesfam, su equipo gestor y directiva del CDL.
Se rescata desde los usuarios a través de encuesta y buzón, lo que ellos desean saber en la Cuenta Pública desde la dirección del Cesfam y CDL.

En la siguiente tabla se puede ver el promedio de asistencias:

Año	Asistencia total promedio	Usuarios/ Organizaciones	Funcionarios	Hombres	Mujeres
2014	53	53	No firmaron	14	39
2015	123	77	46	22	101
2016	116	109	7	18	98

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

Al observar las tabla se ve una gran diferencia entre los asistentes del año 2014 con los dos años que siguieron, así mismo se puede mencionar que los años siguientes asistieron un poco más de la mitad del año 2014, existiendo una notoria diferencia entre el año 2015 con el 2016 en relación a la asistencia de usuarios y de funcionarios

Una de las estrategias para que existiera mayor asistencia de usuarios a las Cuentas Públicas años 2015-2016, fue hacer extensiva la invitación a usuarios que participan de manera activa en las actividades del CESFAM (Grupos Vida Sana y Grupos Más).

Diagnóstico Participativo: Instancia donde el CESFAM en conjunto con CDL convocan a la comunidad usuaria, instituciones formales o no formales, organizaciones y vecinos del sector, para conocer sus problemáticas y la de su comunidad en torno a la salud.

El año 2014 fue el último año donde el diagnóstico se realizó de manera conjunta entre los tres sectores del CESFAM, ya que en el año 2015 si bien se realizó de manera conjunta en el espacio físico, se trabajó de manera sectorizada, invitando usuarios y organizaciones, que pertenecían a cada sector del CESFAM (Mar, Cordillera y Valle), por lo mismo el año 2015 hubo mayor convocatoria, ya que el compromiso de quienes organizaron esta actividad, era convocar personas pertenecientes a cada sector.

En el año 2016 sólo se realiza diagnóstico en el sector de La Loma, donde se construyó el Cescof del CESFAM.

Año	Asistencia total promedio	Usuarios/ Organizaciones	Funcionarios	Hombres	Mujeres
2014	27	16	11	7	20
2015	51	40	11	11	40
2016	47	41	6	4	43

COMUDEF

PARTICIPACIÓN SOCIAL, MAYOR INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD

Posteriormente en el año 2015 a través de una propuesta del SSMSO, se logra dar una nueva orientación al trabajo de la Participación Social, donde la meta a partir del año 2016, debe ser un Plan de los Establecimientos de Salud de manera que vincule a los funcionarios con el cumplimiento de esté y no a la comunidad ni sus organizaciones, teniendo que ser este Plan acorde a los principios del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Por ende en la actualidad será deber de los Centros de Salud llevar a cabo este Plan, con involucramiento de tres organizaciones diferentes al CDL, quienes aportaran con ideas para el desarrollo de nuevas actividades a trabajar durante estos tres años, no obstante el que se lleve a cabo o no, será de exclusiva responsabilidad del Cesfam.

Por su parte el trabajo que desarrollen los CDL deben ser autónomo, por lo cual la meta actual no debe intervenir en la dinámica y autonomía de ellos.

Es durante el año 2016 que se comenzó a trabajar en la creación del Plan de Participación Social, donde en primera instancia se desarrolla un *Diseño del Plan de Participación Social,* siendo este materializado en un documento formal, enviado al SSMSO, el que da cuenta de cómo se desarrollara la elaboración del Plan por parte del Equipo de Salud del CESFAM Bellavista de La Florida.

El equipo que diseñará el Plan de Participación del CESFAM Bellavista y las funciones que tendrá cada uno, se detallan a continuación:

Miembros del Equipo	**Funciones a desempeñar**
Directora del establecimiento	Liderar y facilitar la elaboración del Plan de Participación.

Encargada de Participación	Liderar, organizar y conducir al equipo convocado para dar curso al desarrollo del Plan de Participación.
Encargada de Calidad	Desarrollar acciones necesarias en conjunto con la encargada de Participación, para elaborar el Plan con énfasis en el fortalecimiento de la cultura de calidad, sobretodo utilizando como insumo los problemas pesquisados por usuarios a través de las encuestas de satisfacción usuaria.
Jefas de Sector	Definir los lineamientos estratégicos en base al análisis del Diagnóstico Participativo de su territorio.
Asesores Técnicos	Aportar conocimiento técnico según ciclo vital respecto de los lineamientos de acción del Plan de Participación.
CDL	Involucrarse y colaborar con su conocimiento respecto de la comunidad en la elaboración del Plan de Participación.

Si bien el Plan de Participación se generó con el Consejo Técnico, Cdl y las organizaciones invitadas, se evaluó que en función de las horas indirectas de las jefaturas y asesores técnicos se conformará un nuevo equipo de participación con funcionarios que tengan disponibilidad para sumarse al equipo, siendo esto definido el primer semestre del año en curso.
Independiente del equipo que se conforme, el Consejo Técnico será involucrado en todas las acciones del Plan de Participación.

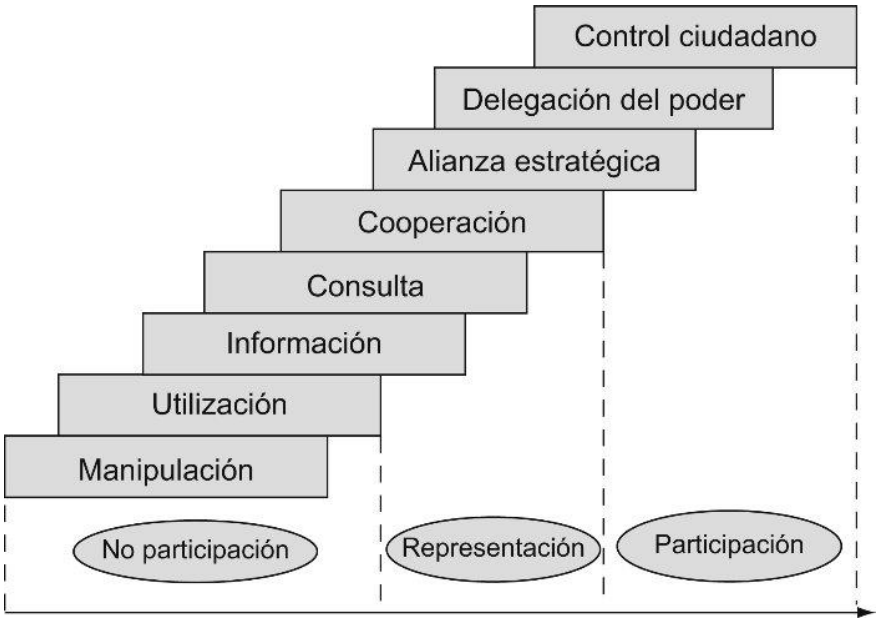
DIAGNÓSTICO DE NIVELES DE PARTICIPACIÓN

El grado del desarrollo de la Participación se puede evaluar a través de los mecanismos de Participación Social estipulados en la Norma 31, siendo los que se ocupan en el Cesfam los siguientes:

- Reuniones de Análisis con CDL (Consejo de Desarrollo de Usuarios)
- Diagnóstico Participativo
- Cuenta Pública Participativa
- Acceso a la Información Pública a través de las solicitudes en la OIRS (Ley 20.285)
- Sistema integral de atención ciudadana (Solicitudes Ciudadanas, teléfono, OIRS, mail, entre otros)

El día 12 de enero de 2016 se realizó una reunión con la directiva del CDL (3 personas) y parte del equipo gestor (7 personas), donde se analizaron los mecanismos de participación presentes en el CESFAM, se presentaron cifras en torno a asistencias a Cuentas Públicas, Asambleas de CDL,

Diagnósticos Participativos y cantidad de Solicitudes Ciudadanas de los años 2014 y 2015, los cuales se analizaron en su aumento o disminución.
En la misma instancia se explicaron los niveles de Participación de acuerdo al Modelo de Niveles de Participación de Sherry Arnstein. Una vez analizados estos niveles por parte de los asistentes a la reunión, se realiza una votación secreta para ver en qué nivel de participación se encontraba el CESFAM, lo cual generó discrepancia ya que la mayoría de los participantes habían votado que el CESFAM se encontraba en un nivel de "Ciudadanos Empoderados". Esto creó dudas respecto al resultado, y se abrió el espacio para discutir sobre él mismo, argumentando cada votante su respuesta, lo que llevó a reevaluar la votación llegando finalmente a un consenso de encontrarnos en un nivel de "Información y Consulta", de acuerdo al Modelo trabajado (Sherry Arnstein).



No obstante a lo anterior era necesario realizar el Diagnóstico con los funcionarios del CESFAM y además conocer desde ellos que sabían sobre "Participación", razón por la cual se conversó con participantes del equipo gestor para ver la posibilidad de aplicar una encuesta a los funcionarios y rescatar que entendían y conocían como Participación.

Se crea la encuesta con la finalidad de obtener insumos para explicar que es la Participación Social en Salud, en función a los resultados obtenidos, poder explicar la existencia de una meta en torno a Participación, para posteriormente realizar un Diagnóstico Participativo desde los funcionarios y solicitar la colaboración de los funcionarios para ser parte del equipo de Participación Social del CESFAM.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

La encuesta fue presentada y aplicada a 8 personas (administrativos y profesionales) antes de ser aplicada al resto de funcionarios, con la finalidad de ver si las preguntas eran comprendidas en su mayoría. De acuerdo a los argumentos dados por las personas a quienes se les aplicó la encuesta, esta debió ser modificada en 4 oportunidades.

Una vez validado el instrumento, este se aplicó en el mes de febrero, en los mesones donde trabajan los funcionarios de primera línea, oficinas de técnicos y profesionales e inclusive en los pasillos del CESFAM donde se encontrase algún funcionario. La idea era que fuera aplicada por la encargada de participación, para que la información no fuera falseada y esta fuera real desde el conocimiento o desconocimiento del tema por parte de los funcionarios.

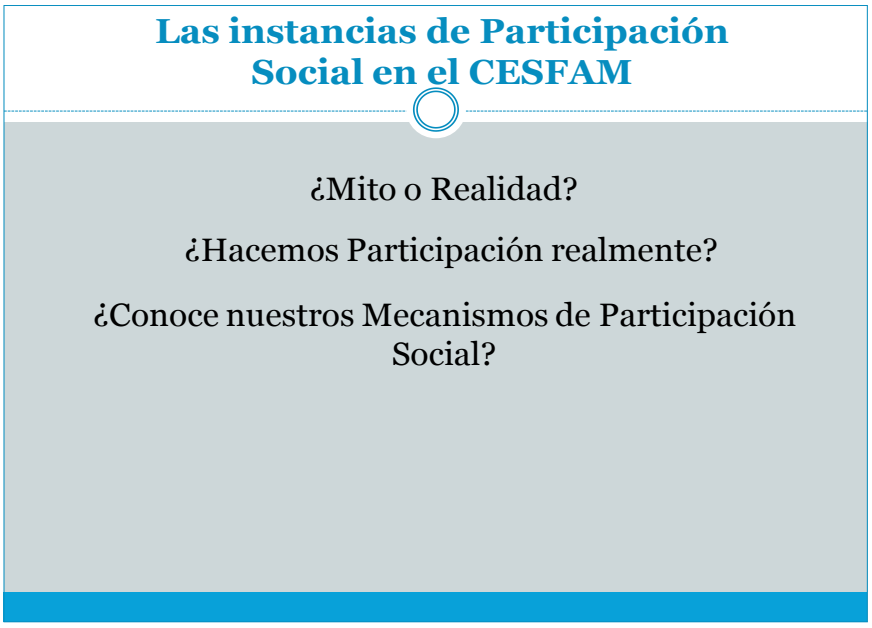
La encuesta se aplicó durante la última semana de febrero y la primera semana de marzo a 45 funcionarios, que representan el 24% del total de funcionarios, cabe destacar que en ese período habían funcionarios haciendo uso de su feriado legal. Independiente del número de encuestas aplicadas, los resultados sirvieron de insumo para preparar una presentación en torno a Participación Social en Salud, la cual se expuso durante el mes de marzo en la primera reunión de cada sector (mar, cordillera, valle) del CESFAM.

Antes de presentar el tema, se contextualizó a los funcionarios el por qué de la encuesta que se les aplicó a algunos de ellos hace unas semanas, dando inicio a la presentación con el resultado de la primera pregunta de la encuesta:

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

Posteriormente se les explicó qué es la Participación en Salud, el marco legal que la rige, la existencia de una meta y la evolución de ella a través de los años, su relación con la pauta MAIS y la importancia de este tema durante este año y los siguientes.

Al hablar de las instancias de participación que conocían, se volvió a tomar el resultado de la encuesta donde 6 de los encuestados respondieron que no conocían ninguna instancia de participación y los 39 restantes nombraban mecanismos de participación, instancias de talleres que se realizan dentro y fuera del CESFAM y los autocuidados en los que ellos participan. Esto dio pie para que se generara un conversatorio en torno a las siguientes preguntas:



Las respuestas frente a las preguntas fueron variadas, coincidiendo los funcionarios en no conocer los mecanismos de participación, no obstante una vez nombrados y explicados durante la presentación los reconocían, pero no dentro del encabezado "Mecanismo de Participación".

Algunas de las respuestas fueron:

"No se incluye al funcionario"

"No se informa al funcionario de estas instancias"

"Muy poca información"

"En la Cuenta Pública hay palos blancos"

“Trabajo en la unidad vecinal 16, las personas vienen como usuarios, pero sienten que el CESFAM, es muy lejano para trabajar. Hay que acercar el consultorio a las comunidades, salir al territorio”

“Hay que legitimar a los funcionarios y usuarios para llegar a consensos y generar articulación con la comunidad”

Posteriormente se expuso sobre los niveles de participación y una vez explicados estos, se solicitó dieran su opinión respecto al nivel en el que se encuentra actualmente el CESFAM.

En este conversatorio y diagnóstico a la vez salieron variadas opiniones:

“No hay participación constante y comprometida, desde la comunidad”

“Participación enmascarada”

“Participación desde los usuarios es utilitaria”

“Es necesario tener información para trabajar en esto”

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

Finalmente al analizar desde los funcionarios en qué Nivel de Participación se encuentra el CESFAM, en los tres sectores coincidieron que la participación existente actualmente es Decorativa, que es una participación por cumplir una meta.

Por lo tanto se puede concluir que existe un canal de información, no obstante no se conoce toda la información que es relevante para el trabajo con la comunidad, falta difusión hacia los funcionarios de los mecanismos de participación existentes en el CESFAM, porque si bien son conocidos por algunos desde el nombre, no todos saben lo que significan y cómo funcionan.
En relación al CDL este ha generado trabajo dentro y fuera del Cesfam de manera independiente siempre y cuando la Dirección del Cesfam se encuentre informada.
No obstante se visualiza que para ir avanzando en los niveles de participación, una de las estrategias es dar mayor difusión del trabajo del CDL para ampliar la participación de los usuarios e integrar usuarios y organizaciones nuevas.
Así mismo es necesario generar instancias hacia los funcionarios en torno a la Participación Social en Salud, donde cada uno se pueda involucrar en este trabajo, primero desde el conocimiento de lo que se hace dentro del CESFAM y fuera de él en torno al trabajo con la comunidad, lo que son los mecanismos de participación y cuales funcionan en el CESFAM.

2. DEFINICIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

El Plan de Participación Social en Salud se respalda en base a líneas estratégicas generales y especificas, las cuales surgieron al analizar el Diagnóstico Participativo del nivel de participación en el que se encuentre el CESFAM en la actualidad.

Líneas estratégicas generales
Gestión participativa Información y capacitación / Comunicación y difusión Ampliar la base de representación ciudadana Trabajo intersectorial
Líneas estratégicas especificas
CDL: Ampliar la convocatoria del CDL en el territorio. **Diagnostico Participativo**: Realizar Diagnósticos participativos sectorizados. Conocer las necesidades de la comunidad que habita en nuestro territorio. **Cuentas Públicas Participativas**: Fortalecer el grado de participación de la comunidad en el proceso de planificación y desarrollo de la Cuenta Pública Participativa propiciando el dialogo de

la comunidad y el equipo. Difusión de los contenidos post Cuentas Públicas. **Sistema Integral de Atención Ciudadana**: Dar mayor difusión del sistema integral de atención ciudadana. **Mesas territoriales**: Convocar mesas territoriales en cada sector del CESFAM. Salir al territorio a conocer las necesidades de la población usuaria. Ampliar las organizaciones que se vinculan con el CESFAM.

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Las estrategias que se utilizarán para poder alcanzar los objetivos serán tanto internas como externas, siempre considerando los recursos con los que cuenta el Cesfam tanto dentro, como fuera del él.

Las estrategias a desarrollar serán:

- ✓ Formación, primer año.
- ✓ Educación y difusión interna y externa funcionarios sobre Participación y los mecanismos de participación existentes y más utilizados en el CESFAM.
- ✓ Integración (equipo de participación con los usuarios), primer año.
- ✓ Formación de un equipo de trabajo que se caracterice y se comprometa con el trabajo comunitario, para ello se establecerán vínculos con los encargados de participación del S.S.MS.O para que vengan a exponer sobre el cambio de la meta nº 7 y así mismo capaciten en la temática de participación social.
- ✓ Definir con la dirección horas y estamentos que van a integrar el equipo de Participación Social del CESFAM.
- ✓ Motivar a los funcionarios, a través de las educaciones y participación de las actividades que se desarrollen en torno a la participación en salud.

- ✓ Gestionar el desarrollo de las instancias de participación tanto en el CESFAM como en el territorio.
- ✓ Difusión de nueva modalidad con la comunidad, que logren ver la participación como un derecho que ellos tienen y logren ejercerlo.
- ✓ Vincular a los jefes de sector en sus territorios a través de las mesas territoriales, los operativos de salud y diagnósticos participativos, para que sean conocidos por su comunidad y reconocidos por estas.
- ✓ Crear nuevos canales de comunicación con la comunidad a través de redes sociales, mails, boletines informativos.
- ✓ Dialogar y negociar con la comunidad en torno a los intereses que ellos presenten y que quieran desarrollar en sus territorios.

Todas estas estrategias deberán llevarse a cabo durante los tres años de desarrollo del plan, no obstante a medida que este se vaya ejecutando pueden surgir nuevas estrategias tanto del CESFAM como de la comunidad.

COMUDEF

4. OBJETIVOS, ACTIVIDADES, INDICADORES, PARTICIPANTES, RESPONSABLES, IMPACTO Y/O RESULTADOS ESPERADOS Y VERIFICADORES:

Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción Metodologica	Producto esperado o resultado/impacto	Medios verificador	Responsable	Participantes	Cronograma	Observaciones
"Realzar la temática de Participación Social en los equipos de trabajo del Cesfam"	-Conformar un equipo de participación social comprometido con el trabajo comunitario. -Programación de horas directas para equipos que trabajen las temáticas y actividades de participación social (horas protegidas). - Generar espacios para instruir a los	A través de la evaluación del trabajo realizado durante el 2016, se gestionará la instancia con Dirección para definir en la programación año 2017 quienes conformaran el equipo de participación social y sus respectivas horas protegidas. Así mismo se desarrollaramn eduaciones para involucrar a todo el Cesfam en la temática de participación, primeramente	Equipo de trabajo comprometido y desarrollando acciones de participación social en sus territorios.	-Agendas. -Listado de asistencias de las de entrenamiento o capacitaciones del equipo.	-Equipo Gestor	Trabajadores del Cesfam	ANEXO	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

	distintos equipos de trabajo del Cesfam en torno a la participación social.	sensibilizando a los equipos de trabajo.						

Objetivos y estrategías por mecanismos de participación:

CDL

Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción Metodologica	Producto esperado o resultado/impacto	Medios verificador	Responsable	Participantes	Cronograma	Observaciones
"Descentralizar geográficamente la mesa de trabajo de CDL."	- Realizar las reuniones de CDL y que al menos 4 de ellas se realicen en las Unidades Vecinales correspondiente a cada sector del Cesfam.	Realizar contacto con presidentes de unidades vecinales y vecinos de sus territorios, pertenecientes a los sectores del CESFAM para trabajar en sus territorios, llevando las reuniones de CDL a sus comunidades.	- Reuniones de CDL realizadas en los territorios de las unidades vecinales que pertenecen al Cesfam Bellavista de La Florida. - Participación de los vecinos del territorio donde se realicen las reuniones del CDL. - Incremento en la asistencia a reuniones de CDL.	- Listado de asistencia. - Fotografías. - Actas.	- Jefas de Sector. - Encargada de Participación - Directiva CDL	- CDL - Jefa de sector correspondiente a unidad vecinal donde se llevará a cabo la reunión de CDL. - Directora o Subdirectora - Vecinos del territorio	ANEXO	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

						donde se realice la reunión.		
"Ampliar convocatoria y participación de usuarios en mesa de trabajo de CDL"	- Realizar difusión específica en terreno. - Elaborar material de difusión (volantes, diario mural, entre otros). - Diseñar una "invitación tipo ", atractiva, que logre asistencia de los usuarios . - Diseñar folleto informativo de CDL para difundirlo. - Acceder a un espacio en las reuniones de unidadades vecinales	Se cotizará y diseñará el material de difusión del CDL. Se entregarán invitaciones a reunión de CDL , de manera personalizada (por mano) a quienes se quiera convocar. Así mismo se difundirá en el barrio la reunión de CDL (negocios, junta de vecinos, iglesias, , reuniones de juntas de vecinos, entre otros).	- Ampliar convocatoria y participación a las reuniones de CDL. - Generar un calendario de reuniones por unidad vecinal. - Material de difusión elaborado. - Material de difusión entregado.	- Material de difusión. - Fotografías. - Listas de asistencias. - Actas. Calendario de reuniones.	- Dirección – Subdirección - Jefas de Sector. - Encargada de participación- Directiva CDL - Jefa de Some	- CDL - Jefa de sector. -Directora o Subdirectora Encargada de participación -Directiva de unidades vecinales.	ANEXO	

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

	que son de los sectores del CESFAM para difundir al CDL.							
"Ampliar el trabajo de participación con otras organizaciones sociales, formales o no formales."	- Conocer las organizaciones pertenecientes al territorio del Cesfam. - Concretar acciones de trabajo en conjunto a través de un plan de trabajo y compromiso de las partes .	Se generará un catastro de los presidentes de juntas de vecinos pertenecientes al territorio del Cesfam, así como también de las organizaciones que se emplazan en los territorios. Se levantará la red, para poder generar un vinculo de trabajo con ellos y el Cesfam.	-Conocimiento por parte del equipo del territorio, de los principales agentes comunitarios y de las organizaciones que en el se emplazan. -Generación de plan de trabajo conjunto entre el Cesfam y su comunidad.	Listados de asistencias. - Fotografias -Actas	-Encargada de participación - Jefas de sector	Encargadas de mesas territoriales. -Jefas de sector. -Encargada de participaciónCDL -Vecinos y Organizaciones.		

Diagnóstico Participativo

Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción Metodológica	Producto esperado o resultado/impacto	Medios verificador	Responsable	Participantes	Crono grama	Observacione

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

								s
"Realizar diagnóstico participativo en el territorio y por sector."	- Implementar buzón de consulta ciudadana en territorio elegido previo al Diagnóstico Participativo para obtener información e insumos para prepararlo. - Realizar un diagnóstico participativo en el territorio más significativo por sector del Cesfam. - Obtener compromiso formal de usuarios, durante la realización del diagnóstico participativo, para ser posteriormente trabajado en mesas territoriales.	Se solicitará que puedan participar en la implemenatción del buzón (llevar y traer) los profesionales que ya se encuentren trabajando en los territorios, quienes rescataran desde los usuarios participantes de sus actividades lo que desean que se trabaje o se releve en el Diagnóstico Participativo. Se planificarán y realizarán reuniones de trabajo previo a la realización del diagnóstico (Cesfam más Directiva CDL) Se elegirán las unidades vecinales más significativas a cada sector del Cesfam , para llevar a cabo los diagnósticos. Se entregarán de manera personalizada las	- Buzón de consultas. - Reuniones calendarizadas y realizadas - Diagnósticos participativos realizados por territorio. - Compromiso formal para implementar mesas de trabajos en los territorios donde se ejecute el diagnóstico. - Participación de los vecinos de los territorios en el Diagnóstico Participativo.	-Fotografias -Listado de asistencias	- Encargada de partición. - Jefas de sector. - Directiva CDL. -Dirección.	- CDL - Jefa de sector correspondiente a unidad vecinal donde se llevará a cabo el diagnóstico participativo. - Directora o Subdirectora. - Jefes de programas. - Vecinos del territorio donde se realice la reunión. - Organizaciones o instituciones representativas del territorio	ANEXO	

Elaborado por: Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	**Revisado por:** Katherine González Subdirectora Marzo 2017	**Aprobado por:** Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

		invitaciones a la participación del diagnóstico participativo, tanto a los vecinos, como organizaciones e instituciones.				de los vecinos. -Equipo Mas/Vida Sana -Encargado de grupo de autoayuda		

Cuentas Públicas Participativas

Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción Metodologica	Producto esperado o resultado/impacto	Medios verificador	Responsable	Participantes	Cronograma	Observaciones

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

"Fortalecer el grado de participación de la comunidad en el proceso de planificación y desarrollo de la cuenta pública propiciando el diálogo entre la comunidad y el equipo."	-Realizar reuniones de preparación de CPP con equipo de salud, donde participen usuarios de todos los territorios del Cesfam. - Instalar buzón en OIRS de consulta ciudadana 2 meses previo a la realización de la CPP, para recepción de preguntas a tratar en CPP. -Realizar CPP.	Se calendarizarán reuniones con el consejo técnico y directiva de CDL, para preparar la CPP, así mismo se realizarán reuniones en las unidades vecinales para rescatar desde los vecinos las temáticas que quieren que sean abordadas. En las unidades vecinales màs significativas se instalará un buzón de	- Reuniones de trabajo realizadas. - Buzón de consulta en unidad vecinal significativa. -CPP participativa da respuesta a lo que quieren conocer y/o interes de los vecinos y usuarios.	-Listado de asistencia. Fotografías.	-Jefas de sector -Direcciòn – subdirección -Encargada de participación	-CDL -Vecinos de unidades vecinales -Jefas de sector -Dirección/subdirecciòn	ANEXO	

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

		consulta, para que vecinos también puedan participar exponiendo lo que quieren que se trate en la CPP. Una vez rescatada las necesidades de los vecinos, se realizará un video que dé respuesta a las preguntas más siginificativas que realizaròn los vecinos, éste se expondrá en la CPP.						

Elaborado por: Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	**Revisado por:** Katherine González Subdirectora Marzo 2017	**Aprobado por:** Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

"Mejorar la difusión y el contenido tratado en la cuenta pública del año."	- Realizar diario mural con información relativa a la CPP del año. - Construcción de folletería informativa con resultados de CPP para entregar a usuarios. -Presentacion en las mesas territoriales de lo que se expuso en la CPP.	Una vez realizada la CPP se difundirá lo más relevante de ella dentro de las dependencias del Cesfam y por medio de los distintos medio de difusión que cuenta el Cesfam, llevando así tambien la información al	- Usuarios informados a través de los medios de difusión del Cesfam de las temáticas expuestas en CPP. - Comunidad informada.	Fotografías Lista de asistencia	- Dirección. - Encargada de Participación - Jefas de sector	Usuarios externos. Usuarios internos.	ANEXO	.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

		territorio con el cual trabaja el CESFAM (A través de las mesas territoriales)						

Sistema Integral de Atención Ciudadana

Objetivos estratégicos	**Actividades**	**Descripción Metodologica**	**Producto esperado o resultado/impacto**	**Medios verificador**	**Responsable**	**Participantes**	**Cronograma**	**Observaciones**
"Mejorar la difusión de existencia de Sistema Integral de Atención Ciudadana."	- Educación en salas de espera, mesas territorialesd y juntas de vecinos de la existencia y acceso al sistema integral de atención ciudadana.	Se elaborar una propuesta para difundir a través de salas de espera y en el territorio el sistema integral de atención ciudadana.	Más usuarios en conocimiento del sistema integral de atención ciudadana.	- Registro diario de usuarios que pasan por OIRS.	-Encargada de Some. -Encargada de Participación. -Dirección. - Jefas de sector	Usuario interno y usuario externo.	ANEXO	

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

"Fortalecer el uso del Sistema Integral de Atención Ciudadana."	- Reforzar uso de sistema integral de atención ciudadana con usuario interno en reuniones generales, de sector y unidades, - Construir, elaborar folleteria y papelería de difusión del sistema integral de atención ciudadana. - Trabajo permanente con CDL para que ellos también realicen difusión del sistema integral de atención al usuario. - Implementar correo electrónico a CDL. -Realizar reuniones de solicitudes ciudadanas.	En reuniones de cada sector del Cesfam se difundirá el uso del sistema integral de atención ciudadana, recordando el procedimiento de este. Se elaborará un diptico amigable de qué es y cómo funciona el sistema integral de atención al usuario para ser entregado en sala de espera. Se trabajará de	- Usuario interno informado del funcionamiento del sistema integral de atención. - Diptico realizado y entregado. -Correo electrónico creado.	- Existencia de correo electrónico de CDL. - Dipticos. - Listas de asistencias	-Encargada de Participación. -Dirección - Jefas de sctor	-Usuario interno. -CDL	ANEXO	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

		manera conjunta con CDL para que ellos tambien puedan difundir el sistema en su comunidad. Se creará un mail al CDL con el propósito de facilitar la entrada y salida de información.						

Mesas Territoriales

Objetivos estratégicos	**Actividades**	**Descripción Metodologica**	**Producto esperado o resultado/impacto**	**Medios verificador**	**Responsable**	**Participantes**	**Cronograma**	**Observaciones**
"Formar mesas territoriales para trabajar periódicamente con la	- A partir de la realización de diagnósticos participativos por sectores formar una	Cada sector deberá realizar un diagnóstico participativo en su	- Usuarios interesados en formar parte de mesas territoriales y participar en	-Listados de asistencias. - Fotografias	Jefas de sector.	-Jefas de sector. -Asistente social del sector que le	ANEXO	

comunidad."	mesa de trabajo con el territorio. - Elegir un tema para trabajar con cada mesa, a partir de los contenidos obtenidos en el diagnóstico participativo.	territorio, convocando a los vecinos, usuarios, organizaciones sociales y /o instituciones que son parte del territorio. Posteriomente se gestionará el poder mantener una mesa de trabajo en el tiempo con los asistentes al diagnóstico.	actividades del Cesfam en su comunidad.	-Actas		corresponda la mesa territorial. -Encargada de participación. - CDL -Vecinos y Organizaciones.		

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

5. MODALIDAD DE EVALUACIÓN DEL PLAN:

Es de vital importancia realizar evaluaciones del Plan de Participación, ya que esto permitirá ir analizando si las actividades planteadas han sido pertinentes para los objetivos propuestos, de esta manera se podrán obtener los insumos necesarios para saber si es factible lo que se está realizando y seguir adelante con lo ya planificado o si es que hay que reformular actividades para que el plan llegue a concretarse de manera exitosa, logrando los objetivos propuestos en los tiempos acordados.

Entonces se evaluara para:

- ✓ Ver la pertinencia de las actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados.
- ✓ Identificar dificultades previstas o imprevistas y generar cambio si llegase a ameritarse.
- ✓ Favorecer la toma de decisiones.
- ✓ Conseguir apoyo.
- ✓ Ver la pertinencia de lo que se está realizando.
- ✓ Para analizar lo exitoso y replicarlo.

Dado lo anterior la evaluación del cumplimiento del plan de participación se llevará a cabo durante el proceso de implementación del plan, ya que esta permitirá ir recogiendo datos, ir analizándolos e ir modificando el accionar de acuerdo a los resultados que se vayan presentando.
Esto también permitirá ir creando estrategias a medida que el plan se vaya desarrollando, sobre todo si llegase a presentarse alguna dificultad en la consecución de alguna de las actividades planeadas.
Para este plan se evaluaran (*):

- ✓ La implementación del Plan.
- ✓ La realización de las actividades.
- ✓ La coherencia entre la actividad planteada y la desarrollada.
- ✓ Los tiempos establecidos para realizar cada actividad (Cronograma).
- ✓ Los contenidos.
- ✓ Participación de los destinatarios del Plan.

Cada semestre el plan será evaluado, por la encargada y equipo de participación social, en conjunto con CDL y las organizaciones participantes. Esto se llevará a cabo cotejando la carta Gantt de actividades ya diseñada, más todo lo anteriormente mencionado (*).
Si alguna de las actividades no lograse llevarse a cabo, la idea es poder reprogramarla y realizarla antes de que termine el año.
En el último año de ejecución del Plan se espera lograr evaluar el impacto del desarrollo de este y ver si se lograron avances en relación al nivel de Participación inicial diagnosticado.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

Por otra parte las personas responsables de la ejecución de las actividades, deberán dar cuenta del desarrollo de estas, así mismo serán los responsables de generar e implementar un plan de mejora si es que corresponde.

6. PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN:

Para la realización de este Plan, se hizo necesario conocer desde todo el equipo gestor que es la Participación Social y el cambio de la Meta nº 7. Para dar sustento a esto fue que se gestionó que acudieran a nuestro CESFAM el equipo de participación social del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a orientar y capacitarnos en la temática.

Fue desde la Dirección de este CESFAM que se estableció que quienes participarían en la elaboración del Plan de Participación, fuese todo el equipo Gestor. Se trabajó durante todo el primer semestre del 2016, en el proceso descrito, donde se elaboró primeramente un Diseño del Plan de Participación Social, el cual daba cuenta de cómo trabajaría el equipo para dar cuerpo al Plan en sí.

Así mismo en este proceso se trabajó con la directiva del CDL y posteriormente se buscó involucrar a otras organizaciones que quisieran participar en el proceso de diseño y ejecución del Plan.

La encargada de participación del CESFAM se reunió con 3 organizaciones donde se les explicó de manera detallada el trabajo que queríamos realizar en colaboración con ellos, explicándoles en qué consistía el trabajo que el CESFAM realiza y quiere potenciar con su comunidad, lo que dio como resultado el poder comprometerlos en participar del Plan de Participación del CESFAM, no obstante por no coincidir en las fechas de las reuniones, fue difícil reunirse con el equipo del CESFAM, sin embargo el compromiso si se tomó para realizar los planes de trabajo con cada uno de ellos y calendarizarlos a través de una carta Gantt.

Estas organizaciones son:

- ✓ Galm, Grupo de apoyo a la lactancia materna
- ✓ Grupo de auto ayuda, El Arte de Envejecer
- ✓ Mujeres Manos al Arte

La idea final del equipo que elaboró el Plan de Participación Social, es poder afianzar el trabajo con estas organizaciones y poder incluir nuevas a lo largo del desarrollo de este plan.

Paralelo a este proceso la encargada de Participación Social participa de la formación teórica y metodológica, mediante un diplomado de Metodología de Intervención Comunitaria.

Durante febrero y marzo del presente año se socializa con los funcionarios del CESFAM Bellavista lo que es Participación Social en Salud, donde para poder trabajar el tema se realizó una encuesta a 45 funcionarios, solo con la finalidad de que sirviera de insumo para poder preparar el material a presentar a los funcionarios.
Se expuso el tema en los tres sectores del CESFAM; Mar, Valle y Cordillera y se realizó el Diagnóstico de los Niveles de Participación, para rescatar desde los funcionarios en qué Nivel de Participación creen que se encuentra el CESFAM, insumo que fue contrastado con el Diagnóstico realizado el año pasado con parte del equipo gestor y directiva del CDL.
Esto a su vez sirvió para dar el sustento de las Líneas Estratégicas a desarrollar en el Plan con sus respectivos objetivos.

CONCLUSIONES

Para finalizar es importante señalar que la realización del Plan de Participación Social, ha sido un proceso de avances y retrocesos, pero estos retrocesos siendo vistos como una oportunidad de mejoras y aprendizajes.
Lo anterior ya que no se debe trabajar en base a supuestos, sino que se hace imprescindible conocer desde el otro que es lo que comprende o conoce de su realidad laboral.
El haber generado un Diagnóstico de Niveles de Participación, desde quienes trabajan día a día con los usuarios, da cuenta que siempre hay que estar evaluando y midiendo, ya que esto es una herramienta necesaria para ir creando instancias de nuevos aprendizajes y estrategias para ir avanzando.
Muchos de quienes fueron encuestados o de los que participaron en la exposición de Participación, desconocían en si los Mecanismos de Participación existentes en el CESFAM, pero a medida que estos se iban nombrando daban cuenta de que si eran conocidos para ellos, esto da cuenta que se hace necesario manejar un lenguaje común, como también conocimiento actual de los nuevos procesos existentes. No se puede trabajar con otros y para otros desde el desconocimiento.
Por otra parte queda el desafío de poder conocer desde la comunidad usuaria como conciben ellos la Participación en su CESFAM, para que de esta manera se cree un proceso vinculante en esta temática.
Así mismo es de vital importancia para que este Plan llegue a buen término y se logren ver avances en los niveles de Participación del CESFAM, que los profesionales, jefas de sector y trabajadores en general tengan un acercamiento con la comunidad, pero en el territorio de ellos, ya que desde allí donde se conoce efectivamente que es lo que la comunidad necesita.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

Cronograma de actividades

Objetivos estratégicos	Actividades	1ºT 2016	2ºT 2016	3ºT 2016	4ºT 2016	1ºT 2017	2ºT 2017	3ºT 2017	4ºT 2017	1ºT 2018	2ºT 2018	3ºT 2018	4ºT 2018
Realzar la temática de Participación Social en los equipos de trabajo del Cesfam	-Conformar un equipo de participación social comprometido con el trabajo comunitario.				X	X	X						
	-Programación de horas directas para equipos que trabajen las temáticas y actividades de participación social (horas protegidas).				X	X			X	X			
	- Generar espacios para instruir a los distintos equipos de trabajo del Cesfam en torno a la participación social.	X				X		X		X			
"Descentralizar geográficamente la mesa de trabajo de CDL."	- Realizar las reuniones de CDL y que al menos 4 de ellas se realicen en las Unidades Vecinales correspondiente a cada sector del Cesfam.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
"Ampliar convocatoria y participación de usuarios en mesa de trabajo de CDL"	- Realizar difusión específica en terreno.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Elaborar material de difusión (volantes, diario mural, entre otros).					X	X						
	- Diseñar una "invitación tipo ", atractiva, que logre asistencia de los usuarios .				X	X							
	- Diseñar folleto informativo de CDL para difundirlo.				X	X							
	- Acceder a un espacio en las reuniones de unidades vecinales que son de los sectores del CESFAM para difundir al CDL.				X	X							
"Ampliar el trabajo de participación	- Conocer las organizaciones pertenecientes al territorio del Cesfam.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

con otras organizaciones sociales, formales o no formales."	- Concretar acciones de trabajo en conjunto a través de un plan de trabajo y compromiso de las partes .				X	X	X		X	X	X		
"Realizar diagnóstico participativo en el territorio."	- Implementar buzón de consulta ciudadana en territorio elegido previo al Diagnóstico Participativo para obtener información e insumos para prepararlo. - Realizar un diagnóstico participativo en el territorio más significativo por sector del Cesfam. - Obtener compromiso formal de usuarios, durante la realización del diagnóstico participativo, para ser posteriormente trabajado en mesas territoriales.								X				X
						X			X				X
						X			X				X
"Fortalecer el grado de participación de la comunidad en el proceso de planificación y desarrollo de la cuenta pública propiciando el diálogo entre la comunidad y el equipo."	-Realizar reuniones de preparación de CPP con equipo de salud, donde participen usuarios de todos los territorios del Cesfam. - Instalar buzón en OIRS de consulta ciudadana 2 meses previo a la realización de la CPP, para recepción de preguntas a tratar en CPP. -Realizar CPP.					X	X			X	X		
						X				X			
						X				X			
"Mejorar la difusión y el contenido tratado	- Realizar diario mural con información relativa a la CPP del año. - Construcción de folletería informativa con resultados de CPP para entregar a usuarios.						X				X		
								x					

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

en la cuenta pública del año."	-Presentacion en las mesas territoriales de lo que se expuso en la CPP.						X				X		
"Mejorar la difusión de existencia de Sistema Integral de Atención Ciudadana."	- Educación en salas de espera, mesas territoriales y juntas de vecinos de la existencia y acceso al sistema integral de atención ciudadana.					X	X	X	X	X	X	X	X
										x			
						X	X	X	X	X	X	X	X
"Fortalecer el uso del Sistema Integral de Atención Ciudadana."	- Reforzar uso de sistema integral de atención ciudadana con usuario interno en reuniones generales, de sector y unidades, - Construir, elaborar folleteria y papelería de difusión del sistema integral de atención ciudadana. - Trabajo permanente con CDL para que ellos también realicen difusión del sistema integral de atención al usuario. - Implementar correo electrónico a CDL. -Realizar reuniones de solicitudes ciudadanas.					X			X		X		X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					X								
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
"Formar mesas territoriales para trabajar periódicamente con la comunidad."	- A partir de la realización de diagnósticos participativos por sectores formar 1 mesa de trabajo con el territorio. - Elegir 1 tema para trabajo con cada mesa, a partir de los contenidos obtenidos en el dignóstico participativo.				X				X				
						X				X			

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

Elaborado por: Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	**Revisado por:** Katherine González Subdirectora Marzo 2017	**Aprobado por:** Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

ANEXOS : Bibliografia consultada o documentos que orientaron la definición del Plan.

- ✓ Plan Estratégico de ParticIpación Social en Salud, periodo años 2015 al 2018; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Puente Alto, Diciembre 2015.
- ✓ Escalera de Participación, Sherry Arsntein; https://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_de_la_participaci%C3%B3n
- ✓ Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias 2017, Metas Ley 19.813, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Septiembre 2016.
- ✓ Orientaciones para la Planificación y Programación en red año 2017, Ministerio de Salud Subsecretaria de Redes Asistenciales.
- ✓ Plan de Participación Social 2016-2018, CESFAM Juan Pablo II.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
Karina Rivera Herrera Encargada de Participación y Promoción Marzo 2017	Katherine González Subdirectora Marzo 2017	Andrea Rojas Bonilla Director CESFAM Bellavista Marzo 2017

COMUDEF

CESFAM JOSE ALVO

Plan Estratégico de Participación Social en Salud CESFAM José Alvo La Florida

Periodo Años 2016-2018

La Florida, Octubre 2016

CESFAM JOSE ALVO

INDICE

1. Introducción
2. Contexto de Participación ciudadana en Salud en CESFAM José Alvo
3. Diagnostico Niveles de Participación
4. Plan de Trabajo
5. Visión y Misión
6. Líneas y Objetivos Estratégicos
7. Actividades e Indicadores
8. Evaluación
9. Anexos

CESFAM JOSE ALVO

INTRODUCCION

El presente documento contiene el Plan Estratégico de Participación Social del CESFAM José Alvo, el cual regirá entre los años 2016 y año 2018.

El plan fue elaborado con un enfoque participativo, donde se convocó a diversos actores que interactúan directamente con nuestro CESFAM; organizaciones comunitarias del territorio, funcionarios, equipo Directivo y algunos miembros del Equipo Técnico. Por lo tanto el documento da cuenta de un trabajo surgido de reuniones, salidas a terreno, opiniones, análisis y propuestas de trabajo que han resultado de los participantes y de la experiencia con el trabajo en el territorio y su comunidad.

El plan surge de la necesidad del cumplimiento de la Meta Nacional Número 7, quien indica que se espera la elaboración, ejecución y evaluación de un plan de participación elaborado por el equipo de salud en concordancia al modelo de Salud Familiar, esta meta a diferencia de los años anteriores traspasa la responsabilidad al equipo de salud, y desde el asociarse con la comunidad organizada del territorio.

Este plan de participación, contempla el trabajo de tres organizaciones sociales del territorio. Estas tienen como fin, el realizar un trabajo en conjunto con nuestro CESFAM, en coherencia a la Programación local y las necesidades de la comunidad, dando énfasis a la importancia de hacer parte a la comunidad y su representatividad para el logro de resultados coherentes y necesarios.

El presente documento consta de dos partes, la primera considera la contextualización y fundamentos que sustentan el trabajo participativo de nuestro CESFAM; como son la misión, visión, valores, los objetivos generales y específicos del lineamiento estratégico, actividades a desarrollar, los recursos necesarios, indicadores y responsables de su ejecución, además considera los lineamientos de las metodologías evaluativas que se pretenden desarrollar. La segunda parte incorpora el cronograma de actividades y el tiempo de ejecución del plan.

El plan tiene como objetivo, entregar herramientas que faciliten el trabajo en el territorio con foco en la participación social, entendiendo esta experiencia como una oportunidad para realizar un trabajo permanente, que permita ir escalando en los niveles de

participación, haciendo patente la importancia de la opinión comunitaria y su rol en el trabajo de nuestro CESFAM.

CARACTERISTICAS DEL TERRITORIO

La población inscrita validada por FONASA para el año 2016 es de 288.883 personas. Lo que representa una disminución de inscritos en la comuna con respecto al año 2015 en -2,29% de los inscritos validados en los 9 Centros de Salud Familiar.

Al analizar la información por centro de salud, los que registraron las variaciones porcentuales más negativas son: CESFAM Bellavista con un 5, 84% menos de inscrito al año 2015, seguido de CESFAM Los Castaños con un 4,65% menos de inscrito que el año anterior.

Por otro lado, solamente dos Centros de Salud Familiar a nivel comunal registraron variaciones porcentuales positivas, estos son: CESFAM José Alvo con un 5,39% de aumento en los inscritos validados con respecto al año 2015, seguido de CESFAM Trinidad con un 1,95% de aumento de sus inscritos validados con respecto al año anterior.

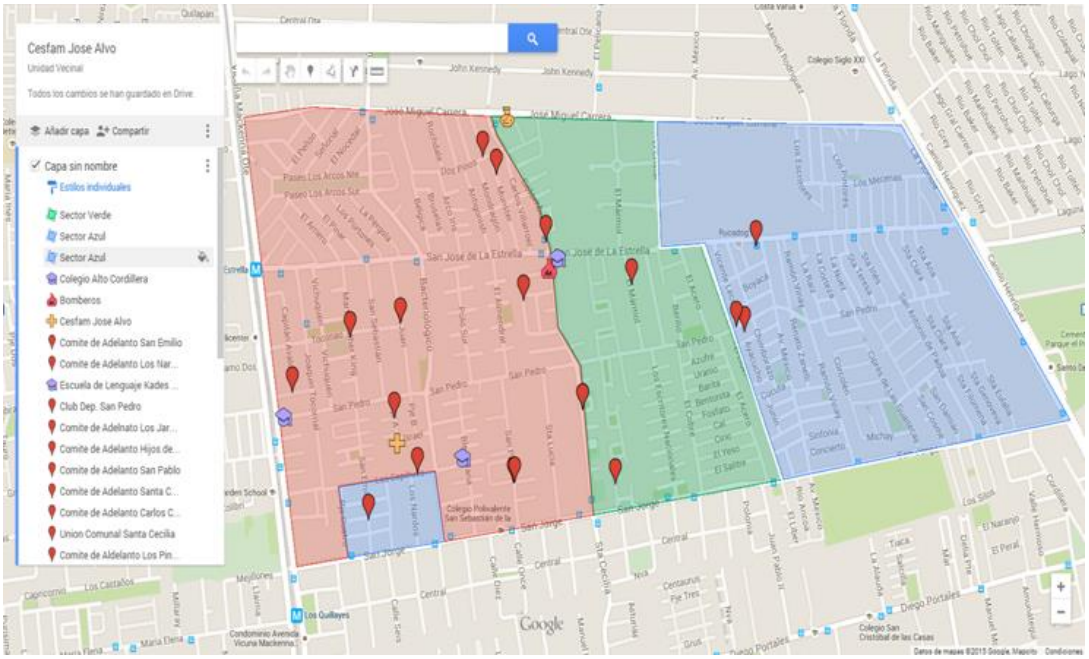
CESFAM JOSE ALVO

- <u>Centro de Salud Familiar José Alvo:</u>

Dirección: Bacteriológico 10817

Unidad Vecinal correspondiente a CESFAM José Alvo: 19

A continuación podemos observar mapa territorial, de Cesfam José Alvo.



Este nuevo Centro de Salud Familiar surge a partir de la necesidad desde la comunidad de la unidad vecinal 19 y el equipo de salud para descongestionar el Centro de Salud Familiar Maffioletti. La puesta en marcha de este nuevo centro se realiza dentro del modelo "Complejo José Alvo-Maffioletti". Esto significa que ambos centros trabajan de manera colaborativa atendiendo a los usuarios del sector primavera de CESFAM Maffioletti que viven en la unidad vecinal 19 y que fueron trasladados al nuevo CESFAM José Alvo, junto a su equipo de cabecera profesional quienes se trasladaron al nuevo CESFAM.

CESFAM JOSE ALVO

CESFAM José Alvo es el 9° Centro de atención primaria de la comuna de La Florida. La edificación es de 2.600 metros cuadrados construidos y divididos en 3 sectores, dos pisos y un área de servicios transversal, diseñado para 30.000 habitantes de la comuna.

Inicia su funcionamiento el 1 de julio del año 2011 e inauguración el 5 de agosto 2011 por el Ministro de Salud Jaime Mañalich y el alcalde Rodolfo Carter.

- SAPU José Alvo, atención al público hasta las 00:00 horas.

Sector	Problemas Identificados
Verde	Pautas de Crianza y mal manejo con hijos por parte de los padres
	Ausencia de recursos comunitarios en el territorio
	Consumo de Alcohol y Drogas
	Embarazo adolescente
	Demora de las horas de especialidades de Hospital La Florida
	Dificultad de traslado, principalmente para adultos mayores
	Falta de preferencia de Atención de Adultos mayores
	Ausencia de redes sociales para el Adulto mayor
Azul	Sedentarismos
	Mal Nutrición
	Maltrato o Bullying en el colegio
	Depresión y Trastornos emocionales
	Embarazo adolescente
	Consumo de Alcohol y Drogas
	Ausencia de recursos comunitarios en el territorio
	Falta de continuidad de atención por un profesional
	Demora de las horas de especialidades de Hospital La Florida
	Dificultad de traslado, principalmente para adultos mayores
	Falta de preferencia de Atención de Adultos mayores
	Ausencia de salas cunas y jardines infantiles en el territorio
Rojo	Falta de oferta de talleres y atenciones para niños y niñas
	Información lenta y de difícil acceso
	Dificultad para acceder a horas
	Falta de áreas verdes y recreativas infantiles

	Falta de horas de especialidades
	Obesidad
	Drogas y Alcohol
	Falta de educación sexual
	Caries y problemas dentales
	Dificultad en el acceso a horas de atención
	Falta de Información
	Dificultad en el acceso a CESFAM
	Trato
	Ausencia de oferta de actividades para los adultos mayores
	No hay atención preferencial
	Falta de resolutividad de horas de especialidad

CESFAM JOSE ALVO

CONTEXTUALIZACION

Los procesos de reforma en salud, en los últimos veinte años se dieron a lo largo de toda Latinoamérica. En este contexto se iniciaron formulaciones de políticas dirigidas a mejorar los sistemas de salud y sus prestaciones dirigidas a la población. A finales de los años setenta entró en escena la atención primaria de salud con el lema “Salud para Todos en el año 2000”, esto como principal propósito en la reunión de Alma-Ata, donde se asignó una gran relevancia a la participación comunitaria y a la descentralización de los sistemas de salud.

Sin embargo, en la década de los ochenta se observaron grandes dificultades en el desarrollo de políticas públicas en salud, más aún en el ámbito de la atención primaria y la participación comunitaria, esto debido a crisis políticas, económicas y sociales, a lo que se suma cambios demográficos y epidemiológicos. En los años noventa, con gobiernos democráticos, la participación social fue parte de los cambios al sistema principalmente a través de la creación del Plan Nacional de Promoción de la Salud. Pese a todas estas dificultades, los procesos de reforma sanitarias implementadas en los últimos años han mostrado avances en temas como financiamiento, equidad, eficiencia y desarrollo de esquemas que permiten a la población participar.

Actualmente, la participación social es uno de los ejes centrales de la reforma, donde una de las orientaciones ha sido el definir garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos, el establecimiento de la solidaridad en el financiamiento de la atención de salud y la mejora de los modelos de atención y gestión del sistema.

En nuestro Centro de Salud Familiar, tenemos la responsabilidad de estar al cuidado de nuestra población, donde nuestros objetivos están basados en asegurar el acceso oportuno y expedito a las atenciones de salud, acciones de calidad y con equidad de acuerdo al Modelo de Salud Familiar. Además responder a las necesidades de la población, para mejorar los resultados y la satisfacción de nuestros usuarios, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las prestaciones tradicionales incorpora otras en el ámbito de la salud familiar y comunitario, es por esto, que necesariamente se debe contar con una planificación estratégica, que considere los objetivos planteados.

CESFAM JOSE ALVO

El llevar a cabo el Plan Estratégico de Participación Social, constituye un método trascendental para alcanzar nuestros objetivos como CESFAM, implica como compromiso mejorar la gestión, con la comunidad, gestión en RRHH, implementación de mecanismos de ejecución y evaluación cualitativa y cuantitativa, además de realizar análisis de los resultados obtenidos y del impacto de lo ejecutado.

La Participación Social en Salud, es definida por nuestro Gobierno en su Agenda Pro Participación Ciudadana 2014-2018, como un "proceso de cooperación mediante el cual el Estado y la ciudanía identifican y deliberan conjuntamente acerca de problemas públicos y sus soluciones, con metodologías y herramientas que fomentan la creación de espacios de reflexión y dialogo colectivos, encaminados a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de las decisiones públicas". En salud se define como "la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud ya sea que se relacionen con el diseño, implementación evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados en la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos".

La Organización Mundial de la Salud define la participación social como "una dirección crucial para promover la equidad en salud, lo que implica participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades afectadas, para convertirse en protagonistas activos de su propia salud".

El desarrollo de la participación, ha estado asociada a la necesidad de impulsar nuevas formas de elaborar e implementar políticas, planes y programas pertinentes, enfocadas en la toma de decisiones.

La participación de la ciudadanía, permite;

- El desarrollo de las personas como sujetos activos en el manejo de las condiciones que permiten el desarrollo integral, el bienestar y la mejora de la calidad de vida.
- Fomentar la creación de comunidades con capacidad de interlocución.
- Capacidad de la ciudadanía de expresar problemáticas comunes.
- La ciudadanía tenga la posibilidad de ejercer el control social sobre la gestión pública y la administración.

En estos ámbitos, es posible visualizar diferentes niveles de participación y sus objetivos:

Informativa	Entrega de Información acerca de beneficios sociales, formas de acceso, entre otros. Por ejemplo: oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)
Consultiva	Preguntar a la ciudadanía sobre decisiones en materia de políticas públicas ya sea de carácter no vinculante o vinculante. Por ejemplo: Encuestas de Satisfacción usuarias o Diálogos Ciudadanos.
Toma de Decisiones	La ciudadanía comienza a tomar decisiones amplias o acotadas. Accionar las capacidades de las personas para la movilización y gestión de los recursos tanto materiales, técnicos y financieros por parte de la ciudadanía para el logro de objetivos comunes. Por ejemplo: Planificación Local Participativa.
Control Social	Capacidad de incidencia de la ciudadanía en la toma de decisiones en relación a políticas y acciones que le afecten. Por ejemplo: Ejercicio de Presupuesto Participativo.

DIAGNOSTICO DE LOS NIVELES DE PARTICIPACION

En nuestro país, desde la década de los ochenta, hemos sido actores y testigos de un proceso de reforma del sector de la salud, generado principalmente por cambios epidemiológicos, demográficos y sociopolíticos. En los años noventa la equidad, la calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, descentralizar el servicio y fortalecer las instancias de participación social del sector.

Si bien en los años 80 se llevaron los principales cambios en la estructura del sistema de salud, lo que significó la descentralización de la gestión de la salud pública, lo que incluyó la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, se traspasó la atención primaria a los municipios y se creó FONASA, fue recién a contar del año 2000 en adelante, que se enfrenta un nuevo proceso de reforma que incluye la participación social en salud, como un elemento relevante en la orientación. La participación social en salud ha sido definida como un mecanismo de mejoramiento del sector de la salud, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicio. Desde ahí que nos surgen interrogantes, principalmente como trabajamos desde nuestro CESFAM.

CESFAM JOSE ALVO

Para identificar el nivel de participación en el cual nos encontramos en el trabajo realizado en nuestro CESFAM, en conjunto con el Consejo de Usuarios el día, 10 de agosto En Consejo Técnico se realizó diagnóstico de Niveles de Participación. Este diagnóstico, nos permite definir nuestra base, y a partir de este punto realizar lineamientos de planificación. Este Diagnostico se realizó se utilizando el modelo de los Niveles de Participación, que deriva del trabajo de Sherry Arnstein (1969), orientado desde el trabajo del equipo de Participación del Servicio de Salud. Este modelo permite situar el estado de la participación de nuestro CESFAM (aporte del equipo técnico) y la comunidad, representado en el Consejo de Usuarios, de acuerdo a las características que definen cada etapa y, su vez visualizar su progresión y el nivel que nos gustaría alcanzar de acuerdo a nuestra realidad local, de modo que la planificación reconozca ese objetivo y las estrategias para conseguirlo.

Metodología Utilizada para el diagnóstico:

Para la realización del Diagnóstico se realizó una presentación con el objetivo de dar a conocer los Niveles de participación, esto según el modelo de Sherry Arnstein, esta presentación estuvo a cargo de Encargada de Participación. Después de ello se aplicó a los participantes preguntas en relación a los niveles de participación, que debieron responder de manera individual y después de esto se dio espacio a una conversación con el objetivo de analizar la información surgida por cada uno de los participantes.

- Se adjunta Presentación: los instrumentos en anexos.

Participantes:

- Directiva de CDU.
- Asesores técnicos.
- Equipo Directivo.

Además esta instancia nos permitió reconocer el proceso que se ha vivido desde el inicio de funcionamiento del CESFAM y de la incorporación al trabajo colaborativo del Consejo de Usuario.

En el mes de marzo del año 2017, se aplica encuesta a las organizaciones que participan en el Plan y a otros dirigentes del territorio, con el objetivo de conocer de manera más

amplia la visión de los referentes de las organizaciones del territorio, en relación a la participación ciudadana.

Participantes:

Dirigentes de las organizaciones Participantes:

- Club de Adulto Mayor Rosas de San Juan.
- Dirigentes Club de Adulto Mayor La Vida es Bella.
- Comité de Adelanto Carlos Contreras.

Otras Organizaciones:

- Presidente de JV. Número 19.
- Dirigentes, Coordinadora Metro San José de la Estrella.
- Presidenta de CASAM.

Resultado del Diagnóstico:

Como resultado, el diagnostico nos indicó que en la actualidad se está en un ***proceso intermedio,*** dónde se muestra una base con relación a la entrega de información, donde se hace relevante que esta sea de calidad, completa, de fácil acceso, atingente y en el tiempo adecuado. Los canales de comunicación han permitido generar espacios de retroalimentación como son las asambleas ampliadas de consejo de usuarios, donde miembros del equipo del CESFAM participa. Cabe destacar que como hubo un cambio en la directiva del consejo de usuario y algunos de los dirigentes son nuevos en la temática de salud, en algunas temáticas hubo retrocesos, pero por otro lado, esto ha permitido el generar espacio de capacitación y reorganización.

Se ha visto un interés, tanto del equipo de salud como de los representantes de consejo de usuarios, en avanzar hacia el nivel de consulta, donde destaca la aplicación de encuestas como una de las principales herramientas.

Para ello como estrategia metodológica podemos identificar algunas estrategias para avanzar en los niveles de participación actual, que es el de Información al Consultivo:

- Encuestas de Satisfacción Usuaria, de manera mensual por parte de CESFAM, Consultas Ciudadanas.

- Encuesta de Consejo de Usuarios para construcción de en el diseño Cuenta Pública participativa
- Participación de Diagnostico Participativo.
- Participación planificada de Directiva de Consejo de Usuarios en Consejo Técnico y Comité de Solicitudes Ciudadanas.
- Ser parte de equipo de Participación del CESFAM.

Todas estas estrategias tienen como finalidad que nuestros usuarios puedan dar a conocer sus opiniones, que estas sean consideradas de manera efectiva y que permitan tomar decisiones coherentes a ellas.

A su vez, el diagnostico nos permitió reconocer las dificultades que se han presentado, entre ellas:

- Rol del Consejo de Usuarios: funcionarios han referido que en algunas oportunidades sienten que el Consejo de Usuarios, busca tener un rol fiscalizador en relación a las funciones. Lo que ha generado un distanciamiento entre la institución y la organización.
- Programación: se observa que algunas actividades programadas no son coherente con las necesidades de la comunidad o no se ha considerado la opinión de los usuarios. Además no están considerados los tiempos, para la formación del equipo de Participación ya que no se encuentra considerado en la programación.
- Escaso interés de la comunidad en participar: desde hace ya un tiempo lamentablemente se ha visto disminuido el interés en la participación, y por lo tanto en la representatividad. Cabe destacar que nuestro Consejo de Usuario ha demostrado un gran interés en mantener su organización, en dar a conocer su quehacer, además de intentar continuamente convocar a más usuarios a participar de las actividades que organizan.

Lo que se espera en nuestro CESFAM, es que la Participación Social, más que llegar a ser un mecanismo de control social sea una herramienta que permita desarrollar instancias que permitan la inclusión, la autonomía y la entrega de opinión informada y coherente, de forma tal que las ideas, propuestas y planes de la comunidad, puedan generar cambios en nuestros planes de salud. Así también el posicionar a la participación social como un proceso de democratización más amplia, radica en contar con un servicio basado en políticas cuya génesis sea establecida entre la comunidad y el equipo de salud, donde no

instrumentalicemos a los actores, si no seamos parte importante de cada etapa de trabajo.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE NUESTRO CESFAM

Misión: *Somos un equipo de salud familiar comprometido con la comunidad, que posee competencias técnicas y humanas al servicio de los usuarios, familias y su entorno, motivados en otorgar atenciones de calidad con énfasis en la promoción y autocuidado en salud.*

Visión: *Ser un CESFAM líder en atención de calidad, comprometido con la comunidad.*

Valores, que sustentan nuestro quehacer;

Solidaridad: se refiere al sentimiento de unidad basado en las metas o intereses comunes, es un término que refiere a ayudar sin recibir nada a cambio de la aplicación de lo que se considera bueno. Así mismo, se refiere a los lazos sociales que unen a los miembros de una sociedad entre sí. También se refiere a la colaboración mutua en las personas.

Respeto: es la consideración especial que se le tiene a alguien o incluso a algo, al que se le reconoce valor social o especial diferencia. Muchas formas de respeto se basan en la relación de reciprocidad, sin embargo, en lo que se refiere al respeto de las personas hacia objetos, costumbres e instituciones sociales, se fundamenta en otras consideraciones diferentes de la reciprocidad.

Reciprocidad: La reciprocidad es la forma más común de intercambio en sociedades. Dado que todos los seres humanos virtualmente viven en algún tipo de sociedad, y que además cada uno tiene al menos algunas posesiones; la reciprocidad se puede encontrar en todas las culturas. Se enmarcan dentro de la ayuda mutua entre parientes, sin expectativa de una retribución material. La obligación de corresponder es indefinida en tiempo, cantidad y calidad.

Inclusión: Es intervenir en la sociedad de todas las personas, no es el simple hecho de existir, asistir o permanecer, sino que todos seamos parte de la sociedad como miembros activos de la misma en cualquier contexto. Además considera el dar la posibilidad de ser parte, de invitar y generar los espacios para que ocurran.

LINEAS ESTRATEGICAS

El Plan estratégico de participación social, se sustenta en líneas estratégicas surgida de nuestro diagnóstico de niveles de participación;

Líneas estratégicas Generales, CESFAM José Alvo:

1. Gestión Participativa.
2. Ampliar representación desde los organismos territoriales.
3. Información y educación en participación ciudadana en salud.

Líneas Estratégicas Específicas, CESFAM José Alvo:

a) Cuenta Pública Participativa:

Se rendirán cuenta anual, directamente a la ciudadanía, de su gestión. En ella, se espera que los contenidos sean definidos en conjunto con la ciudadanía, así como el formato y medios que se utilizará para la entrega de información. No obstante, deberán considerarse los contenidos y temáticas, a su vez, deberá precisarse el modo en que el aspecto informado ha funcionado en el período rendido y el modo en que se planifica implementar en el inmediatamente posterior.

b) Consejos de usuarios:

Organismo representativo y participativo en que los actores sociales inciden en la gestión del CESFAM. El CESFAM, en representación del Encargado de Participación debe asegurar la representatividad territorial, la diversidad y la posibilidad de que se generen espacios de discusión y trabajo.

c) Comité de Solicitudes Ciudadanas:

Generar un espacio de participación, coordinación, evaluación y análisis que asesora a la dirección del CESFAM, en lo relativo a la solicitudes ciudadanas recepcionadas, respuestas entregadas a los usuarios y gestión de la satisfacción usuaria, coordinando y aportando los antecedentes necesarios para la resolución eficiente y oportuna de las áreas deficitarias, contribuyendo además a la formulación de planes de mejora, que permitan una mejor calidad de la atención y una mejora en la satisfacción usuaria.

d) Mesas territoriales:

Para apoyar el logro de objetivos sanitarios, se constituirán mesas de trabajo de forma territorial conformada por actores relevantes de la comunidad. Con el objetivo de conocer temáticas emergentes de manera focalizadas, se espera que estos espacios tiendan a generar relaciones de carácter vinculante que permitan e incidan en la toma de decisiones en la planificación de las actividades del CESFAM.

e) Plataformas digitales Participativas:

Contar con plataformas digitales que permitan ampliar la participación directa en procesos de consulta ciudadana, acceso a información relevante, vinculación con redes de intercambio y organizaciones de la sociedad civil, retroalimentación permanente con la comunidad.

f) Diagnósticos Participativos:

Es la oportunidad democrática para que toda la comunidad participe. En este sentido, las organizaciones comunitarias deberán buscar la participación amplia y activa de sus miembros y, en lo posible, de toda la comunidad, desde la definición de problemas hasta la formulación de planes de mejoras. Es importante que la comunidad no se limite a actuar como fuente de información, sino que participe activamente en los resultados de la realidad diagnósticas.

g) Consultas Ciudadanas:

Estrategia que permite conocer la opinión de nuestros usuarios y usuarias, y que tiene como objetivo medir de manera periódica la satisfacción usuaria. Por otra parte el Consejo de Usuarios también, tiene como interés conocer la opinión de los usuarios y usuarias en la elaboración de la información a entregar, en el caso particular preparación de Cuenta Pública, dando un énfasis participativo y que de esta manera esta sea una instancia de toma de conocimiento consiente en relación a las necesidades e intereses de la población.

PLAN DE TRABAJO Y PROCESO DE ELABORACION DEL PLAN

La elaboración del Plan Estratégico de Participación, se llevó a cabo en un trabajo en conjunto entre el CESFAM y comunidad, lo que ha permitido que este documento se encuentre legitimado por ambos actores, permitiendo así desarrollar un trabajo colaborativo y participativo desde la gestión local. A continuación se presentan las etapas de su desarrollo:

a) Funcionarios del CESFAM: uno de los actores fundamentales del trabajo participativo. Con ellos fue relevante el educar en relación a los cambios de la meta N° 7, invitarlos a ser parte del equipo de participación y fortalecer el trabajo promocional y comunitario.
b) Consejo de Usuarios: actor principal, coopera con información necesaria, que permite el desarrollo de estrategias coherentes según la necesidad e inquietudes de los usuarios y la comunidad de nuestro CESFAM. Ellos han sido convocados a ser parte del plan, siendo su principal rol el desarrollo del diagnóstico de los niveles de participación, considerado en el presente documento; este proceso tuvo como objetivo el analizar los procesos experimentados durante su existencia como organización y trabajo conjunto con el CESFAM.

   El consejo de usuario ha cumplido, con el rol de asesorar al equipo del CESFAM, en aspectos vinculados con su gestión del logro del plan, el comprometerse a participar activamente en el desarrollo del mismo, informar a la comunidad sobre las actividades desarrolladas, además de recoger su opinión, necesidades e iniciativas con el fin de mejorar las acciones planificadas para el logro de este.

   Sus principales funciones:

- Velar por el cumplimiento de las actividades planteadas en el plan.
- Incentivar la participación de la gestión y apoyo por parte de la comunidad.
- Estimular a las diferentes organizaciones presentes en el territorio a participar en el plan.

c) Equipo Directivo, ha tenido un rol primordial, permitiendo generar los espacios y estrategias con relación al desarrollo del plan, además de dar énfasis en su logro.

d) Equipo de participación: equipo conformado por diversos actores, representante del territorio y del CESFAM, se debe considerar que no ha sido un trabajo fácil el conformar el equipo de Participación, ya que algunos de los actores que han mostrado interés en ser parte del trabajo, han presentado dificultades para concretar este interés. Con relación a lo anterior se ha hecho necesario el actualizar de manera permanente el catastro de las organizaciones existentes en el sector.

e) Organizaciones comunitarias del territorio: su rol es entregar información de las necesidades y problema comunes relacionados con salud, en donde el Cesfam pueda intervenir, aportando ideas para las intervenciones coherente a sus necesidades. Además han recibido de muy buena manera información con relación al trabajo del Cesfam valorando nuestro rol en el territorio y la importancia de trabajar de manera mancomunada. El trabajo con las organizaciones fue complejo en primera instancia, ha sido necesario reconocer sus necesidades, sus intereses y logros que pretenden lograr y en base a ellos hacernos partes para intervenir y aportar. Cabe destacar que como estrategia local se ha invitado a organizaciones de cada sector del Cesfam, con el objetivo de que los equipos de cabecera se hagan parte.

   Las tres organizaciones comunitarias convocadas son representantes del territorio, los que nos permitirían focalizar nuestro trabajo y desarrollar estrategias conjuntas nuevas formas y estrategias de participación, permitiendo a la comunidad organizada y no organizada ser un actor protagonista en el mejoramiento de la calidad de vida, mejora de la información, aumento de la participación y representatividad del territorio, todo ello, de acuerdo a sus propios intereses y necesidades.

FUNCIONES DE LOS PARTICIPANTES DEL PLAN:

Miembros del Equipo	Funciones a desempeñar
Directora establecimiento	Programar, dirigir, coordinar y supervisar todas las actividades establecidas en el Plan de Participación del cesfam.
Subdirectora	Subrogar al Director en caso necesario. Promover y estimular un clima de trabajo armónico en el Centro de

	salud y la comunidad. Gestionar la necesidad de recurso humano, en relación al trabajo comunitario. Gestionar recursos, para realizar actividades en la comunidad.
Jefas de equipos transversales, Encargada de Modelo de Acogida.	Dirigir al equipo transversal que tiene a cargo con relación al trabajo comunitario, y en la red. Informar a sus equipos, procesos del trabajo comunitario. Apoyar en el rescate de información estadística necesaria con relación al análisis del trabajo comunitario, que sea necesario para el desarrollo de este. Analizar procesos del trabajo colaborativo con la comunidad, rescatando experiencias y estrategias que permitan desarrollar actividades coherente en su sector. Desarrollar estrategias que permitan establecer vínculos con organizaciones pertenecientes a sus sectores, que permitan el trabajo colaborativo con su comunidad a cargo. Realizar catastro de organizaciones existentes en su sector, con objetivo de reconocer sus funciones y fortalecer la red.
Jefas de sector	Dirigir al equipo multidisciplinario o equipo de cabecera que tiene a cargo. Administrar el recurso humano a cargo, que permita desarrollar actividades de su comunidad a cargo. Informar a sus equipos, procesos del trabajo comunitario. Analizar procesos del trabajo colaborativo con la comunidad, rescatando experiencias y estrategias que permitan desarrollar actividades coherente en su sector. Desarrollar estrategias que permitan establecer vínculos con organizaciones pertenecientes a sus sectores, que permitan el trabajo colaborativo con su comunidad a cargo. Realizar catastro de organizaciones existentes en su sector, con

	objetivo de reconocer sus funciones y fortalecer la red.
Encargado de Participación Social del Cesfam	Proponer estrategias locales para adecuar los servicios de salud, a las necesidades emergentes de la comunidad, planteados en la coordinación intersectorial. Proponer estrategias de acción educativa, difusión y extensión de los programas existentes en los CESFAM, hacia la comunidad en función de los objetivos y metas de los programas. Mantener información actualizada de la realidad del territorio, organizaciones comunitarias, recursos, entre otros. Velar por la adecuada información y orientación al público para el uso de los Servicios de Salud que entrega el Establecimiento mediante la OIRS a su cargo. Facilitar a la comunidad y funcionarios sobre el desarrollo del trabajo colaborativo. Establecer coordinación con dispositivos de Información y Comunicación tanto con los pertenecientes al propio sector como aquellas reparticiones con las que exista relación. Coordinar reuniones con el Consejo Usuario y otras organizaciones que trabajen en el Plan de Participación. Generar estrategias de participación necesarias con el fin de permitir que esta se desarrolle de la mejor manera posible, establecer mecanismos de comunicación efectivos.
Consejo de Usuarios y otras organizaciones	Cooperar con información necesaria, que permita el desarrollo de estrategias coherentes según la necesidad e inquietudes de los usuarios y la comunidad a cargo. Participar activamente en las actividades desarrolladas por el Cesfam. Dar su opinión con relación a las decisiones que se tomen con relación al trabajo comunitario.

CESFAM JOSE ALVO

ORGANIZACIÓN:

Actividad	Descripción
Reuniones de Planificación	1. En reuniones de Equipo Gestor y técnicas, revisar la planificación en concordancia con los objetivos que se esperan alcanzar en relación a la desarrollo del trabajo comunitario e intersectorial del Cesfam, revisar los roles y las funciones de los miembros del equipo, para el logro de los mismos y visualizar las necesidades y requerimientos. 2. Reuniones Equipo de Participación, estas están agendadas para su realización, para segundo viernes de cada mes a las 11:00 hrs. Encabezadas por Dirección y Encargado de Participación social del Cesfam.
Horas protegidas para él la elaboración del Plan	El contar con espacios protegidos para la elaboración del Plan de Participación se hace relevante ya que permitirá, el poder contar con tiempos resguardados tanto para el equipo de salud y representantas de la comunidad: - Reuniones de Equipo de Participación, organizaciones, CDU y Cesfam. - La Encargado de Participación en el Cesfam cuenta con 44 horas indirectas, de las que 22 son para el trabajo en Participación Social, el es la encargado de guiar el proceso y coordinar tareas con la comunidad. Participar en reuniones de Sector. - Asistentes Sociales de cada sector, desde marzo de 2017, cuentan con 3 hrs. Mensuales para planificar y ejecutar Mesas Territoriales.

CRONOGRAMA DE DISEÑO DEL PLAN ESTRATEGICO DE PARTICIPACION CESFAM JOSÉ ALVO.

	2016				2017				2018			
Actividades	1°T	2°T	3°T	4°T	1°T	2°T	3°T	4°T	1°T	2°T	3°T	4°T
Planificación												

La Florida, Octubre 2016

Difusión												
Diagnostico de Participación												
Ejecución de Actividades												
1° Evaluación												
2° Evaluación												
3° Evaluación Final												

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LAS ACCIONES DEL PLAN ESTRATEGICO

El cumpliminto del Plan Estratégico de Participación Social, es un interesante desafío para el equipo de salud de nuestro CESFAM. Una de los principales retos es el de aumentar la representatividad de las organizaciones sociales, sin desconocerel trabajo que desde hace años ya se esta realizando. Por otro lado, más allá de las organizaciones sociales, para nosotros es de suma importancia dar los espacios y abrir distintos canales para que la comunidad pueda expresar y darnos a conocer sus sugerencias e inquietudes. Todo esto orientado desde las normativas vigentes como la Ley 20.500, Normas de Participacion y Meta Número 7. Pero esto ademas y lo mas importante la necesidad como institución de dar cabida a nuestra comunidad, nuestros usuarios que han solicitado ser escuchados.

Se consideran los sigueintes puntos en el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico

1. Responsables del seguiemiento y la aplicación del Plan:

El encargado de velar por que se cumplan la ejecucion del Plan será la Direccion del CESFAM José Alvo, representado por la Encargado de Participacion Social, en conjunto con el equipo de participación conformado por representantes de Consejo de Usuario y de organizaciones del sector.

2. Evaluación: será responsable de la evaluación del Plan Estratégico la Dirección del CESFAM, representado por la Encargado de Participación, que encabezará este proceso. El equipo de participación deberá aportar la información para la elaboración del documento.

Se debera considerar:

- Como el Plan tiene una duracion de tres años, se establece que se realizara una evaluacion en diciembre de los años 2016, 2017 y 2018. La cual se centrara en evaluar el cumplimiento de las actividades anuales planificada, centrada en la ejecucion de ella.

- Elaborar estrategias de mejora, cada evaluación tendrá como objetivo el poder elaborar propuestas que permitan mejorar los elementos que se puedan observar más débiles y potenciar los que han generado más impacto y buenos resultados, en el trabajo participativo.

- Se realizará una evaluación final en Diciembre de 2018, la cual incluirá la expericia del equipo que daran sustento a la elaboración del próximo Plan Estrategico.

PAUTA DE SEGUIMIETO Y EVALUACION PLAN DE PARTICIPACION:

CESFAM JOSE ALVO

Pauta de Seguimiento y Evaluacion Plan de Participación 2016-2018					
CESFAM	*José Alvo*				
CUENTA PÚBLICA PARTICIPATIVA					
LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES	**No desarrollado**	**En Diseño**	**En Implementación**	**Realizado**	**Observaciones**
MEJORAR CALIDAD Y MECANISMOS DE INFORMACION					
FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACION CIUDADANA EN LA CUENTA PUBLICA PARTICIPATIVA					
INFORMACION SANITARIA EN LA RENDICION DE CUENTA PUBLICA					
EVALUACIÓN					
CONSEJO DE USUARIOS					
LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES	**No desarrollado**	**En Diseño**	**En Implementación**	**Realizado**	**Observaciones**
POSICIONAMIENTO DEL CONSEJO DE USUARIO EN EL TERRITORIO					
LEGITIMACION DE LA PARTICIPACION DE LOS CONSEJOS DE USUARIOS EN LA GESTION DE LOS CENTROS					
GESTION VINCULANTE DE LOS CONSEJOS DE USUARIOS					
COMITÉ DE SOLICITUDES CIUDADANAS					
LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES	**No desarrollado**	**En Diseño**	**En Implementación**	**Realizado**	**Observaciones**
MARCO REGULADOR					
FORTALECIMIENTO Y FUNCIONES DEL EQUIPO					
MESAS TERRITORIALES					
LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES	**No desarrollado**	**En Diseño**	**En Implementación**	**Realizado**	**Observaciones**
TRABAJO COLABORATIVO					
CONSULTAS CIUDADANAS					
LINEAS ESTRATEGICAS GENERALES	**No desarrollado**	**En Diseño**	**En Implementación**	**Realizado**	**Observaciones**
CONOCER OPINIÓN DE LA COMUNIDAD					

EQUIPO DE PARTICIPACIÓN CESFAM JOSÉ ALVO

A continuación se presenta firma de los miembros de equipo de participación de CESFAM José Alvo, quienes estan representados por los Jefes de Unidades y encargados en diversas temáticas que tienen como objetivo el fortalecimiento del trabajo participativo:

La Florida, Octubre 2016

CESFAM JOSE ALVO

Sussi Contreras Fuentes

Directora CESFAM

Evelyn Martinez Letelier

Subdirectora CESFAM

Katherine Aguirre Martinoli

Jefa Sector Rojo

Claudia Vallejos Gajardo

Jefa Sector Verde

Roxana Clift Campino

Jefa sector Azul

Elizabeth Luna Cabret

Jefa de SOME

Maria Victoria Urzua

Jefa de Unidad de Apoyo

Melissa Muñoz Guzman

Encargada Modelo de Acogida

La Florida, Octubre 2016

CESFAM JOSE ALVO

Denis González Olivares

Encargado de Participacion Social

Para el optimo logro del Plan Estrategico de Participación Social, contaremos con el Apoyo de las siguientes organizaciones del territorio:

La Florida, Octubre 2016

CESFAM JOSE ALVO

Luis Figueroa Canales

Presidente Consejo de Usuarios

Isabel Romero Robles

Club de Adulto Mayor “La Vida es Bella”

Nora Valenzuela cardenas

Club de Adulto Mayor “Flores de San Juan”

Hugo Estrella Muñoz

ONG Chile

Presidente Comité de Adelanto
Carlos Contreras

BIBLIOGRAFIA:

La Florida, Octubre 2016

- Norma N° 31: Norma general de participación Ciudadana en la gestion pública de salud, año 2015.

- Plan Estrátegico de Participación Social en Salud, Servicio de Salud Metropilitano Sur Oriente, año 2015- 2018.

- Orientaciones técnicas Comité de Gestión Usuaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales, año 2016.

- Diagnostico Participativo, Orientaciones técnicas, Servicio de Salud Metropilitano Sur Oriente, año 2016.

- Participacion Ciudadana en atencion Primaria, Un aporte al desarrollo del Modelo de atencion Integral de Salud Familiar, comunitario y la satisfacción usuaria, Subsecretaria de Redes Asistenciales division de atencion Primaria.

- La Participación social en salud: el deafío de Chile, Claudio A. Mendez y Jairo J. Vanegas López.

- Plan de Salud Comunal 2017.

CESFAM JOSE ALVO

ANEXOS

Conversemos… Niveles de Participación, Comunidad José Alvo

1. ¿en qué nivel estamos de participación?

2. ¿qué hemos hecho para estar en este nivel?

3. ¿Qué nos falta por hacer?

** Este instrumento se utilizo en Consejo Técnico con directiva de Consejo de Usuario donde se realiza Focus Group, en relación a los niveles de participación.*

Encuesta.

Nombre: **Edad:**

Fecha:

1. ¿Usted a participado en alguna actividad que el Cesfam ha realizado?

Si _____ No_____

2. ¿Usted Conoce al Consejo de Usuarios?

Si _____ No_____

3. ¿Conoce, cual es su función?

Si _____ No_____

En el caso de conocerlas, nombre una:

La Florida, Octubre 2016

CESFAM JOSE ALVO

4. ¿Conoce nuestra OIRS:

Si _____ No_____

3. ¿Conoce, cual es su función?

Si _____ No_____

En el caso de conocerlas, nombre una:

---

5. ¿A usted u organización a la que representa le gustaría contar con más espacios de Participación con el Cesfam?

Si _____ No_____

En el caso de que se respuesta sea Si, cual:

_____

** Este instrumento se utilizo como consulta a las organizaciones participantes del Plan.*

CESFAM José Alvo - Periodo 2016 - 2018

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: CONSULTA CIUDADANA

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	CRONOGRAMA											
								2016				2017				2018			
								1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
CONOCER OPINIÓN DE LA COMUNIDAD	Realizar Consultas ciudadanas de manera periódica a nuestra comunidad; esto dirigido en dos aéreas: - Satisfacción Usuaria. - Construcción de Información a presentar en diferentes instancias participativas.	Realizar Encuestas Ciudadanas, consultivas a nuestra comunidad.	Aplicación de instrumentos validados a la comunidad con el objetivo de conocer su opinión y necesidades.	Conocer la Opinión de nuestra Comunidad (usuarios/usuarias), con el objetivo de elaborar estrategias y planes de mejoras en conjunto (Comité de Solicitudes Ciudadanas, Equipo de Participación). Conocer las necesidades de los usuarios y de esta manera dar respuesta a ellas, en relación a información y mejoras.	Calendario de Aplicación de Encuesta (mensual) en el caso de Satisfacción usuaria. Elaborar Plan de Trabajo con el objetivo de calendarizar Encuesta para conocer necesidades de información y así considerar fechas, ejemplo: CPP.	Direccion de CESAFM	Encargado de Participación, de Calidad y Modelo de Acogida. Consejo de Usuarios.											

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: CUENTA PÚBLICAS PARTICIPATIVA

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	CRONOGRAMA											
								2016				2017				2018			
								1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
MEJORAR CALIDAD Y MECANISMOS DE INFORMACION	Implementar metodologías participativas, que consideren la información que se requiere entregar y el proceso de evaluación	Encuesta en sala de espera en relación de preparación de información de Cuenta Pública, evaluación del proceso de manera participativa	comisión entre miembros del CESFAM, representante de organizaciones y usuarios de consejo de usuarios	El CESFAM desarrolla estrategias participativas e integradoras en el proceso de preparación de cuenta pública participativa.	Nómina de asistencia a reunión preparatoria de preparación y organización.	consejo de usuarios, representantes de la comunidad	consejo de usuarios, representantes de la comunidad												
	Mejorar calidad de la información entregada en coherencia del interés ciudadana	Análisis de información recogida de encuestas sobre interés de temáticas planteadas por la comunidad	constitución de equipo para realizar análisis de la información, sistematizar buenas experiencias	Asistentes a cuenta pública participativas destacan calidad de la información entregada	Informe de evaluación	Dirección CESFAM, Encargada de participación	Usuarios asistentes a Cuenta Pública, Consejo de Usuarios, dirección CESFAM, Encargada de participación.												
FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACION CIUDADANA EN LA CUENTA PUBLICA PARTICIPATIVA	Participación ciudadana en la Cuenta Pública Participativa CESAM José Alvo.	Difusión de la Cuenta Pública Participativa en el territorio	Conformar equipo de trabajo y organización Cuenta Pública Participativa. Elaborar planes de difusión según población y territorio	aumento de la asistencia y la participación de usuarios en la Cuenta Pública Participativa	Nómina de asistencia a Cuenta Pública Participativa.	consejo de usuarios, representantes de la comunidad, Encargada de participación	consejo de usuarios, representantes de la comunidad, Equipo de CESFAM												
		motivar a la comunidad del territorio a participar en la Cuenta Pública Participativa.			Registro Fotográfico.														
INFORMACION SANITARIA EN LA RENDICION DE CUENTA PUBLICA	Dar cuenta del estado de salud alcanzado por la población del CESFAM en relación a las acciones y programas desarrollados en el periodo de rendición.	consolidar información sanitaria, programas y actividades ejecutadas en el CESFAM y su territorio	analizar y consolidar la información sanitaria en conjunto con equipo técnico del CESFAM	Rendición de Cuenta Pública de la situación de salud del territorio en el cual se encuentra inmerso el CESFAM y desarrolla sus programas y actividades	Nómina de asistencia.	Dirección del CESFAM.	Dirección del CESFAM												
					Registro Fotográfico.	Equipo Técnico													
		Publicar información sanitaria, programas y actividades rendidas en la cuenta pública participativa, que además considere análisis comparativos con año anteriores.	difundir información rendida en cuenta publica a los usuarios del CESFAM, en diarios murales y plataformas digitales		Presentación presentada en Cuenta Publica Participativa, informe.														
EVALUACIÓN	Evaluar el proceso vivido en la preparación y ejecución de Cuenta Pública Participativa	Realizacion de presentación de Evaluación realizada por el equipo de salud y miembros del equipo de Participación	Evaluar y presentar resultados de este proceso.	Dar a conocer a la comunidad resultados de la Evaluación realizada, con el objetivo de hacer parte a los procesos planificados.	Docuemntos de evaluacion, Presentacion, Lista de asistencia reunión donde se presenta la evaluación.	Dirección CESFAM, Encargada de participación	Dirección CESFAM, Encargada de participación, Consejo de usuarios, Organizaciones, Comunidad en general.												

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: CONSEJO DE USUARIOS								CRONOGRAMA											
								2016				2017				2018			
Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metrodologico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
POSICIONAMIENTO DEL CONSEJO DE USUARIO EN EL TERRITORIO	Promover la autonomia del Consejo de Usuarios en la elaboracion y ejecucion de los planes de trabajo.	Generacion de espacios en el territorio que permitan recoger ideas para incorporarlas en Plan de Trabajo.	consejo de usuarios participa en actividades de organizaciones territoriales, reuniones actividades de las organizaciones, etc.	Plan de de Consejo de Usarios considera necesidades y opiniones del Territorio	fotografias, registro de asistencia y participacion en actividades.	Consejo de Usuarios	Consejo de Usuarios, Representantes de la Comunidad y Dirigentes, Encargada de Participacion Social.												
		Elaboracion e implementacion de estrategias de difisicion y comunicación de las acciones de Consejo de Usuario y su Plan de trabajo	Material de difusion disponible que contenga informacion sobre Plan de Trabajo del Consejo de usuario en territorio y su trabajo conjunto con el CESFAM.	Comunidad informada sobre Plan de Trabajo del Consejo de Usuarios	Reportes de estrategias utilizadas; Materialde difusion, Plataformas digitales, etc.	Consejo de Usuarios	Consejo de Usuarios, Encargada de Participacion Social, Direccion del CESFAM.												
LEGITIMACION DE LA PARTICIPACION DE LOS CONSEJOS DE USUARIOS EN LA GESTION DE LOS CENTROS	Ampliar y gestionar la participacion del Consejo de usuarios en instancia de gestion del CESFAM	Participacion del Consejo de Usuarios en instancias de Gestion del CESFAM	Participacion del Consejo de usuarios en reuniones de Consejo Tecnico, Reuniones de Comité de Solicitudes Ciudadanas, Cuentas Publicas Participativas, Diseño Plan de Participacion Social y Plan Comunal de Salud.	Consejo de Usuario Incluido en instancias de gestion de los establecimientos	Actas de instancias de gestion donde se consigne la participacion del Consejo de Usuarios	Direccion del CESFAM, Equipo Tecnico, Representantes del Consejo de Usuarios, Encargados de Participacion.	Encargada de Participacion												
GESTION VINCULANTE DE LOS CONSEJOS DE USUARIOS	Ampliar las competencias de dirigentes y usuario, que permitan adquirir conocimientos relacionados a salud y que le permitan dar participar en la gestión de la toma de decisiones.	Incorporación de procesos de aprendizaje permanente, donde se incorporen temas de interés y necesidades de Consejo de Usuarios y representantes de las organizaciones territoriales.	Capacitación continua	Contar con consejo de usuarios, representantes de organizaciones territoriales y usuarios, cuente con conocimiento en temáticas de salud que le permitan la toma de decisiones, el quehacer del CESFAM y aportar en la gestión de la Institución.	Registro de Capacitaciones y tematicas abordadas, nómina de asistencia y registro fotográfico.	Encargda de Participación, Consejo de usuarios.	Encargda de Participación, Consejo de usuarios, representntes del territorio.												
		Capacitación y formación a otros actores del territorio y usuarios que le permitan entender el quehacer del CESFAM en sus atividades y programas.																	

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: CONSULTAS CIUDADANAS								CRONOGRAMA											
								2016				2017				2018			
Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
MARCO REGULADOR	Orientacion Técnica para implementacion de equipo de Gestion de Solicitudes Ciudadanas en el CESFAM	Generar espacios de difusión en el equipo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas de las Orientaciones Técnicas elaboradas por el SSMSO.	Difusion de Orientaciones Técnicas para el Trabajo de equipo de Gestion de Solicitudes Ciudadanas.	Conocimiento de las Orientaciones Técnicas	Acta de reunion donde se demiestra que se realiza difusión de las Orientaciones Técnicas. Nomuna de Asistencia a Reunion.	Encargada de Participación CESFAM	Equipo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas de CESFAM. (Representantes de Consejo de Usuarios y CESFAM)												
	Generar Competencias en el equipo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.	Capacitación a miembros del equipo en relación a temáticas que regulan el quehacer del CESFAM.	Entregar herramientas necesarias para la implementación de un equipo con las herramientas necesarias para abordar temáticas que surgen en la resolución de solicitudes ciudadanas.	Equipo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, cuenta con las competencias técnicas necesarias para el óptimo funcionamiento del comité.	Plan Capacitación de equipo de Gestión de solicitudes Ciudadanas.	Encargada de Participación CESFAM													
FORTALECIMIENTO Y FUNCIONES DEL EQUIPO	Generar un espacios de participación, coordinación evaluación y análisis.	Realizar reuniones (4 reuniones al año) donde participen representantes del CESFAM y la comunidad.	Reuniones, donde se analice el comportamiento de las Solicitudes Ciudadanas generadas en el CESFAM	Reuniones de Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, se realizan de manera periódica y donde participan representantas de Consejo de usuarios y CESFAM.	Actas de Reuniones Nomina de Asistencia a reuniones	Encargada de Participación CESFAM	Equipo de Gestión de Solicitudes Ciudadanas de CESFAM. (Representantes de Consejo de Usuarios y CESFAM)												
	Formular Planes de planes de mejora acorde al CESFAM, que permitan una mejor calidad de la atención y una mejora en la satisfacción usuaria.	Elaborar Planes de Mejora acorde a las solicitudes Ciudadanos generadas en el CESFAM.	De manera participativa y en coherencia con las planteamiento presentados en las solicitudes ciudadanas se desarrollen Planes de Mejora.	Planes de Mejora elaborados por Comité de de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.															
	Informar a la comunidad el trabajo realizado en el Comité de Solicitudes Ciudadanas	Realizar presentacion de manera semestral en Asamble de Consejo de Usuario, el trabajo desarrollado en Comité de Solicitudes Ciudadanas	Presentación en Asamblea de Consejo de Desarrollo Local o reunión de Comité de Solicitudes Ciudadanas, el trabajo desarrollado en el periodo, además de presentar Planes de Mejoras.	Comunidad informada en Asamblea de Consejo de Usuarios, sobre el trabajo desarrollado semestalmente en Comité de Consultas Ciudadanas	Actas de Reuniones Nomina de Asistencia a reuniones														

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: MESAS TERRITORIALES								CRONOGRAMA											
Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
TRABAJO COLABORATIVO	Realizar encuentros con la comunidad, en el territorio, para recoger la opinión de la población, en relación a las necesidades de cada sector.	Realizar Mesas Territoriales por sector.	Trabajo participativo con el territorio de manera sectorizada, con el objetivo de recoger las necesidades de la población en relación a necesidades de salud.	Trabajo colaborativo que permita el logro de objetivos sanitarios en coherencia necesidades de la comunidad.	Nómina de asistencia Registro fotográfico	Jefas de sector	Representas de la comunidad sectorizada, representantes de equipo de cabeceara de CESFAM.												

OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO: CONSULTA CIUDADANA								CRONOGRAMA											
Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T	1° T	2° T	3° T	4° T
CONOCER OPINIÓN DE LA COMUNIDAD	Realizar Consultas ciudadanas de manera periódica a nuestra comunidad; esto dirigido en dos aéreas: - Satisfacción Usuaria. - Construcción de Información a presentar en diferentes instancias participativas.	Realizar Encuestas Ciudadanas, consultivas a nuestra comunidad.	Aplicación de instrumentos validados a la comunidad con el objetivo de conocer su opinión y necesidades.	Conocer la Opinión de nuestra Comunidad (usuarios/usuarias), con el objetivo de elaborar estrategias y planes de mejoras en conjunto (Comité de Solicitudes Ciudadanas, Equipo de Participación). Conocer las necesidades de los usuarios y de esta manera dar respuesta a ellas, en relación a información y mejoras.	Calendario de Aplicación de Encuesta (mensual) en el caso de Satisfacción usuaria. Elaborar Plan de Trabajo con el objetivo de calendarizar Encuesta para conocer necesidades de información y así considerar fechas, ejemplo: CPP.	Direccion de CESAFM	Encargado de Participación, de Calidad y Modelo de Acogida. Consejo de Usuarios.												

COMUDEF

Plan de Participación Social Centro de Salud Familiar La Florida

I. Introducción

El plan de participación social 2015- 2018,es una acción que surge desde la necesidad de gestionar localmente, acciones orientadas a alcanzar mejores niveles a participación social en nuestro Centro de Salud, tanto a nivel comunitario, con nuestros usuarios/as y funcionarios de nuestro centro Salud.

La participación comunitaria en salud “es la tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad y otras agrupaciones participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud lideradas por el sector salud”.

En base a lo anterior se trasforma en un desafío local poder generar espacios activos de participación en salud, entiendo esto como un proceso continuo, unido por la mirada conjunta de los diferentes actores.

II. Contexto

La comuna de La Florida se encuentra ubicada en el sector sur oriente de la de la capital de Chile, tiene una población de 327.402 habitantes, y cuenta con 9 Centro De Salud Familiar con Enfoque Comunitario.

Los límites comunales están señalados en el DFL N° 1-3260 de 1981, Publicado en el Diario Oficial el 17 de Marzo de 1981 y corresponde a: Norte: Avenida Departamental, desde Av. Vicuña Mackenna. Poniente hasta la Quebrada de Macul; Quebrada de Macul, desde Av. Departamental hasta su origen. Sur: La línea de cumbres de los cerros Santa Rosa del Peral, desde la cota 2251 hasta el Canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, pasando por el trigonométrico cerro Santa Rosa. El camino que continúa hacia el oriente de Avenida Trinidad y su prolongación en línea recta, desde el canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, hasta Avenida La Florida. Oriente: La línea de cumbres que limita por el oriente y sur la hoya de la Quebrada de Macul y el cordón Las Minillas, desde el origen de la Quebrada de Macul hasta la cota 2251 de la carta del Instituto Geográfico Militar escala 1/50.000. Poniente: Se inicia en Vicuña Mackenna en el cruce con Avenida Departamental, hasta la intersección con calle Punta Arenas hasta Trinidad, con dirección poniente hasta el cruce con Bahía Catalina hasta San Manuel en dirección poniente y finaliza en calle La Serena con Elisa Correa.

La superficie de la comuna abarca un área total de 7.020 hectáreas, lo que equivale a 70.2 km2. De este total 3.433 hectáreas, corresponden a superficie urbana (48,9%), la que ha aumentado considerablemente en las últimas 4 décadas, Geografía: Geográficamente la comuna se encuentra emplazada en la cuenca de Santiago y está conformada por dos unidades claramente diferenciadas: El Piedemonte y La Depresión Intermedia.

El Centro de Salud Familiar La Florida se ubica en Av. La Florida Nº 6015. A modo de reseña histórica El 1º de octubre de 2007 se da inicio a la marcha blanca de funcionamiento del nuevo Centro de Salud Familiar La Florida, previa reunión realizada el día Viernes 28 de Septiembre con dirigentes vecinales representantes de la Comunidad, dando a conocer el lineamiento general del Modelo en Salud Familiar. La población que abarca está comprendida por el Sector Rojo la Unidad Vecinal 23, Sector Azul la Unidad Vecinal 24 y el Sector Verde la Unidad Vecinal 6. Tiene una población inscrita de 36.467 usuarios al 13 de junio 2016, de ellos 4.378 son niños, 5466 son adolescentes, 21.130 adultos y 5.559 adultos mayores.

Es importante destacar que nuestro establecimiento mantiene su diagnostico participativo vigente, manteniendo como ultima fecha de realización en Noviembre de 2015, diagnostico que fue ejecutado de forma sectorizada, utilizando como metodología las mesas de trabajo por grupo etarios. El diagnostico Participativo realizado nos entrega como resultado que los principales temas detectados como relevantes son:

Sector Rojo.

Mesa infantil: Esta mesa de trabajo identifica en el mapa de recursos las principales instituciones que trabajan con niños, destacando escuelas y jardines infantiles (jardín Infantil Los copihues, Jardin Infantil Los Castorcitos, Escuela Rafael Sotomayor), también se reconocen un comité de adelanto como una organización que beneficio a toda la familia, ya que trabaja en la temática de habitabilidad.

Desde este mapa se levantan 4 problemas que afectan a los niños:

- Falta de Educación Prescolar
- Vulnerabilidad infantil por exposición a Violencia Intrafamiliar
- Escasa utilización de espacios Publico
- Exposición a focos de drogadicción.

Se trabaja en la Matriz de priorización de problemas detectados, respondiendo y reflexionando frente que tan importante, como afecta y que tan común es este problema para la comunidad, y los recursos que existen para poder intervenir en él. Frente a esta situación se concluye que tres de los cuatro problemas son de igual relevancia, seleccionado el tema de "Vulnerabilidad infantil por exposición de Violencia Intrafamiliar", como un tema que se puede intervenir desde el área de salud y en colaboración con otras instituciones del sector.

Mesa del Adulto

En el mapa Georeferencial se identifican como recursos (instituciones) que abordan temática de adultos iglesias, parroquias, capillas y juntas de vecinos. Se identifican como problemas territoriales que afectan la salud y calidad de vida de la comunidad: la existencia de focos de consumo de droga y alcohol, tráfico de droga, sector con perros vagos y basurales, y lugares donde se sienten inseguros debido a hechos de delincuencia.

Desde este mapa se levantan 4 problemáticas que afectan a los adultos:

- Drogadicción
- Alcoholismo
- Delincuencia
- Basural
-

Mesa del Adulto Mayor

Se reconocen como principales instituciones que trabajan con el adulto mayor a las juntas de vecinos, así también iglesias y templos evangélicos. Como problemáticas identifican sectores de inseguros.

Desde este mapa Georeferencial se problematizan que la situación de salud a bordar solo tiene relación con las prestaciones que se entregan en este centro de salud.

- Traslado de pacientes con dificultad (postrados, silla de ruedas, entre otros), hacia el centro de salud.
- Atención preferencial de salud (horas de morbilidad, urgencias, etc.)
- Abandono de los adultos mayores.

Aplicando la matriz de priorización del problemas, es considerada la "Atención preferencial de salud (horas de morbilidad, urgencias, etc.)", como el problema a intervenir y de mayor relevancia para la comunidad.

Sector Azul.

Corresponde a la unidad vecinal 24, donde sus límites territoriales son los siguientes: Av. La Florida, Av. Walker Martinez y Av. Vicuña Mackenna.

De cada una de las mesas trabajadas se concluye:

Mesa de Infancia

Se identifica en el mapa de recursos como instituciones relevantes a colegios y un jardín infantil, detectando como principales problemas:

- Contaminación por polvo y humo
- Agresión de niños y profesores (Violencia Cruzada)
- Falta de áreas verdes y poco seguras.
- Ley 20.584 impide conexión entre CESFAM y PPF

La matriz de priorización nos entrega como problema a intervenir “Agresión de niños y profesores (Violencia Cruzada)”, ante lo cual se reflexiona y propone frente a sus causas y actividades que podrían favorecer a la prevención de este problema.

Mesa del Adulto

En el mapa Georeferencial se identifican como recursos (instituciones) que abordan temática de adultos a las iglesias y capillas, juntas de vecinos, UCRA (Unión comunal de rehabilitados alcohólicos) y la oficina municipal de aseo y Ornato.

Se identifican como problemas territoriales que afectan la salud y calidad de vida de la comunidad:

- Falta de sede vecinal 24ª para trabajo comunitario
- Tráfico y consumo de drogas
- Higiene ambiental.

La matriz de priorización entrega como resultado el problema de “Consumo y tráfico de drogas”, la mesa de trabajo problematiza en las causas y consecuencias que produce esta situación en la población adulta y su entorno más cercano (familias, vecinos, entre otros).

Mesa del Adulto Mayor

Reconocen como principales instituciones dos Capilla, Parroquias, Centro del adulto Mayor y UCRA (Unión Comunal de Rehabilitados en Alcohol), y los principales problemas que afectan a la población adulto mayor son:

- Dificultad por falta de fármacos.
- Falta de atención preferencial.
- Adultos mayores sin redes de apoyo.

En la reflexión que se realiza utilizando la matriz de priorización de problemas, resulta importante para la comunidad y el equipo de salud poder intervenir de manera conjunta “La falta de atención preferencial para el adulto mayor”. Las principales causas y consecuencias para este problema son:

Sector Verde.

Corresponde a la unidad vecinal 6, donde sus límites territoriales son los siguientes: Av. Departamental, Av. Vicuña Mackenna y Av. Américo Vespucio.

De las mesas de trabajado se concluye lo siguiente:

Mesa de Infancia

En el mapa Georeferencial del sector, se identifican como instituciones comunitarias que traban con niños y niñas a Jardines infantiles, escuelas de lenguaje, Centros de salud, Parques y canchas municipales. Así también, se identifican los problemas de mayor relevancia:

- Dificultad de acceso a educación preescolar gratuita.
- Dificultad de acceso a urgencia por parte del jardín infantil a nuestro centro (lejanía)
- No existe medio de transporte desde la unidad vecinal 6 al centro de salud La Florida.

La matriz de priorización nos entrega que el problema a intervenir es “Dificultad de acceso de los niños/as del jardín infantil en caso de urgencia”.

Mesa del Adulto

Se identifican en el mapa Georeferencial como instituciones relevantes el Club Vive la Florida, Hospital de la Florida, Junta de Vecinos. Se identifican 4 problemas de salud de que afectan a la comunidad

- Arreglo de veredas.
- Contaminación ambientas (incremento de cáncer y enfermedades crónicas)
- Trafico de drogas.
- Cambio de horas en el centro de salud.

El problema de mayor relevancia según la aplicación de la matriz de priorización de problemas es “Contaminación Ambiental”, encontrando sus posibles causas y consecuencias.

Mesa del Adulto Mayor

Las instituciones que destacan por su trabajo con el adulto mayor en el territorio son una Capilla, Hospital de la Florida, Club Vive y Club de adulto mayor. Como principales problemas territoriales se identifican:

- Falta de espacios de participación
- Adultos mayores escasamente vinculados
- Vías de acceso (locomoción)

Según el trabajo realizado con la matriz de priorización, el problema a intervenir es “Adultos mayores escasamente vinculados”, evidenciando a su vez las causas y consecuencias que genera este problema.

Mesa transversal Adolescentes.

Para poder recolectar la información se trabajó con la técnica de collage, donde tanto jóvenes participantes como profesionales que trabajan en la temática identificarían los principales problemas de los jóvenes de nuestro territorio (collage comparativo).

Desde la visión de los jóvenes los principales problemas que vivencian son:

-Diferencias en las formas de mirar el mundo entre padres y jóvenes, lo que afecta en las confianzas y la comunicación.
- Estéticas (ropa, cuerpo) y construcción de identidad (genero, tribu)
-Falta de tolerancia y discriminación hacia otros jóvenes (distinta tribus, formas de pensar, entre otras).
- Violencia en el pololeo (gritos y golpes)

- Grupo de pares e influencia negativa.

Así también el equipo de profesionales construye las principales problemáticas que ellos creen que afectan a los jóvenes:

- Inicio de la sexualidad (Información).
- Utilización de redes sociales (violencia cibernética)
- Individualismo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Construcción de proyecto de vida.
- Poca tolerancia y violencia.
- Embarazo adolescente.
- Sobrepeso.
- Asumir roles de adultos.
- Angustia y soledad (padres con largas jornadas laborales)
- Referentes de moda y estética erróneos.
- Visión de equipo de salud lejano y poco confiable.

En el plenario final se comparten las principales problemáticas, identificando que los jóvenes no están de acuerdo con todos los problemas presentados, ejemplo de esto embarazo adolescente, sexualidad, individualismo y construcción de proyecto de vida.

En conjunto se definen algunas entretejías para poder abarcar alguna problemáticas:

- Talleres continuos para padres y adolescentes (comunicación, crisis normativa, vínculos, entre otros)
- Trabajo en red con distintas instituciones, incorporar diversidad de género e inclusión.

El diagnóstico realizado el año 2015, el cual al ser realizado por sector no permite mantener una evaluación a nivel territorial de las principales problemáticas reconocidas por la comunidad, entregando una mirada más focalizada de los temas prioritarios de cada territorio , sin embargo el trabajo realizado a posterior con la información obtenida ha sido nulo, destacando que se logran visualizar temas relacionados directamente con la gestión de nuestro establecimiento, potenciando la posibilidad de realizar un trabajo mancomunado con nuestros usuarios e instituciones asociadas territorialmente a nuestro CESFAM y así mejorar la toma de decisiones respecto de nuestra gestión. A partir de esto se puede proyectar un trabajo a nivel territorial, que nos encamina ha mejorar nuestros actuales niveles de participación, comenzando con consolidar el nivel de

información de calidad, nivel en el cual según evaluación realizada nos encontramos, comenzando con la devolución de las problemáticas detectadas, informar cuales son los beneficios de trabajar en un diagnostico a nivel de participación social en salud.

En el contexto de la ley 20.500 de participación ciudadana, norma 31 MINSAL y ley 20.584 de deberes y derechos, para el presente año se propone a nivel del servicio de salud para el trabajo de la participación social la elaboración de un Plan de Participación Social en salud proyectado a 3 años desde su formulación a su ejecución, en el cual se contempla en el diseño de este el trabajo mancomunado de funcionarios del establecimiento y su comunidad, representado por el consejo de usuarios y representantes de organizaciones correspondiente territorialmente al centro de salud.

A partir de esta línea estratégica de trabajo se incorpora a la Meta sanitaria Nº 7 la elaboración de un Plan de participación social, ejecutado y evaluado por el equipo de salud, de su responsabilidad asociándose con la comunidad organizada para su correcta ejecución, en concordancia con el modelo de salud familiar. Promoviendo además la implementación de equipo de participación social en el Centro de Salud.

Dentro del plan de participación propuesto se considera la mantención de actividades anuales establecidas y consolidadas, como lo son: las Cuentas Públicas Participativas, Plan de trabajo de Consejo de usuarios, Comité de Solicitudes Ciudadanas y cierre de Diálogos Ciudadanos realizados el año 2014.

El CESFAM La Florida y su comunidad, para el cumplimiento de lo solicitado por el ministerio de salud, y en base a los insumos entregados por uno de los mecanismos de participación social como lo es el diagnóstico participativo, se define trabajar en un acercamiento territorial, delimitado por los sectores asignados a nuestra institución, y así desplegar los mecanismo de participación que aún se encuentran debilitados a nivel territorial.

III. Diagnóstico.

En el contexto de promover la participación social en nuestra comunidad, es fundamental poder identificar como ésta se visualiza en el contexto de salud ; a partir de esto se desarrolla una evaluación de los niveles de participación lograda por nuestra comunidad y nuestro CESFAM. Para lo anterior se utilizó la escala de Participación propuesta por S. Arnstein, adaptada por el servicio de Salud Sur Oriente para ser aplicada en los CESFAM.

El modelo de los *Niveles de Participación*, que deriva del trabajo de Sherry Arnstein (1969), el que se ha complementado con aportes teóricos más actuales y se ha ajustado a la realidad local. Este modelo permite situar el estado de la participación de nuestra red de salud de acuerdo a las características que definen cada etapa y, a la vez, visualizar su progresión y el estadio al que se aspira llegar, de modo que la planificación reconozca ese objetivo y las estrategias para conseguirlo.

Los Niveles de Participación que se consideran en el desarrollo de la presente planificación estratégica son los siguientes:

1. **Información de calidad**: Informar a los ciudadanos acerca de sus derechos, responsabilidades y opciones es un primer paso clave para avanzar en la participación. Es relevante que esta información sea completa, de fácil acceso, atingente y entregada a tiempo. A la vez se espera que los canales de comunicación den opciones para la retroalimentación por parte de los receptores, de modo que sobre esa relación se pueda construir poder de negociación e influencia por parte de la comunidad.

2. **Consulta:** Invitar a que la comunidad manifieste su opinión sobre los planes, políticas, decisiones de autoridades y otras materias, además de crear los espacios para que esta actividad se desarrolle de una manera inclusiva y eficiente, es un paso más para conseguir una participación efectiva.

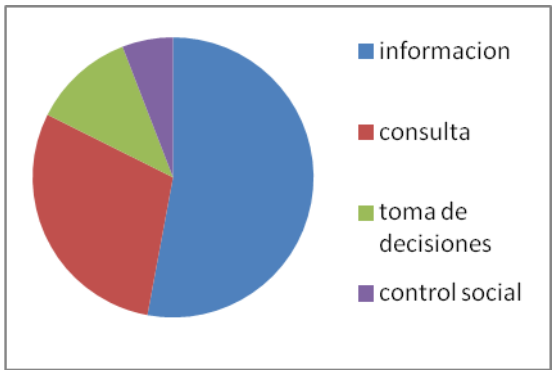
3. **Toma de decisiones**: En este estadio la ciudadanía detenta la capacidad de tomar decisiones (amplias o acotadas), ya sea porque ha desarrollado su propio poder o éste le ha sido delegado por alguna autoridad en un ámbito específico. La opinión de la comunidad se vuelve vinculante e influye directamente en la gestión pública. Del mismo modo, los ciudadanos se hacen responsables de las decisiones que toman.

4. **Control Social:** Cuando el empoderamiento de la comunidad avanza y se consolida las personas pueden influir en la gestión, tomar decisiones, monitorear los cumplimientos, exigir rendiciones de cuentas y solicitar medidas correctivas cuando las autoridades no desempeñan su labor adecuadamente o no cumplan sus compromisos. La ciudadanía empoderada logra organizarse, auto gestionarse y, desde su propia orgánica, se articula con las instituciones públicas para hacer una gestión participativa.

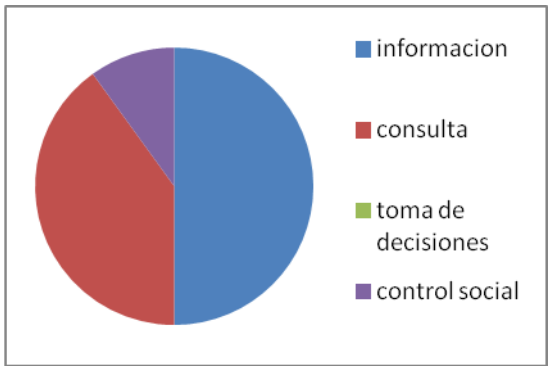
Al revisar estos conceptos, se genera la pregunta ¿Cuál es el estado de la Participación Social en salud en el CESFAM LA Florida en relación a estos niveles? La respuesta a esta pregunta nos lleva a pensar en la necesidad de generar un diagnóstico, el cual nos permitiría mantener una línea base desde donde comenzar a generar las líneas estrategias de trabajo, para aumentar los niveles de participación en salud, frente a esto se toma la decisión de realizar una evaluación de niveles de participación en nuestro CESFAM, para rescatar la mirada de usuarios y funcionarios.

La evaluación de niveles de participación es realizada en tres espacios, a través de una encuesta que se aplica a socios del consejo de usuarios y equipo técnico, donde debían definir en qué nivel de participación social nos encontramos, y al equipo que se encuentra en el diseño del plan de participación social a través de un debate.

Se realiza encuesta a los socios de CDL en consejo ampliado se explican y se trabaja los niveles de participación, donde de un total de 16 personas, un 53% de los encuestados responde que nos encontramos en el nivel de información de calidad, un 29% en nivel de consulta, un 12% y un 6% en nivel de control social, destacando que en la revisión grupal se destaca como espacio de participación social relevante la asamblea de consejo de usuario y la cuenta pública principalmente como acercamiento al nivel de consulta.



Se realiza la aplicación de encuesta al equipo técnico del CESAFM, quien además recibió la capacitación del equipo de participación social en salud del servicio de salud sur oriente, donde se mantiene como resultado que un 50% considera que se está en nivel de información, un 40% en consulta y un 10% en control social.



Finalmente a través de un debate con el equipo que se encuentra diseñando el plan de participación social, definen que nuestro centro y la comunidad se encuentran en el nivel de información de calidad, donde con el consejo de usuarios se ha logrado levemente llegar a nivel de consulta.

Al analizar las encuestas realizadas al equipo técnico, a los socios del consejo y al equipo de participación social, se logra visualizar que se mantiene el mismo resultado respecto del nivel de participación en el cual nos encontramos como institución. Los resultados además, nos permiten visualizar que un porcentaje importante considera que se está en el nivel de consulta, esto asociado al trabajo que se ha realizado con nuestro consejo de usuarios, a través de los diferentes mecanismos de participación social.

A partir de esta información se considera relevante iniciar un proceso en el cual se logre consolidar y fortalecer el nivel de información y trabajar por aumentar y consolidar nuestro nivel de participación social con la comunidad a consultar.

IV. Líneas estratégicas

A partir de los antecedentes que se lograron obtener desde el diagnostico de niveles de participación social en nuestro CESFAM, donde se logró definir como el nivel en que se encontraba el centro es de información, con indicios de estar pasando al nivel de consulta se definen las siguientes líneas estratégicas para la ejecución del Plan de participación 2016- 2018:

1. Generar espacios para que el equipo de participación social del CESFAM se involucre con la comunidad.

2. Entregar a la comunidad información de calidad en salud.

3. Reconocer la participación social como un derecho de la comunidad

Respecto de la Norma 31, y las actividades de mantención ya consolidadas: Cuenta Publica, Plan de trabajo de consejo de usuarios, comité de solicitudes ciudadanas, diagnósticos participativos sectorizados. Se definen líneas estratégicas en:

1. Fortalecer el trabajo realizado por el consejo de usuarios del CESFAM LA Florida.

2. Consolidar el trabajo realizado en nivel de participación de información de calidad

3. Aumentar representatividad de la comunidad los diagnósticos participativos.

4. Aumentar la participación ciudadana de la comunidad en la Cuenta Pública.

5. Devolución del trabajo realizado en comité de solicitudes ciudadanas.

A partir de las líneas de acción planteadas se definen los siguientes objetivos para la ejecución del plan de participación social 2016 -2018:

Objetivo General:

Fomentar la participación social en salud con la comunidad que territorialmente pertenece al CESFAM La Florida durante el periodo 2016 -2018

Objetivos Específicos:

- Vincularse con las organizaciones formales e informales de la comunidad de la Florida.

- Vincularse con instituciones pertenecientes territorialmente al CESFAM de La Florida.

- Generar espacios de devolución del análisis del diagnóstico participativo 2015 a Unidades Vecinales.

- Realizar diagnostico participativo 2017 sectorizado del CESFAM La Florida.

- Realizar Cuenta Publica participativa 2017 en CESFAM LA Florida. /Aumentar participación ciudadana en cuenta pública 2017 del CESFAM LA Florida

- Realizar plan de mejoras en calidad de atención de manera colaborativa con comité de solicitudes ciudadanas.

Metodología:

Para la ejecución de los objetivos planteados se define la siguiente metodología de trabajo siempre manteniendo como enfoque de trabajo el modelo de salud familiar comunitario desde una intervención en lo local y ampliando la red de trabajo entre nuestro CESFAM y la comunidad, en base a las líneas estratégicas, se utilizara como metodología de trabajo el acercamiento territorial a la comunidad. Se proyecta con las siguientes técnicas: reuniones, mesas territoriales, encuestas, diagnósticos participativos, realizados en los espacios dispuestos territorialmente en la comunidad.

Objetivos	Actividades	Indicadores	Participantes	Medios de verificación	Responsables
Fomentar la participación social en salud con la comunidad que territorialmente pertenece al CESFAM La Florida durante el periodo 2016 -2018	a. Reuniones con la comunidad y equipo de participación. b. Gestionar equipo de de participación social.	• **Proceso**: n° de actividades programadas/n °de actividades ejecutadas • **Resultado :** Aumentar en nivel de participación social del CESFAM y la comunidad .	Encargada participación. Jefe de sector represente sector. Representante de CDL Representante organizaciones	Material de difusión. Listas de asistencia. Actas de reunión Registro fotográfico.	Encargada participación. Jefe de sector
Vincularse con las organizaciones formales e informales de la comunidad de la Florida.	a. Reuniones con la comunidad, representantes de CDL y el equipo de trabajo del CESFAM. b. Convocar a la comunidad organizada y no organizada a participar.	• **Proceso:** nº de reuniones realizadas / nº reuniones planificadas. • **Resultado:** nº de asistentes / nº asistentes esperados	Encargada participación. Jefe de sector Asistente Social de cada sector. Representante de CDL Representante organizaciones /	Material de difusión (afiches, volantes). Lista de asistencias. Actas de trabajo. Registros fotográficos.	Encargada participación social. Jefe de sector.
	a. Actualización de catastro de organizaciones de los tres sectores del CESFAM de la Florida.	Catastro actualizado	Encargada participación. Jefe de sector Asistente Social de cada sector. Representante de CDL Representante organizaciones.	Catastro de organizaciones	Encargada participación social. Jefe de sector
Vincularse con instituciones pertenecientes al CESFAM de La Florida.	a. Reuniones con el equipo de trabajo del CESFAM ,representantes de CDL y comunidad.	• **Procesos:** nº de reuniones realizadas / nº reuniones planificadas. • **Resultado:** nº de asistentes / nº asistentes esperados	Encargada participación. Jefe de sector asistente social de cada sector. Representante de CDL Representante organizaciones /	Material de difusión (afiches, volantes). Lista de asistencias. Actas de trabajo. Registros fotográficos. Sistematización formal de las temáticas trabajadas.	Encargada participación social. Jefe de sector

	a. Actualización de catastro de instituciones de los tres sectores del CESFAM de la Florida.	Catastro actualizado	Encargada participación. Jefe de sector. Asistente social de cada sector sector. Representante de CDL Representante organizaciones.		Encargada participación social. Jefe de sector.
Generar espacios de devolución de análisis del diagnóstico participativo 2015 a Unidades Vecinales	a. Coordinar reuniones con representantes de J.J.V.V b. Asistir a reuniones con J.J.V.V. c. Sistematizar información. d. Preparación de Presentación por junta de vecinos de análisis de diagnostico participativo. e. Análisis y abordaje de temáticas en reuniones. f. Ejecución de acciones asociados a resultados de análisis.	• **Procesos:** nº de reuniones realizadas / nº reuniones planificadas. • **Resultado:** nº de asistentes / nº asistentes esperados • **Resultado :** Temas trabajados/ propuestas realizadas Actividades propuestas/ carta gantt	Encargada participación. Jefe de sector represente sector. Representante de CDL Representante organizaciones / Encargada participación. Jefe de sector represente sector. Representante de CDL. Asistente social de cada sector.	Actas de reunión. Material digitalizado de capacitación. Listas de asistencia. Fotografías.	Jefe de sector Encargada de participación social
Realizar diagnostico participativo 2017 sectorizado del CESFAM La Florida.	a. Coordinación con organizaciones e institución de la comunidad b. Difusión de realización de diagnostico participativo en la comunidad. c. Realización de diagnostico. d. Análisis de diagnostico participativo.	• Diagnostico programado / diagnostico elaborado • n° de asistentes programados/ n° asistentes	Encargada de participación Dirección Asistentes sociales de sector. Jefes de sector. Representantes comunidad Representantes organizaciones Representantes instituciones	Actas de reunión Material digitalizado Lista de asistencias Fotografías	Encargada de participación Jefes de sector
Realizar Cuenta Publica participativa 2016, 2017 y 2018 en CESFAM LA Florida.	a. Preparación de la cuenta pública con la comunidad b. Calendarizar actividades de la Cuenta Pública c. Levantamiento de información con la comunidad. d. Análisis de levantamiento de información. e. Definición de contenidos a entregar en Cuenta Pública	• N° de asistentes esperados /n° de asistentes.	Encargada de participación Dirección. Jefes de sector. Representantes comunidad. Representantes organizaciones Representantes instituciones Consejo de usuarios	Actas de reunión. Material digitalizado de capacitación. Listas de asistencia. Fotografías.	Dirección Encargada de participación

	f. Difusión de cuenta pública en la comunidad. g. Realización de cuenta pública. h. Evaluación de Cuenta Pública.				
Generar plan de mejoras en calidad de atención al usuario de manera colaborativa con comité de solicitudes ciudadanas el año 2016, 2017 y 2018.	a. Calendarización de reuniones. b. Preparación de reunión. c. Reuniones con comité solicitudes ciudadanas d. Análisis de información de solicitudes ciudadanas. e. Realización de plan de mejoras. f. Evaluación de plan de mejoras. g. Difusión del trabajo realizado por comité de solitudes ciudadanas	• Plan de mejora elaborado a noviembre de 2017. • Devolución de trabajo realizado por comité de solicitudes ciudadanas a la comunidad	Encargada de participación Dirección Jefes de sector. Representantes comunidad Consejo de usuarios	Actas de reunión. Material digitalizado de capacitación. Listas de asistencia. Fotografías.	Encargada de participación social Encargada de calidad
Generar encuentro entre representantes de hospital La Florida y representantes de la comunidad para el cierre de dialogo ciudadano 2016	a. Coordinación de actividad de cierre. b. Reunión con participantes de dialogo ciudadano iniciado el año 2014. c. Informe de resultados de cierre de dialogo ciudadano.	• Acuerdos tomados el año 2014 revisados	Encargada de participación social. CDL. Representante HLF.	Actas de reunión Lista de asistencia. Fotografías	CDL

Para la ejecución del plan de participación se consideran 2 horas cada 15 días, para las asistentes sociales que serán parte del equipo de participación social 2017.

Equipo de participación social:

Miembros del Equipo	**Funciones a desempeñar**
Director(a) establecimiento	Liderar el proceso con una participación activa durante todo el proceso, favorecer la gestión del recurso humano, supervisar el cumplimiento de la ejecución.
Jefes de Sector	Participar activamente en la ejecución del Plan de Participación, recolectar y difundir principales propuestas de su equipo de trabajo. Vincularse con las organizaciones sociales de su territorio.
Jefa UAU	Participar activamente en la ejecución del Plan de participación social, recolectar y difundir principales propuestas de su equipo de trabajo, gestión de las agendas.
Encargada de Calidad	Participar activamente en la ejecución del Plan de participación social, asesorara en temas de calidad y seguridad del paciente, aportar metodológicamente.
Encargada Participación Social	Participar y liderar activamente en la ejecución del Plan de Participación Social, asesorar metodológicamente en técnicas participativas y dignidad del paciente. Favorecer el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud.
Encargado modelo de acogida	Participar activamente en la ejecución del Plan de participación social.
Asistentes sociales de sector.	Participar activamente en la ejecución de plan de participación.
Consejo de Desarrollo Local	Compromiso de participación activa y directa en la ejecución del pan de participación. Presentar propuestas de trabajo desde las necesidades de la comunidad. Difundir la ejecución del Plan con los socios y

	organizaciones comunitarias.
Organizaciones territoriales.	Trabajar y aportar conocimientos con relaciones a las necesidades de la comunidad. Fomentar la participación comunitaria en salud.

V. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El Proceso de seguimiento y evaluación se realizara en evaluaciones trimestrales lideradas por la encargada de participación social, quien coordinara reuniones con el equipo de participación 2017, donde se encuentran incluidos jefes de sector, asistentes sociales de cada sector, dirección y un representante de CDL, donde se realizara evaluación con metodología cualitativa del proceso, aciertos y desaciertos, revisado a través de los indicadores de proceso y de resultado. La evaluación se realizara con parte del equipo de participación, evaluando cumplimiento de indicadores y realizando análisis FODA, con el objetivo de revisar el proceso y establecer mejoras si es el caso.

Se realizara un análisis de cierre de proceso proyectado para noviembre de 2018 con el equipo de participación que elaboro plan 2016- 2018.

Evaluación con metodología cualitativa cuenta pública 2017 y 2018, a través de encuesta a asistente y análisis con el equipo técnico del CESFAM.

Evaluación de realización de diagnostico participativo 2017, con equipo de participación social.

Evaluación con equipo de participación y comité de solicitudes ciudadanas, en diciembre de 2017y 2018, respecto de la ejecución del plan de mejoras en atención de calidad.

Evaluación solicitada por el Servicio metropolitano sur oriente de los mecanismos de participación social.

VI. Sistematización de proceso.

Para la elaboración del plan de participación social 2016-2018, se elabora un diseño del plan durante el mes de enero, permitiendo dar la orientación para el trabajo a realizar durante el año 2016. Se estructura un equipo de participación social, compuesto por funcionarios, representante de consejo de usuarios y representante de organizaciones de la comunidad, para la elección de las nuevas organizaciones se establece pensando en los 3 sectores eligiendo las juntas de vecinos asociadas a estos, específicamente unidad vecinal 23(sector rojo), junta de vecinos 24 A(sector azul) y junta de vecinos 6ª(sector verde), principalmente por que en estas trabajan distintas organizaciones permitiendo así vincularse con nuevas organizaciones las cuales utilizan los espacios de juntas de vecinos como puntos de encuentro.

Para el correcto desarrollo de creación de plan de participación, se intensiona una capacitación de Participación social en salud con nuestro servicio de salud sur oriente, para el equipo técnico donde además se encuentra el equipo de participación social, creando un espacio de sensibilización para los funcionarios y de corresponsabilidad en el ámbito de participación social.

Posterior al proceso de capacitación se realiza encuestas respecto del nivel de participación social en el cual nos encontramos, así también se revisa con los socios del consejo de usuarios también aplicando encuesta, con el equipo que planifico el plan de participación social se realiza en uno de los encuentros un debate para definir el nivel de participación social revisando los resultados entregados por los funcionarios y usuarios para definir las líneas estrategias para trabajar.

El equipo de participación define en reuniones que para poder aumentar en el nivel de participación con nuestra comunidad, el trabajar de forma sectorizada utilizando como recurso los resultados del último diagnostico participativo, y así poder comenzar con el segundo nivel de participación y acercarnos al nivel de toma de decisiones. Generando además como propuesta realizar plan de mejoras formalizado con nuestro comité de solicitudes ciudadanas. Fortaleciendo los ya consolidados espacios de participación social como lo son las cuentas públicas, solicitudes ciudadanas y consejo de usuarios, en estos mismo espacios a través de difusión.

Para la correcta ejecución del plan se define como equipo establecer equipo de participación con responsabilidades por sector, con horarios protegidos.

Es dable mencionar que se trabaja con equipo de programación de plan de participación, elaboración de informe solicitado por servicio con sus orientaciones, siendo elaborado en conjunto con funcionarios de salud y comunidad. Siendo un proceso acotado a la realidad que desea trabajar nuestra comunidad y con más posibilidades de mejor impacto y resultado final respecto de aumentar los niveles de participación social en salud.

VII. CRONOGRAMA

2016	2017								2018																
Actividades	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actualización de catastro de instituciones de los tres sectores del CESFAM de la Florida.					X												X									
Reuniones con el equipo de trabajo del CESFAM.		X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Reuniones con la comunidad.						X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	
Convocar a la comunidad organizada y no organizada a participar						X					x							x				x				
Reuniones con la comunidad, representantes de CDL y el equipo de trabajo del CESFAM.						X		X		X		X		X			X		X		X		X		X	
Asistir a reuniones de J.J.V.V.						X			X			X						X			X			X		
Actualización de catastro de instituciones de los tres sectores del CESFAM de la					x												X									

Florida.																										
Gestionar equipo de participación social	X	X																								
Actualización de catastro de organizaciones de los tres sectores del CESFAM de la Florida.					**X**												**X**									
Presentación por junta de vecinos de análisis de diagnóstico participativo.						**X**																				
Ejecución de acciones de resultado de análisis.										X		X														
Cuenta pública						X				X									**X**							
Comité solicitudes ciudadanas						X		X		X		X						X		X		X		X		
Diagnostico participativo											X															
Plan consejo de usuarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

_____	_____
Sandra Ortega Zamora Director	Manuela Rubio Quezada Encargada Participación Social
_____	_____
Judtih Arcos Jefe SOME	Paula Rossende Encargada Calidad
_____	_____
Jaqueline Hernández Jefe de sector Azul	Patricia Muñoz Jefe de sector Rojo
_____	_____
Felipe Sepulveda Encargado modelo de acogida	Jaqueline Morales Jefe de sector Verde
_____	_____
Hortensia Naranjo Representante CDL	Rosa Orellana Representante JJVV23
_____	_____
Carlos Gonzalez Representante JJVV 24 A	Gerarda Villalobos Representante JJVV 6ª, CDL

Plan de Participación Social

CESFAM Los Castaños

2016 -2018.

Equipo Diseño del Plan:

- Luis Alberto Deza Castro; Director CESFAM Los Castaños.
- Alejandra Maldonado Gómez; Subdirectora CESFAM Los Castaños.
- Stephanie Cantone Baeza; Matrona, Encargada Promoción y Participación 2017.
- María Isabel Valdebenito; Asistente Social, Encargada Promoción y Participación 2016
- María José Gómez; Encargada Modelo Atención al Usuario.
- Giannina Cavallo; Daniela Gonzalez; Patricia Hidalgo y Ma. José Oyarzun; Jefas de Sector
- Jaime Garrido; Jefe Unidad Atención al Usuario
- Lilian Funes; Carolina Hurtado; Pilar Ossandon y Karen Reyes; A. Sociales CESFAM Los Castaños.
- Vanessa Díaz; Jefa Unidad de Apoyo.
- Aida Rivas; Tesorera CDL.
- Claudia Maldonado y María Saavedra; Representantes Grupo de Autoayuda Renacer.
- Víctor Hidalgo; Agrupación de jóvenes Raimapu.
- Rene Navarrete; Representante Club de Adulto mayor, Sueños y Esperanzas.
- Blanca Navarro; Representante Club de Adulto Mayor Junta de Vecinos 35- C.
- Cecilia Flores; Usuaria Villa Los Húsares.

Responsable de Revisión:

- Sebastián Moller.

Centro de Salud:

- CESFAM Los Castaños.

Índice

N°	Contenido	N° Pagina
1	Agradecimientos	3-5
2	Ubicación Geográfica de La Comuna La Florida	6-7
3	Reseña Histórica CESFAM Los Castaños	8-9
4	Ubicación Geográfica CESFAM Los Castaños	9-10
5	Sectorización CESFAM Los Castaños	10-12
6	Planimetría CESFAM Los Castaños	13
7	Diagnóstico de niveles de Participación Social	14-20
8	Líneas estratégicas	20-22
9	Líneas De Acción	22-24
10	Estrategia Metodológica	24-26
11	Objetivos	26-27
12	Cuadro de trabajo	28-33
13	Sistema de Evaluación	34
14	Roles y Funciones del Equipo	35-39
15	Cronograma de Actividades	40-42
16	Cronograma de actividades de Mantención	43
17	Anexos	44-52

Agradecimientos

Antes de iniciar el desarrollo del presente documento, queremos agradecer como familia Los Castaños la participación y el apoyo que nos han brindado y nos siguen dando los diversos actores sociales con los que hemos realizado un trabajo colaborativo de largos años y que además nos han acompañado apoyando este proceso de creación, planificación, diseño y ejecución del Plan De Participación del CESFAM Los Castaños periodo 2016 – 2018, el cual se describirá en las siguientes páginas.

Si bien nos queda un enorme y emocionante trabajo a futuro, lleno de desafíos, objetivos y metas a lograr en conjunto, no podemos dejar de mencionar que este camino comunitario es de un trabajo en conjunto que empezó a construirse años anteriores, cuando los usuarios organizados apoyaban al centro de salud en sus iniciativas, acompañaban a los usuarios en los exámenes entregando desayuno post toma de muestras, luego por iniciativa de ese grupo de mujeres se conformó el primer comité de salud, al que tímidamente se sumó el consejo de usuarios (actual Consejo de Desarrollo Local), organización que nació por iniciativa del gobierno de turno, quienes reimpulsaron el trabajo comunitario y la participación social en salud.

Queremos agradecer también a cada una de las organizaciones formales y no formales que nos han acompañado desde los inicios y aquellas agrupaciones y usuarios independientes que se han sumado este año, ellos son:

- Consejo de Desarrollo Local Los Castaños,
- Grupo de Autoayuda Renacer,
- Junta de Vecinos Villa Los Cerros,
- Junta de Vecinos Nuevo Amanecer,
- Junta de vecinos Las Araucarias,
- Club de Adulto Mayor Santa Teresa,
- Junta de Vecinos Ampliación La Higuera,
- Junta de Vecinos La Higuera,
- Junta de Vecinos Los Húsares,
- Club de Rayuela Los Húsares,

- Mesa de Trabajo Santa Teresa,
- Mesa de Trabajo las Araucarias-Fontanar,
- Junta de Vecinos Villa Renacimiento,
- Club de Adulto Mayor Sector Renacimiento,
- Club Deportivo Jorge Zapata,
- Centro Comunitario La Casita,
- Comité condominio Los Castaños.

Queremos agradecer también a las instituciones que nos han apoyado en cada una de las iniciativas, ellas son:

- Fundación de Las Familias,
- DIDESO (Registro social de hogares, departamento de ayuda social, departamento de vivienda, mediación vecinal),
- DIDECO,
- Aseo y Ornato municipal (vivero y veterinaria),
- Seguridad Ciudadana Municipalidad La Florida,
- Área comunitaria de la Comisaria Cabo Segundo Silva Pizarro,
- Bomberos,
- COSAM La Florida,
- Centro Comunitario Municipal Las Araucarias,
- Programa del Adulto Mayor Municipalidad La Florida,
- Equipo monitores territoriales sector Los Castaños de la municipalidad La Florida, Telecentro Santa Teresa,
- Telecentro Nuevo Amanecer.
- Jardín infantil Javiera Carrera,
- Jardín Infantil Luis Zúñiga,
- Jardín Infantil Santa Teresa,
- Jardín Infantil Arcoíris,
- Jardín Infantil Casita de Juguetes,
- Colegio Nuevo Amanecer,

- Colegio San Valentín,
- Colegio Las Araucarias,
- Colegio Borquez Solar,
- Colegio Santa Irene.

Queremos agradecer de manera especial a aquellas organizaciones que se sumaron al trabajo de participación el presente año, estas son:

- Agrupación de jóvenes y adolescente Raimapu,
- Club de Adulto Mayor Los Castaños,
- Club de Adulto mayor Villa Los Cerros ,
- Junta de vecinos Villa Renacimiento (2016).

Todas estas organizaciones e instituciones nos han aportado sus diversos puntos de vistas, ideas y apoyo en el proceso de diseño, desarrollo y ejecución del plan de participación y se han comprometido a continuar trabajando con nosotros en este importante paso para nuestro centro.

Como equipo de Salud CESFAM Los Castaños les queremos dar las gracias a cada uno de ustedes.

Luis Alberto Deza Castro

Director CEFAM Los Castaños

Ubicación Geográfica de la Comuna La Florida

Los límites comunales están señalados en el DFL N° 1-3260 de 1981, Publicado en el Diario Oficial del viernes 11 de Diciembre de 1891 y corresponde a:

Norte: Avenida Departamental, desde Av. Vicuña Mackenna Poniente hasta la Quebrada de Macul; Quebrada de Macul, desde Av. Departamental hasta su origen.

Sur: La línea de cumbres de los cerros Santa Rosa del Peral, desde la cota 2251 hasta el Canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, pasando por el trigonométrico cerro Santa Rosa. El camino que continúa hacia el oriente de Avenida Trinidad y su prolongación en línea recta, desde el canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, hasta Avenida La Florida. Avenida La Florida, desde el camino que continúa hacia el oriente la avenida Trinidad hasta el lindero norte de la viña Santa Carolina; La línea de linderos que limita por el norte los predios viña Santa Carolina, fundo La Chacrina y fundo Los Toros, desde la Avenida La Florida hasta Avenida Vicuña Mackenna; Avenida Vicuña Mackenna, desde el lindero norte del fundo Los Toros (deslinde sur de la propiedad de Sociedad Industrial y Comercial Oppici) hasta la calle Elisa Correa Sanfuentes; Calle Elisa Correa Sanfuentes, desde la Avenida Vicuña Mackenna hasta el canal San Joaquín; y el canal San Joaquín, desde la calle Elisa Correa Sanfuentes hasta el lindero oriente de la Estación Experimental La Platina.

Oriente: La línea de cumbres que limita por el oriente y sur la hoya de la Quebrada de Macul y el cordón Las Minillas, desde el origen de la Quebrada de Macul hasta la cota 2251 de la carta del Instituto Geográfico Militar escala 1/50.000.

Poniente: El lindero oriente de la Estación Experimental La Platina y su prolongación hacia el norte desde el canal San Joaquín hasta el lindero sur del predio Huertos San Fernando (rol 6009-3); El lindero sur y oriente del predio Huertos de San Fernando, desde la prolongación del lindero oriente de la Estación Experimental La Platina hasta el lindero oriente del predio Santo Tomás; El lindero oriente del predio Santo Tomás (rol 6007-29), desde el lindero oriente del predio Huertos San Fernando, hasta el lindero poniente de la Población Malaquías Concha; El lindero poniente de la población Malaquías Concha, desde el lindero oriente del predio Santo Tomás hasta la Avenida.

Trinidad; La Avenida Trinidad, desde el lindero poniente de la población Malaquías Concha hasta la calle Punta Arenas; La calle Punta Arenas, desde la Avenida Trinidad hasta la Avenida Vicuña Mackenna poniente; La Avenida Vicuña Mackenna poniente, desde la calle punta arenas hasta la Avenida Departamental. 8 Geografía La superficie de la comuna abarca un área total de 7.020 hectáreas, lo que equivale a 70.2 km2. De este total 3.433 hectáreas, corresponden a superficie urbana (48,9%), la que ha aumentado considerablemente en las últimas 4 décadas, variando desde un 0,5% en 1956, a un 2,3% en 1960, 8,3% en 1970, 21,7% en la década pasada, hasta un 37% en la actualidad. En términos reales esto ha significado una expansión de casi 80 veces en 40 años.

Geográficamente la comuna se encuentra emplazada en la cuenca de Santiago y está conformada por dos unidades claramente diferenciadas: El Piedemonte y La Depresión Intermedia.

Climáticamente la comuna responde al formato general mediterráneo, esto significa la existencia de una estación cálida y seca prolongada (verano e invierno) moderado desde el punto de vista de la precipitaciones y las temperaturas.

La comuna de La Florida tiene su mejor patrimonio basado en el marco natural en que se enmarca y cuyo mayor bien es la cordillera. Desde el punto de vista macro ambiental La Florida es de las pocas comunas que bordea la cordillera, lo que significa una ventaja comparativa importante respecto de otras comunas, pero también es una gran responsabilidad en el cuidado de este bien natural.

La comisión revisora del CENSO 2012 recomienda que, para fines del uso de datos oficiales y de políticas públicas no se utilicen los datos del proceso 2012 y se espere a tener los resultados del censo abreviado propuesto. En el intertanto se propone seguir utilizando las proyecciones de población disponible. El instituto Nacional de estadísticas comunica que, con fecha 27 de marzo de 2014, ha procedido a deshabilitar el acceso a información del Censo de Población y Vivienda 2012. (Datos obtenidos de PLAN COMUNAL DE SALUD 2015; LA FLORIDA).

Según datos recogidos del INE, se establece que nuestra comuna La Florida es una de las 3 comunas más pobladas a lo largo del país, se plantea además que de acuerdo proyecciones de población, tres comunas del país concentran 10,8% de la población nacional estimada al 2008. Esto significa que 1 de cada 10 personas vive en Maipú, Puente Alto o La Florida.

Reseña Histórica CESFAM Los Castaños.

Se inaugura el 31 de Enero de 1972 en los terrenos agrícolas colindantes a los campamentos Che Guevara y Nueva La Habana. Se funda luego de un arduo trabajo de la comunidad organizada en el entonces "campamento Nueva La Habana y Che Guevara", lo que actualmente es el sector de Nuevo Amanecer en conjunto con la comunidad de la actual Villa Las Araucarias. Durante la toma Nueva La Habana la comunidad se organizó en manzanas, teniendo cada una un representante que se hacía cargo de velar por la seguridad y bienestar de su sector, todo esto en coordinación con los vecinos. La comunidad se preocupaba del ámbito de vivienda, alimentación, educación y salud. Es así como se organizaron con la Universidad de Chile y la Cruz Roja, naciendo de esta manera el "Policlínico" donde se capacitó a miembros de la comunidad para atender a sus vecinos. Durante varios años se trabajó en la propuesta de hacer un "policlínico" con infraestructura adecuada para la atención de toda la población. Para esto se contó con el apoyo de las distintas instancias gubernamentales y estudiantiles, principalmente la Escuela de Medicina y Agronomía de la Universidad de Chile, además de la ya antes mencionada Cruz Roja de Chile.

Es así como en Enero de 1972 se inaugura formalmente el servicio de salud, el que luego se llamará Centro de Salud "Los Castaños". Durante los primeros años muchos de los trabajadores(as) del establecimiento eras los vecinos(as) que se habían capacitado por la Cruz Roja, complementándose principalmente con médicos y enfermeras.

En 1998 se integró a nuestro trabajo la visión del Modelo de Salud Familiar, convirtiéndose de un Centro de Salud a un Centro de Salud Familiar y así fue como de a poco se generó la conciencia del trabajo con las bases y del enfoque comunitario centrado en las familias, realizando la primera sectorización conformando los dos primeros sectores (Sol y Luna).

En el año 2007 se produjo la segunda sectorización donde se conformó el tercer sector (Estrella) y finalmente en el año 2011 tras la inauguración del CECOSF (Centro Comunitario de Salud Familiar) "Santa Teresa" produjo la tercera y hasta ahora última sectorización del CESFAM Los Castaños, dando origen al cuarto sector (Lucero); siendo hoy en día un CESFAM conformado por 4 sectores, Sol; Luna; Estrella y Lucero. El año 2007 se conformó el consejo de usuarios de La Florida y para el año 2012 el consejo de usuarios obtuvo su personalidad jurídica conformando el Consejo de Desarrollo Local (CDL).

Dentro de la normativa legal se destaca la ley 19.418 sobre juntas de vecinos y demás organizaciones comunitarias, ley 20.500 que trata sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, ley 20.584 que traba sobre los derechos y los deberes de los usuarios. Es importante señalar que este marco legal ha ido en desarrollo conjunto con la comunidad del CESFAM Los Castaños y nuestro Consejo de Desarrollo Local.

Además es importante señalar que durante todo este tiempo hemos trabajado de manera mancomunada con la asociación Mapuche Kallfullikan, quienes tienen una Ruka de atención comunal en el patio de nuestro CESFAM.

Cabe destacar a su vez que desde 4 años atrás como CESFAM Los Castaños nos convertimos en centro docente asistencial, donde se realizaron cuatro convenios con:

1. Universidad de las Américas en área de enfermería, fonoaudiología entre otros;
2. Universidad Diego Portales el cual incluyó la construcción de un edificio que conforma un centro docente asistencial con atención odontológica, entre otros.
3. Universidad Mayor en el área de salud con Obstetricia y Puericultura.
4. Instituto Profesional Santo Tomas con Técnicos de Enfermería (TENS).

Ubicación Geográfica CESFAM Los Castaños

El CESFAM Los Castaños se ubica en Diagonal Los Castaños 5820, comuna La Florida en la XII región (Metropolitana), sus límites territoriales para atención son:

- Al norte con avenida departamental, al este en la cota 2251 de la pre cordillera, y
- Al sur poniente con Avenida La Florida, Walker Martínez, Tobalaba y Avenida Central.

Las Unidades Vecinales que abarca el CESFAM Los Castaños son las 1, 2, 3, 4, 25 y 35, que abarcan las siguientes poblaciones y villas:

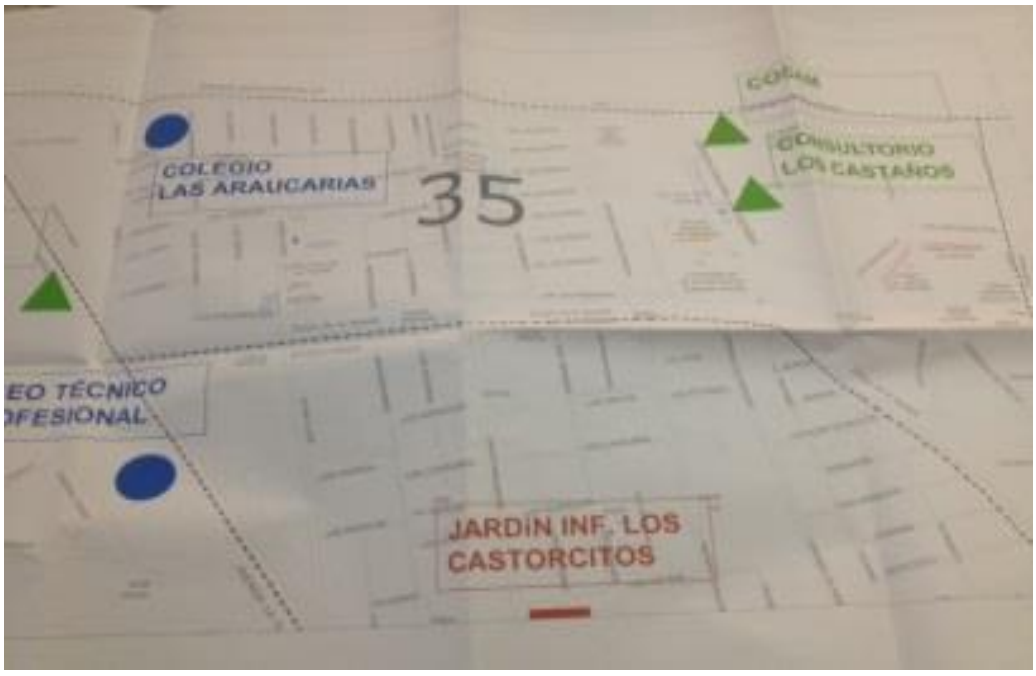
- **Unidad Vecinal 1.** Lo Cañas.
- **Unidad Vecinal 2.** Las Perdices.
- **Unidad Vecinal 3.** Santa Teresa.
- **Unidad Vecinal 4.** Santa Irene**,** La Higuera, Ampliación La Higuera.
- **Unidad Vecinal 23 A.** El Fontanar, Renacimiento, La Búsqueda.
- **Unidad Vecinal 35.** Las Araucarias.
- **Unidad Vecinal 25.** N.Amanecer, Los Húsares, Los Cerros, Los Trinos, R. Carranza.

Desde el año 1998 nuestra organización viene trabajando con el Modelo de Salud Familiar, durante estos largos años nos hemos validado como referente local y nacional en este modelo de atención. Este modelo de trabajo significa que la atención a cada usuario y familia debe ser realizaría de manera integral, tomando en consideración para la evaluación, diagnóstico y tratamiento, factores tales como biológicos y psicosociales. Para esto se trabaja también en la re sectorización de las atenciones y/o prestaciones, lo que significará sectorizar por unidades vecinales tanto las atenciones como la infraestructura del Centro de Salud.

Esta re sectorización tiene como objetivo además de asegurar la integralidad, continuidad, centralizarse en las personas y familias permite tener equipos de cabecera que potencien la atención personalizada y continua, seguimiento de las atenciones y acompañamiento a cada usuario(a).

Sectorización CESFAM Los Castaños

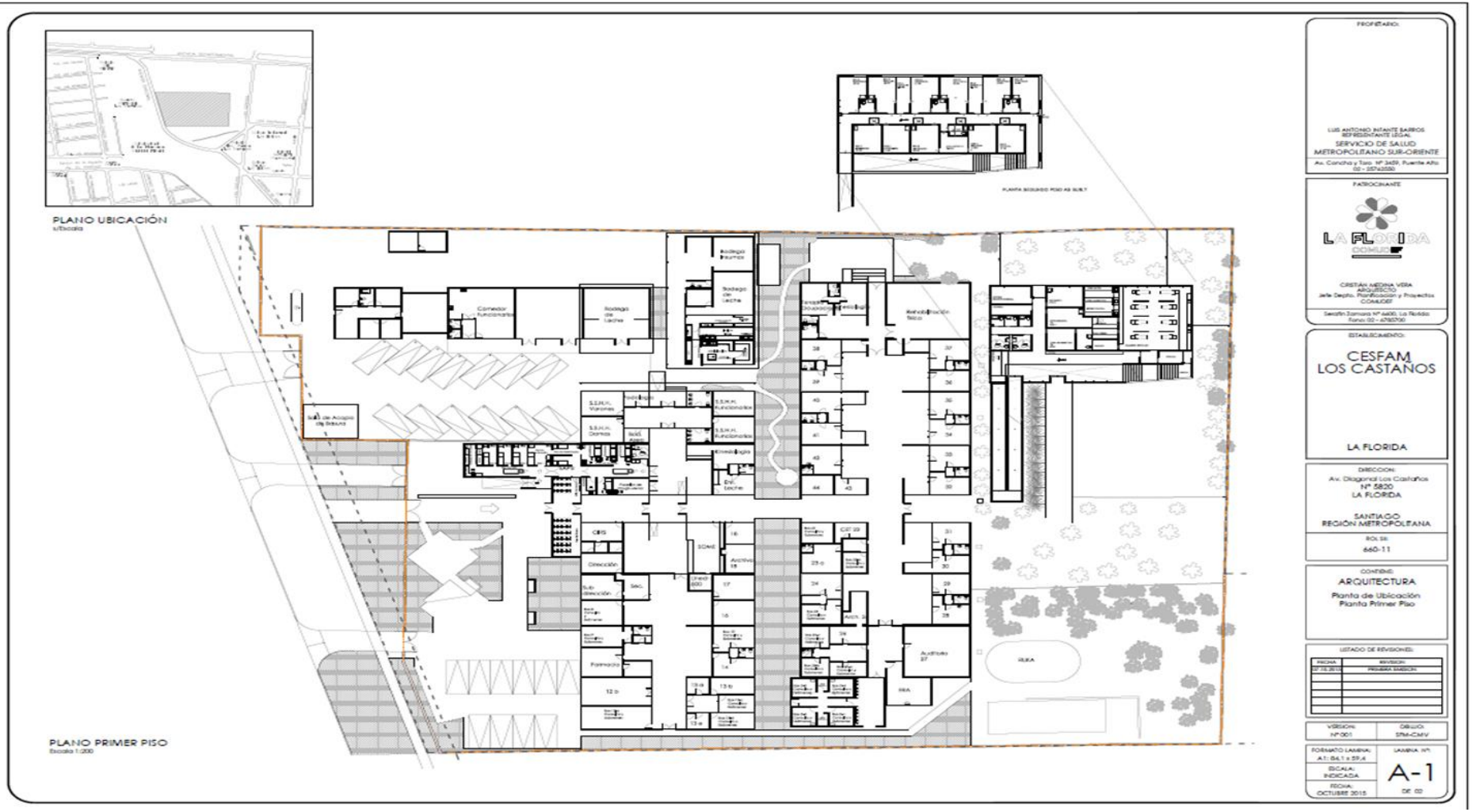
El CESFAM Los Castaños cuenta con 4 sectores de atención más las unidades transversales, La sectorización es en función a las unidades vecinales presente en la jurisdicción territorial.

SECTOR	PLANO
Sector Estrella **Oficina de Referencia**: 18 **Sectores:** 1. Las Araucarias, 2. El Fontanar, 3. Todos los inscritos fuera de la Jurisdicción territorial.	

	PLANOS
Sector Sol **Oficina de Referencia**: 40 **Sectores** 1. Nuevo Amanecer, 2. Los Trinos, 3. Rodrigo Carranza, 4. Los Húsares, 5. Los Cerros, 6. Los Húsares,	
Sector Luna **Oficina de Referencia:** 26 **Sectores** 1. La Búsqueda, 2. Renacimiento, 3. Santa Irene, 4. Ampliación La Higuera, 5. Santa María, 6. Los Copihues,	

SECTOR	PLANOS
Sector Lucero **(CECOSF Santa Teresa)** **Oficina de Referencia**: Mesón **Sectores** 1. Santa Teresa, 2. Lo Cañas, 3. Las Perdices, 4. La Higuera, 5. Ampliación La Higuera	

Planimetría CESFAM Los Castaños



Diagnóstico de Niveles de Participación Social

Antes de presentar los resultados del Diagnóstico realizado nos parece necesario contextualizar el proceso que se realizó para llevarlo a cabo. Lo primero que se debe señalar es que la actividad se realizó en tres etapas.

Etapa 1:

Revisión en reunión de Plan de Participación 2016 de los resultados obtenidos en el diagnóstico de participación por niveles realizado en 2015:

Realizada en reunión ampliada del CDL, donde se contó sólo con la asistencia de usuarios y representantes de organizaciones sociales del territorio del CESFAM Los Castaños. En esta ocasión se reafirmó que los niveles se siguen manteniendo en información. Se hace diferencia al interior del CESFAM entre funcionarios ya que se distinguen otro niveles tales como consulta para el consejo técnico y toma de decisiones para dirección, sub dirección y equipo gestor.

Etapa 2:

Primera convocatoria para realización de diagnóstico mixto de niveles de participación:

Realizada con representantes de la comunidad y con 3 funcionarios no pertenecientes al consejo técnico ni a jefaturas del centro; Esto se ejecutó así puesto que por contingencia no pudieron estar presentes las jefaturas en la actividad planificada. Se busca una forma anexa de llevar a cabo la actividad de igual manera y se intenciona que la asistencia sea de funcionarios que no manejen mayor información respecto del plan de participación para obtener de esta manera una visión más objetiva de la realidad de los funcionarios. Fue una experiencia muy valiosa ya que más allá de trabajar en las preguntas semi estructuradas, se generó un dialogo que nos permitió un conocimiento mutuo, nutrido de motivación, sensibilización, integración y compromiso de trabajar en conjunto.

Etapa 3:

Realización de Diagnostico mixto de niveles de participación realizado entre los integrantes del Consejo Técnico, representantes del Equipo de Participación de la comunidad y CDL.

En esta ocasión se trabajó usando el mismo formato del encuentro anteriormente mencionado en la etapa N° 2 con preguntas semiestructuradas. Se generó un ambiente de motivación, sensibilización y de acuerdos. Se destaca que la visión tanto de funcionarios como de los usuarios es coincidente en lo que respecta a la participación. Se proponen nuevas acciones para lograr una mayor cohesión entre los grupos que funcionan al interior del CESFAM como aquellos que son colaboradores de los mismos.

La metodología utilizada en los 2 eventos realizados el 2016 fue basada en la presentación realizada por Sebastián Jirón (Psicólogo de la unidad de Participación Social del SSMSO) para la capacitación de Salud Familiar realizada en el CESFAM Los castaños el año 2016. El eje fundamental fue poder sentarnos en círculo para poder tener contacto directo entre todos, presentar de una manera breve y didáctica qué es la meta sanitaria, el plan de participación y presentar la abreviatura de los niveles de participación basados en la escala de S. Arnstein dejando 4 niveles que aglomeran los otros existentes.

Luego de esta presentación se realizan preguntas semi estructuradas con posibilidad de respuesta abierta relacionadas principalmente a reconocer espacios de participación a nivel nacional y local, conocimiento de los mismos y evaluación del nivel de participación existente en nuestro CESFAM.

Diagnóstico basado en la escala de participación de Sherry Arnstein

Nuestro establecimiento en conjunto con los usuarios realiza una revisión continúa del desarrollo de la participación social, considerando que estos procesos son dinámicos y que se visualiza una poca participación ciudadana en las diversas temáticas tanto a nivel local, comunal y nacional.

Se realiza el análisis en conjunto con nuestros usuarios y se define que en la actualidad el Nivel de Participación es: el de **Información de calidad**. Como equipo de salud hay un compromiso permanente para que dicha entrega sea de calidad, trasparente y oportuna con enfoque de derechos, genero, interculturalidad y considera el nuevo escenario que vivimos como país: la incorporación de inmigrantes. Así mismo dicha información no sólo es verbal y escrita, sino también la incorporación de las TICs (correo electrónico, Facebook, circuito cerrado), garantizando con estas el acceso y la masificación en su entrega.

Un detalle importante es la visualización de nuestra OIRS (Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias), ya que esta facilita el acceso de los usuarios para su uso. Se destaca la incorporación de la estrategia Modelo Acogida al Usuario en los procesos de acompañamiento, orientación, resolución de las necesidades de los usuarios. A continuación se detalla el proceso ejecutado para realizar el diagnóstico del nivel de participación social.

En el mes de marzo 2016 comenzamos a reunirnos a nivel institucional con la finalidad de poder visualizar las estrategias a utilizar para reunirnos con la comunidad y de esta forma hacerlos participes del plan trianual de participación del CESFAM:

- Se acuerda revisar catastro sectorizado con la finalidad de actualizar los antecedentes y datos de casa una de las organizaciones, la finalidad es poder citarlos a nuestras distintas actividades.
- Cada sector deberá retomar la coordinación de su reuniones territoriales, quedando establecido que en la primera reunión, en la cual además se define que en estas mesas territoriales se abordará: La presentación de la comunidad y del equipo, se realizará una breve capacitación de Meta 7, se realizará la devolución diagnóstico de salud, se establecerá un calendario de reuniones para el año, se evaluará y se definirá la participación de cada uno de los sectores, teniendo en consideración que cada uno de ellos tiene su propio proceso de participación.

Durante estos meses en el trabajo territorial de casa sector se fueron afianzando las confianzas, realizando actividades en conjunto y re encantando el trabajo comunitario, de esta forma se abren los espacios para lograr detectar lo que observa nuestra comunidad, señalando que nuestra participación ciudadana se encuentra en la primera etapa (información, sensibilización, motivación), cabe señalar que esta mirada es a nivel de los cuatro sectores que constituyen el CESFAM Los Castaños.

En el mes de agosto 2016 se presenta en reunión de calidad la incorporación de Meta 7, con la finalidad de que los funcionarios del CESFAM comiencen incorporar esta nueva tarea, en esta reunión la comunidad interna de nuestro centro solicita que se realice diferenciación de cada sector, lo anterior debido a que cada sector tiene necesidades y realidades distintas.

Otro tema sensible es incorporar a la comunidad migrante al diagnóstico de necesidades, debido al notable aumento del número de inscritos ascendiendo a 862 usuarios para el año 2016; representados por la comunidad Peruana un gran porcentaje de 47.6%, comunidad Colombiana con un 21.1%, comunidad Boliviana con un 5.5%, con la comunidad Ecuatoriana con un 4.6% y finalmente con la comunidad Haitiana en un 1.8%. Es elemental que se tenga consideración a estos grupos migrantes porque estos presentan además necesidades de salud distintas y por ende otros desafíos que debemos afrontar como centro de salud familiar.

En el mes de septiembre en trabajo con comunidad interna y externa de CESFAM se realiza reunión con la finalidad de revisar los avances de plan de participación y evaluar la fecha de realización de diagnóstico participativo, en el mes de octubre se realiza reunión evaluando los niveles de participación que observa tanto la comunidad interna como externa del CESFAM en ella se desarrollan las siguientes preguntas, bajo la modalidad de lluvia de ideas:

Preguntas semiestructuradas utilizadas en los encuentros destinados a evaluación de niveles de participación social en el CESFAM Los Castaños.

1) ***¿Qué es Participación Social, tratar de focalizar en el área de salud, conoce sus fases?***
   - Participar en proyectos, en las cosas que se hacen en el CESFAM, saber las actividades que se llevan a cabo.
   - Hacer participar a funcionarios con usuarios, trabajo en conjunto y continuo, nos involucra a todos.
   - Ha habido un estancamiento.
   - Se responsabiliza a los dirigentes por no lograr cambios, sin embargo la responsabilidad es de toda la comunidad.
   - División entre el CESFAM y la comunidad, existe una división.
   - Comunicar, transferir información a los vecinos, educar.

2) ***¿Qué mecanismo de participación social en salud conoce (nómbrelos)?***
   - Redes Sociales
   - Llamadas
   - Cursos

- Cabildos nacionales
- Reuniones de apoderados
- Centros de madres
- Juntas de vecinos
- Talleres
- Pertenecer a algún grupo
- Votación.

3) ***¿Qué mecanismo o instancias de participación se llevan a cabo en el CESFAM Los Castaños?***

- CDL
- Comunicación con funcionarios
- Puerta a puerta
- Visitar vecinos enfermos
- Evaluación que pasa con lo sensibilización de los funcionarios, ya no hay humanización
- Clubes de adulto mayor
- Charlas informativas
- Programas establecidos
- Instancia de comunicación
- Hacer presencia en l calles
- Educación – comunicación – difusión
- Buscar un cambio real.

4) ***¿Ha escuchado o conoce el plan de participación del CESFAM Los Castaños? ¿Qué sabe, como se enteró, de que se trata?***

- No
- Hoy un trabajo comunitario, no conoce el plan
- Si por que fue invitado
- Lo ha leído pero nada más, ha cambiado mucho el CSEFAM
- Si, hacen trabajos de planificación dentro y fuera del CESFAM.

5) ***¿Qué se necesita para participar?***

- Bases - diagnostico
- Deseos y ganas
- Saber que se necesita
- Responsabilidad y tiempo
- Educación – información.

Conclusión

En esta reunión además se visualiza que a pesar del trabajo comunitario realizado aun nos encontramos con los siguientes niveles de participación:

- A nivel de Participación Social: Estado de Información y/o consulta.
- A nivel de Comunidad: Estado de Información.
- A nivel de CESFAM: Estado de Consulta.

Con fecha 20 de octubre 2016 realizamos una reunión en conjunto con la comunidad y con consejo técnico de CESFAM Los Castaños, que tuvo como objetivo revisar el plan de participación del centro, con la finalidad de diseñar y esbozar el trabajo comunitario para los próximos años.

Al analizar nuevamente las preguntas se puede señalar que se mantiene y reafirman lo señalado en reunión anterior, sin embargo se sugiere como tarea para los próximos meses:

1) Mayor presencia de la comunidad, por lo que se sugiere que ocupen un espacio en SOME que si bien esta previsto hace varios meses para que presenten a la comunidad su trabajo debido a distintos problemas que presentan ellos como comunidad no ha sido utilizado, se sugiere que se realice una calendarización para que todos puedan acceder a ocupar este espacio. Representantes de la comunidad se comprometen a reunirse y coordinarlo; Esta actividad estará a cargo de la comunidad entregando el CESFAM las facilidades para poder utilizar dicho espacio.

2) La comunidad señala que se debe realizar mayor información para que las distintas organizaciones participen sobre todo a nivel de las Mesas Territoriales, por lo que nos comprometemos como CESFAM a reforzar con ellos las fechas y los horarios de las mismas, para que todos puedan tener acceso a participar y entregar su opinión. Consensuando además horarios y espacios de reunión con el equipo del CESFAM Los Castaños, en este marco nuestro equipo es flexible para entender los tiempos de nuestros vecinos, manteniendo reuniones en distintos horarios. Dentro de estas instancias es importante capacitar a la comunidad en relación al Plan de Participación Social.
3) Se sugiere poder incorporar información del CESFAM y comunidad en los establecimientos educacionales y organizaciones, es decir poder presentar información en los diarios murales que se posean tanto a nivel del centro de salud como de la comunidad, teniendo presente que este material debe ir actualizándose y para ello se acuerda que es la comunidad quien debe hacerse responsable de llevar a cabo dicha tarea.
4) Activar redes sociales y tecnológicas, incorporando en el circuito cerrado del CESFAM Los Castaños el trabajo realizado con la comunidad, para esto el Director se compromete a ser el puente entre la comunidad con comunicaciones de la Corporación Municipal, para poder realizar un video de dichas actividades y poder presentarlo.

Líneas Estratégicas

Líneas Estratégicas Generales:

1) Gestión Participativa
2) Ampliar base de representación
3) Información y educación en participación ciudadana en salud.

Líneas Estratégicas Específicas:

1) Cuentas Públicas Participativas (CPP).
    a. Mayor transparencia y calidad de la información en las CPP
    b. Fortalecimiento de la participación ciudadana en las CPP
    c. Enfoque sanitario en la rendición de cuentas presentadas en las CPP

2) Consejo de Usuarios.
    a. Posicionamiento del Consejos de Usuarios Los Castaños en sus territorios. (Tanto en las mesas territoriales como con el equipo de participación del CESFAM Los Castaños)
    b. Legitimación de la participación del Consejo de Usuarios Los Castaños en la gestión del CESFAM Los Castaños.
    c. Gestión vinculante del Consejo de Usuarios Los Castaños con equipo de participación del CESFAM Los Castaños, nuevas organizaciones que se quieran sumar al trabajo comunitario, mesas territoriales, organizaciones e instituciones ligadas al CESFAM.
3) Diálogos Ciudadanos.
    a. Usuarios mejor preparados para los Diálogos.
    b. Control ciudadano de los compromisos acordados.
    c. Metodología del mecanismo.
4) Consulta Ciudadana.
    a. Definición del Marco Regulatorio o protocolo de aplicación, evaluación, tabulación, análisis y plan de mejora.
    b. Velar por la existencia de condiciones para la implementación efectiva de las consultas ciudadanas (encuesta de satisfacción, derechos y deberes de los usuarios).
5) Diagnostico Participativo (Realización Bianual)
    a. Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local a cerca de la situación de salud.
    b. Analizar los problemas de salud definidos en conjunto con la comunidad.
    c. Proponer, derivar y formar equipo de trabajo territorial (mesa territorial) para dar seguimiento local a los resultados y propuestas obtenidas del diagnóstico bianual realizado.
6) Acceso a la Información relevante.
    a. Mejorar, fortalecer los canales, espacios de información y opinión ciudadana tanto de usuarios como de funcionarios.

7) Ampliar Base de Representación.

   a. Actualización de catastro local de organizaciones, agrupaciones e instituciones (para si poder convocar a nuevos actores sociales a participar y mantener a la comunidad informada).

   b. Presentación encargada de participación y asistente social del sector según corresponda a cada una de las organizaciones, agrupaciones e instituciones nuevas, emergentes o ya existentes con quienes no se mantenía vínculo constante.

   c. Invitación verbal, carta y llamado telefónico a las distintas actividades a realizar (incluir reuniones de planificación, ejecución de acciones y evaluación)

   d. Activación de redes sociales del CDL para mantener informada a la comunidad y de esta manera también poder convocar a las actividades

   e. Definir en planilla de roles y funciones aquellos a las organizaciones sociales tanto las ya vinculadas como las que se integran el 2016 y los años sucesivos

   f. Seguimiento del vínculo. Invitaciones, recordatorios acciones, otros (este ítem es para todas las organizaciones involucradas en el plan de partición, independiente de su antigüedad).

Líneas de Acción

Sensibilización y motivación

Se implementarán espacios (encuentros, talleres, reuniones, otros) de diálogo tanto para funcionarios, comunidad en general y mixtos, donde se aborde el tema de la participación ciudadana. Dentro de estos espacios se realizarán capacitaciones y espacios de motivación para sensibilizar a los participantes a formar parte del equipo de participación que se espera conformar el segundo semestre del 2016. Este equipo de participación realizara un trabajo activo y vinculante con la comunidad y el centro, permitiendo ir fomentando el empoderamiento del trabajo comunitario; Para su trabajo este equipo contará con horas protegidas para su trabajo a definir por el Director del centro de salud.

Generar-Fomentar espacios para que las organizaciones, instituciones o usuarios que se estén integrando al equipo de participación o al trabajo comunitario local puedan entregar su opinión y ésta sea validada en las distintas acciones a desarrollar, para de esta formar poder sumar nuevos integrantes y refrescar la visión existente de trabajo comunitario y participación.

Generar-Fomentar espacios de encuentro, sensibilización y motivación para aquellas organizaciones, agrupaciones que se estén incorporando al trabajo colaborativo con el CESFAM Los Castaños (ya sean organizaciones antiguas con quienes se esté activando el vínculo, como aquellas organizaciones emergentes o nuevas dentro del territorio del CESFAM Los Castaños

Comunicación y Difusión

Será el mecanismo para dar a conocer el espacio de participación (Trabajo con la comunidad, en el CESFAM Los Castaños, actividades, educación, otros)

Se activaran redes sociales que hasta el momento no están siendo utilizadas y que son de uso masivo para efectos de comunicación (Facebook, Instagram, whatsapp, otros).

En este Ítem es necesario pedir y obtener autorización desde COMUDEF, así mismo se requiere aumento de recurso tanto en lo que respecta a infraestructura como a personal (computador con acceso a redes sociales, impresora multifuncional, funcionario a cargo de redes y material de difusión entre otras acciones).

Capacitación

El CESFAM como tradición incorpora en forma continua espacios de capacitación en participación comunitaria como parte de su Política de Capacitación, considerándolo y declarándolo como unos de los pilares del Plan Estratégico CESFAM Los Castaños. Se espera poder potenciar estos espacios de capacitación y formalizar que se desarrollen a lo menos 1 vez al año de manera mixta (funcionarios y usuarios) incorporando a usuarios, organizaciones, instituciones emergentes en el sector, así mismo a funcionarios que se están integrando al CESFAM

Evaluación y seguimiento

La intencionalidad de usar estrategia de evaluación y seguimiento está relacionada con la necesidad de estar en constante comunicación y conociendo de la opinión que tiene la comunidad y los funcionarios respecto a la participación y trabajo con y en la comunidad formal e informal, aquellos con quienes hemos trabajado durante estos años y sumar a aquellos que se hayan incorporado al equipo de plan de participación o que se vayan sumando en el camino de la ejecución del mismo. Realizar estas evaluaciones y diagnóstico (ex ante, concurrente y ex post) nos permite conocer además los avances o retrocesos de las intervenciones y acciones realizadas con el fin de mejorar y lograr trabajo mancomunado entre comunidad y equipo de salud del CESFAM Los Castaños.

Cabe destacar que en este ámbito se trabajará con todos aquellos actores sociales que fueron parte del diseño, elaboración y ejecución del plan, ya sean organizaciones establecidas y con antigüedad en el vínculo con el CESFAM, como aquellas que sumaron el 2016 y aquellas que se vayan sumando los años posteriores a la duración de este plan trianual.

Estrategia Metodológica

La formulación y ejecución de este Plan de Participación Social partirá del análisis del problema asociado a la escasa participación ciudadana en el quehacer del establecimiento. Igualmente, este plan de participación ciudadana contendrá acciones y decisiones que apunten a la mejora de la participación ciudadana.

En este orden de ideas, este Plan da cuenta de las orientaciones del Ministerio de Salud y de las normativas sectoriales y generales vigentes respecto a la participación ciudadana en la gestión pública. El documento se organiza a partir de la contextualización de la Participación Ciudadana en general y en el Servicio, destacando los niveles de desarrollo alcanzados y la base desde donde se proyectó avanzar.

Cabe destacar que si bien el documento y trabajo está basado en las instrucciones señaladas en el párrafo anterior también fueron tomados en cuenta los resultados del diagnóstico participativo realizado en octubre del 2015, revisión del mismo en las diferentes mesas territoriales del presente año y la evaluación de los niveles de participación.

El enfoque asumido para abordar la situación planteada en cuanto al diseño de un plan de participación ciudadana, tiene dos aspectos de suma importancia:

La transdisciplinariedad, la cual garantiza el aporte de las diferentes disciplinas científicas para explicar y comprender situaciones complejas. En este sentido, un plan de participación ciudadana tiene un componente altamente social, como también, un componente político. Por ello, es indispensable abordar esta situación desde las apreciaciones, valoraciones, experiencias y empirismos de los actores involucrados en el problema y bajo la óptica de las ciencias.

El aprender colectivo que orienta a la generación del conocimiento, principalmente, desde los involucrados en la situación. Este elemento permite el desarrollo de las estrategias del plan con un alto grado de los componentes culturales y valores de los ciudadanos. Bajo esta perspectiva, las estrategias serán de la apropiación de los ciudadanos lo cual apunta al éxito del mismo en el corto y mediano plazo.

Ambos componentes asumen la participación como estrategia para alcanzar el diseño y ejecución del plan. Abordar un plan de participación ciudadana sin la participación de los ciudadanos, es contribuir a la exclusión social y al fracaso del mismo.

Por ello, para diseñar dicho plan, el proceso de trabajo a seguir contiene las siguientes fases:

1) Análisis de la situación de la participación social.
2) Diseño del plan de participación ciudadana que estructure de manera comprensiva los valores, recursos y capacidades disponibles del capital social y capital humano y la cultura organizacional del CESFAM y de las organizaciones formales y no formales.
3) Diseño de la estrategia de seguimiento del plan de participación ciudadana que oriente a la mejora continua del plan bajo la óptica de un proceso social que promueva el protagonismo de las asociaciones de vecinos, las comunidades, los miembros de las juntas parroquiales, entre otros actores sociales.

Este proceso de trabajo es alcanzable si, además, se incluyen las siguientes estrategias:

1) La participación activa de los actores en el plan. Esta participación involucra el uso de métodos de concertación comunitarios que perfilen sus propias decisiones acordes a sus capacidades y cultura. Esta orientación permite una apropiación, sensibilización y comprensión por parte de los actores de su propio destino.
2) Ciclos de aprendizaje individual y colectivo que consideren como insumos los conocimientos empíricos de los actores sociales involucrados y los conocimientos de los expertos.
3) Fortalecimiento de los liderazgos naturales entre los actores sociales involucrados que permitan una continuidad de las acciones previstas en el plan de participación ciudadana.
4) Divulgación de los resultados a los fines de motivar, sensibilizar, incentivar la participación ciudadana e incrementar el compromiso y responsabilidad a nivel individual y colectivo en los actores involucrados en el plan.

Objetivos

Objetivo General Plan Trianual Participación Social.

1) Fortalecer y consolidar la importancia de Participación Social en los equipos de trabajo del CESFAM y en la comunidad.

2) Favorecer estrategias que permitan aumentar el nivel de Participación Social en actividades extra e intra CESFAM.

Objetivo General 2016.

1) Conformación equipo multidisciplinario de participación social del CESFAM Los Castaños con agenda protegida.

Objetivo Específico para el año 2016

1) Equipo de Participación Social conformado y empoderado en su rol y funcionando de acuerdo a hoja de Ruta.

Objetivo General 2017:

1) Sensibilizar al equipo de salud del CESFAM Los Castaños y comunidad formal y no formal respecto del Plan de Participación 2016-2018.
2) Fortalecer los mecanismos de Participación Social en el CESFAM Los Castaños, tanto para usuarios como para funcionarios.

Objetivos Específicos para el año 2017:

1) Aumentar nivel de participación social en equipos de salud y comunidad relacionada con el CESFAM Los Castaños desde segundo semestre de 2016 al segundo semestre 2018.
2) Aumentar la cantidad de actores sociales promotores de participación social.
3) Fomentar el desarrollo de temáticas de Participación Social: Cuentas Públicas Participativas, Consejo de Usuarios, Diálogos Ciudadanos, Consultas Ciudadanas, Acceso a la Información Relevante y Diagnósticos Participativos.

Objetivo General 2018:

1) Evaluación del Plan de Participación Social 2016 – 2018.

Objetivo Específico para el año 2018

1) Instalar proceso de mejora continua y logro de lo programado.

Año 2016

Meta	Actividades	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Impacto	Responsables	Verificadores
Equipo multidisciplinario conformado y funcionando con agenda protegida	Sensibilización y motivación a los funcionarios	Número de acciones realizadas para convocar conformación de equipo / número de acciones programadas para conformación equipo	Equipo conformado 2016	Equipo empoderado en su rol y funcionando a diciembre de 2018 (agenda protegida, recursos establecidos y de mantención)	Director CESFAM Los Castaños.	Carta de motivación.
	Presentación en reunión general de funcionarios de propuesta de postulación para ser parte del equipo de participación, (muestra perfil del cargo, ficha de postulación y plazos de decisión)	Número de funcionarios postulantes a conformar equipo de participación / número de funcionarios convocados para conformar el equipo. (Esto permitirá saber la motivación de los funcionarios y la capacidad de convocatoria existente).	Número de funcionarios que inician proceso de equipo de participación/número de funcionarios que finalizan anualmente el trabajo en el equipo de participación	Aumento de recursos el año 2018 para realización de actividades de participación en relación a los años 2016 y 2017	Encargada de Participación y Promoción del Centro.	Invitación para formar parte del equipo de participación.
	Publicación de invitación a integrar equipo de participación	Número de actividades realizadas/ Numero de actividades programadas	Número de horas bloqueadas por funcionario del equipo/ número real de horas totales de los funcionarios del equipo	Equipo estable y articulador de la Participación Social.	Apoyo	Ficha de postulación.
	Entrega de postulaciones / inscripciones		Número de actividades realizadas / número de actividades convocadas		Jefe UAU (ex SOME)	Informe de postulaciones y resultados
	Revisión de antecedentes		Recursos existentes para trabajo comunitario 2016/ recursos existentes para trabajo comunitario 2017		Representante de funcionarios de equipo de participación que cumpla rol de fiscalización o seguimiento de las horas y recursos destinados a plan de participación	Notificación resultados
	Publicación de resultados		Cumplimiento sobre el 70% de lo programado.			Carta de compromiso de trabajo en participación
	Constitución formal					Acta de conformación de equipo
	Carta de compromiso de trabajo					Presentación del equipo en reunión general de funcionarios
	Gestión de bloqueo de agendas si fuese necesario. De acuerdo a las Programadas en Hoja de Ruta					Presentación del equipo en reunión ampliada de CDL.
						Actas de trabajo
						Bloqueo de agendas funcionarios.

Año 2017.

Meta	Actividades	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Impacto	Responsable(s)	Verificadores
Generar espacios para sensibilizar, motivar y capacitar a los distintos equipos de salud (sectores, programas, unidades) y comunidad en torno a la participación social.	Capacitación al equipo de Participación del Centro en temáticas de Participación, por parte del SSMSO.	Capacitación realizada / Capacitación Programada.	Equipo de participación del CESFAM Los Castaños capacitado en el área de participación social (2017-2018)	Equipo empoderado en su rol.	Director CESFAM Los Castaños y Encargada de Promoción y Participación	Asistencia, Tabla de Contenidos de Capacitación y Fotos.
	Capacitación a usuarios y organizaciones (formales e informales) respecto a la participación social. Para este punto se elegirá capacitar a las 3 organizaciones que nos acompañaran en la ejecución del plan.	Número de capacitaciones realizadas/número de capacitaciones programadas. (Esta Capacitación la realizará el Equipo de Participación del Centro a la Comunidad).	Evaluación participativa con las Organizaciones Capacitadas durante el año sobre los contenidos abordados en temáticas de Participación en el cierre anual.	Comunidad activa y empoderada con trabajo continúo en participación social.	Encargada Participación Social CESFAM Los Castaños y Equipo de Participación del CESFAM.	Lista de asistencia capacitaciones, Método de Evaluación a Definir y Fotos de la actividad.
	Capacitación o encuentro mixta respecto a experiencias de participación social-comunitaria (intercambio o conocimiento de experiencias innovadoras de trabajo participación)	Realización de Focus group para el cierre del ciclo de capacitación año 2017, donde se realizará un catastro del despliegue de participación realizado por las organizaciones.	N° de Experiencias en Participación Ejecutadas / N° de acciones en Participación Programadas.	Incorporación de usuarios, organizaciones formales o no formales al trabajo de participación (ya sea directamente en el equipo o como agentes de apoyo y red) en relación a 2016 y diciembre de 2018	Equipo de participación y Encargada de Participación Social del Centro.	Lista de asistencia a encuentros, intercambios de experiencias y fotos.

Año 2017.

Meta	Actividades	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Impacto	Responsable(s)	Verificadores
Generar espacios para sensibilizar, motivar y capacitar a los distintos equipos de salud (sectores, programas, unidades) y comunidad en torno a la participación social.	Proyección del trabajo participación social del centro y comunidad en salud en las salas de espera a través de un video por el circuito cerrado y en Diarios Murales CESCOSF, Posta, CDL y Sectores.	Difusión de acciones de participación comunitarias realizadas por el Centro de salud, en los Equipos, sectores, Comité Gestor, Reuniones Generales.	Número de funcionarios interesados en integrar equipo de participación (para en 2018 poder ver si aumento o no la cantidad)/N° Funcionarios totales del centro.	Numero de organizaciones participando en plan de participación en 2016/ número de organizaciones participando en plan de participación diciembre 2017	Equipo de Participación del Centro, Encargada de Participación y Promoción del Centro; junto además Representantes comunitarios (incluye usuarios y organizaciones formales y no formales)	Listas de Asistencias de las Actividades e Informe del contenido de las mismas emanado a dirección.
				Número de personas con conocimiento de participación social en marzo 2017/ número de personas con conocimiento de participación en diciembre 2017		Diagnóstico de Niveles de participación octubre 2017
	Evaluación del Conocimiento del Plan por Parte de los funcionarios del Centro.	Difundir plan de Participación en Reuniones de Sector y/o Equipos, Consejos técnicos y Reuniones Generales.	N° de Funcionarios que conocen contenidos (predefinidos) del Plan de Participación del Centro / N° total de Funcionarios evaluados.	N° Funcionarios que se conocer el plan de participación y se comprometen a trabajar en el mismo para el año 2018.	Equipo de participación y Encargada de Participación Social del Centro.	Registro de Funcionarios evaluados
Aumentar el número de actores sociales trabajando en red con el CESFAM Los castaños	Actualización redes comunitarias (catastro)	Rediseño Catastro 2016.	Aumento en un 20% del N° de Organizaciones en el Catastro 2016 con respecto al Catastro 2015.	Comunidad formal e informal incorporada al catastro de redes sociales	Encargada Promoción y Participación del Centro, Equipo de Participación y A. Sociales de cada Sector.	Detalle de organizaciones formales e informales recién incorporadas.

Año 2017

Meta	Actividades	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Impacto	Responsable(s)	Verificadores
Establecer o re establecer vínculo con las redes comunitarias existentes (tanto las ya existentes, como las emergentes, las formales y no formales)	Realizar trabajo en terreno en búsqueda de organizaciones. Coordinar reuniones con Organizaciones ya catastradas y evaluar que esperan del trabajo con el centro.	Realización de reuniones con distintas organizaciones para ir conociendo su trabajo y estableciendo vínculos que nos permitan trabajar en red.	N° de Organizaciones que manifestaron interés para el trabajo con el centro / N° de Organizaciones catastradas.	Aumento de actores sociales comunitarios involucrados en las acciones de participación del CESFAM Los Castaños (comparación 2016/2017)	Encargada Promoción y Participación del Centro, Equipo de Participación	Lista de Asistencia a Reuniones, Acta y fotografías.
Incorporación a las actividades de mecanismos de diálogo y consulta ciudadana	Elaboración de Diagnósticos Participativos sectorizados.	Definición de DP a ejecutar de acuerdo a lo observado, en conjunto con la comunidad se programa el diálogo y consulta ciudadana.		Conocimiento de la necesidad y expectativas de la comunidad en materia de salud, aplicando el criterio de DSS.	Encargada Participación Social CESFAM Los Castaños, Equipo de Participación y A. Sociales de Cada sector.	Informe de cierre de diálogo Ciudadano.
Fortalecer el grado de participación de la comunidad en el proceso de planificación y desarrollo de la Cuenta Pública Participativa (CPP) propiciando el diálogo entre la comunidad y el equipo.	Diseñar una “invitación tipo”, atractiva, que logre asistencia de usuarios, por ejemplo: “Unidad Vecinal xx”, invita a usted a participar de reunión en que estará invitado el Consejo de Desarrollo Local de su CESFAM, para realizar trabajo con el equipo de salud.” Diseñar folleto informativo del CDL para difundirlo.	Realización de la Invitación y material de difusión	Aumento en la asistencia de usuarios, convocada por mecanismos establecidos. (a través de listas de asistencias, evaluación anual)	Aumento de actores sociales comunitarios involucrados en las acciones de participación del CESFAM Los Castaños (comparación 2016/2017)	Encargada Participación Social CESFAM Los Castaños, Equipo de Participación y Equipo Directivo.	Invitaciones Material de Difusión CP.

Fortalecer el grado de participación de la comunidad en el proceso de planificación y desarrollo de la Cuenta Pública Participativa (CPP) propiciando el diálogo entre la comunidad y el equipo.	Llevar las preguntas de la CP a los vecinos de las Mesas Territoriales de cada sector y a Club Adulto Mayor del Centro. Junto con ellos definir cuáles son las respuestas que les gustaría conocer en la CP.	Reunión con los vecinos y dirigentes de las Mesas Territoriales y Club de Adulto Mayor del Centro.	N° de Preguntas levantadas por Mesa de Trabajo / N° de preguntas Totales recabadas.			Lista de Asistencia a Reuniones, Acta y fotografías.
	Dejar un Buzón en el Centro para los usuarios que transitan por el Cesfam para que tengan la oportunidad de depositar sus preguntas. La definición de estas preguntas se desarrollará con el CDL y equipo directivo del centro de salud.	Reunión CDL y equipo de salud para definición de preguntas.				
	Presentación en CP, CDL, Representantes de cada una de las Mesas Territoriales y Representante Club Adulto Mayor.	Diseño de Presentación para Cuenta Publica por Parte de distintos actores comunitarios.	N° de Actores Comunitarios participantes en el proceso de CP.			
	Elaboración un Video que se proyecte en el circuito cerrado del centro con las respuestas a las preguntas y difusión de esta información en diarios murales de posta, CESCOSF, CDL y sectores. Además se bajará esta información en cada Mesa Territorial y reunión CDL.	Diseño y elaboración de material para bajar los contenidos abordados en la CP a los usuarios.	N° de Preguntas respondidas año 2016 / N° Preguntas realizadas.			
	Realizar diagnóstico participativo en los territorios.	Definición de DP a ejecutar de acuerdo a lo observado, en conjunto con la comunidad se programa el diálogo y consulta ciudadana.	Ejecución de DP en el territorio (4).			
	Sensibilizar y motivar a los funcionarios para la incorporación de diálogo y consulta en nuestro quehacer	Diseño y elaboración de material para bajar los contenidos abordados en la CP a los usuarios.	Desarrollo de diálogo y consulta ciudadana: 1 al año.			

Año 2018

Meta	Actividades	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Indicador de Impacto	Responsable(s)	Verificadores
Evaluación de Plan de Participación Social CESFAM Los Castaños 2016 -2018.	Incorporación de proceso de mejora continua para el cierre de brechas en la ejecución del Plan de Participación Social.	Definición de umbral de cumplimiento de Plan de Participación Social 2016 : 50 %, 2017 : 65 %, 2018 : 90%	Plan de Participación Social CESFAM Los Castaños con cumplimiento sobre el 90 % al término del 2018.	Plan de Participación Social CESFAM Los Castaños constituye y es validado como medio para el desarrollo del trabajo comunitario tanto en usuarios como funcionarios	Director CESFAM Los Castaños Encargada Participación Social Equipo De Participación Social CDL Los Castaños Representantes de la comunidad Se conformara una comisión de evaluación y se invitara a otros actores internos y externos)	Actas de registros, registro gráfico, pautas de cotejo, firma de compromisos de trabajo. Plan de Participación Social CESFAM Los Castaños

Sistema de Evaluación

Instrumento	Actores Involucrados	Modalidad	Difusión
Plan de participación elaborado al 31 de octubre con el 100% de los integrantes solicitado desde el SSMSO	Director CESFAM Los Castaños Encargada de participación Social CESFAM Los Castaños Equipo de participación social CESFAM Los Castaños Comité de representantes comunidad	Periódica Julio 2016 (convocatoria, asistencia, contingencia, avances) Octubre 2016 (documento enviado) Diciembre 2016 (mantención del equipo de participación, evaluación de las acciones comprometidas)	Documento impreso a disposición de funcionarios y usuarios en la oficina OIRS y secretaria del CESFAM Los Castaños archivador con documento impreso, copia de oficio y mail de envío de la información a COMUDEF y SSMSO
Monitoreo del Índice de la Participación Ciudadana en Salud	Equipo de Participación Social Comisión de evaluación y seguimiento conformado por representantes de Organizaciones formales y no formales y usuarios Director CESFAM Los Castaños	Realización de una evaluación del proceso de implementación del Plan, de carácter intermedio en segundo trimestre de los años 2016, 2017 y 2018. Realización de una evaluación del proceso de implementación del Plan, de resultados e impacto de carácter final, en diciembre de los años 2016, 2017 y 2018.	Cronograma de Evaluación y generación de Cierre de Brechas: Plan de Mejora Continua-

Roles y Funciones del Equipo

Director del CESFAM Los Castaños

1) Proteger los espacios destinados para el trabajo de participación
2) Procurar la existencia de insumos y recursos para la realización de las diversas acciones establecidas en el plan y todas aquellas que se vayan sumando según las necesidades y contingencia
3) Apoyar en la coordinación comunal para el trabajo de participación
4) Entregar información a los funcionarios del CESFAM Los castaños respecto a las acciones de Plan de Participación
5) Velar la existencia de espacio de comunicación en reunión general para dar a conocer avances y pendientes del plan de participación y de las diversas actividades relacionadas con la participación social
6) Participar en las reuniones bi mensuales de evaluación de plan de participación del CESFAM Los Castaños

Subdirectora del CESFAM Los Castaños

1) Supervisar la instalación de videos de participación social en el circuito cerrado. Estableciendo horarios para el mismo
2) Procurar la existencia de insumos y recursos para la realización de las diversas acciones establecidas en el plan y todas aquellas que se vayan sumando según las necesidades y contingencia
3) Apoyar en la solicitud y obtención de recursos para las diferentes actividades
4) Participar en las reuniones bi mensuales de evaluación de plan de participación del CESFAM Los Castaños
5) Reemplazar al Director cuando sea necesario en las acciones referidas a la participación social

Encargada de Promoción y Participación del CESFAM Los Castaños

1) Velar por el cumplimiento del plan de participación
2) Informar las acciones, evaluaciones y pendientes del plan de participación al consejo técnico
3) Generar en conjunto con equipo de participación estrategias de motivación y comunicación tanto para comunidad como para funcionarios
4) Guiar las reuniones mensuales de equipo de participación y velar por la reprogramación de las distintas acciones cuando sea necesario.
5) Mantener contacto continuo con los representantes de la comunidad y mantener a los mismo informados de los acontecimientos del CESFAM para que éstos ´puedan entregar la información a las bases
6) Mantener trabajo en red con organizaciones formales y no formales, usuarios e instituciones que conforman nuestra red de apoyo
7) Apoyar las acciones de comunicación, difusión y de consulta ciudadana
8) Participar de las reuniones establecidas de planificación, evaluación, supervisión del plan de participación.
9) Participar en la comisión definida (comunicación y difusión, capacitación y encuentros, educación/talleres, otras
10) Cumplir compromisos adquiridos tanto en la comisión como con el equipo de participación
11) Mantener información actualizada respecto a las tareas, cumplimientos, logros, pendientes y obstáculos referentes a lo comprometido
12) Procurar y potenciar el trabajo en equipo
13) Mantener comunicación con las organizaciones y usuarios del sector del CESFAM Los castaños.
14) Coordinar con la comunidad cada una de las acciones a implementar o realizar
15) Realización de las actividades programadas (ejecución)
16) Coordinar con comunidad, comisión de usuarios, CDL y otros actividades programadas
17) Evaluar con la comunidad las actividades o acciones realizadas
18) Hacer uso adecuado de los recursos con los que se dispondrá para las acciones de participación social

CDL Los Castaños

1) Participar de las reuniones de coordinación, planificación, evaluación del plan de participación
2) Participar en las distintas acciones a realizar (capacitación, encuentros, comunicación, consulta ciudadana)
3) Participar en el equipo de trabajo, ejecución y evolución de cuenta pública participativa, diagnostico participativo sectorizado
4) Comprometerse a mantener comunicación fluida y fidedigna entre su comunidad y el CESFAM Los Castaños
5) Responsable de entregar información obtenida a las bases (convocatoria de actividades en terreno, situaciones del CESFAM, campañas de salud, reuniones, educación, otros)
6) Realización de actividades referidas a las efemérides (tradiciones implantadas por el CDL tales como pie de cueca, día del niño y navidad) en conjunto con equipo de participación
7) Realización de reunión mensual de CDL
8) Participación en reuniones de coordinación con consejo técnico y dirección del CESFAM Los Castaños
9) Definir representante que asiste a las reuniones de comisión gestión de solicitudes ciudadanas

Representantes comunitarios (usuarios u organizaciones formales e informales)

En este punto se entregará igual responsabilidad a las organizaciones o agrupaciones con vinculo antiguo como a las que se están integrando, con el objeto de integrar y hacerlos partícipes reales de las acciones a desarrollar (igualdad de condiciones y reconocimiento al trabajo desarrollado en el diseño, plan, ejecución y evaluación).

Organizaciones Comunitarias:

1) Junta de Vecinos (Mesas Territoriales de 4 sectores).
2) Club de Adulto Mayor Los Castaños
3) CDL

Funciones Representantes Comunitarios.

1) Participar de las reuniones de coordinación, planificación, evaluación del plan de participación
2) Participar en las distintas acciones a realizar (capacitación, encuentros, comunicación, consulta ciudadana)
3) Participar en el equipo de trabajo, ejecución y evolución de cuenta pública participativa, diagnostico participativo sectorizado
4) Comprometerse a mantener comunicación fluida y fidedigna entre su comunidad y el CESFAM Los Castaños
5) Responsable de entregar información obtenida a las bases (convocatoria de actividades en terreno, situaciones del CESFAM, campañas de salud, reuniones, educación, otros)
6) Asumir rol referido a las consultas ciudadanas (por definir si serán quienes realicen la encuesta) tabulación y evaluación en conjunto con funcionarios del CESFAM Los Castaños
7) Participaren conjunto con las asistentes sociales del sector de la actualización de las redes de trabajo, incluyendo organizaciones informales o emergentes
8) Definir representante (idealmente de cada sector) para participar en reunión de comisión de gestión solicitudes ciudadanas

Asistentes Sociales de Sector

1) Convocatoria a reuniones de mesas territoriales
2) Realización de actualización de catastro de redes sociales (formales e informales) del sector al que pertenecen
3) Velar que la actualización de las redes se haga en asesoría o acompañamiento de representante de la mesa territorial del sector al que representa
4) Participar en la planificación, ejecución y evaluación de cuenta pública participativa, diagnostico participativo, consultas ciudadanas
5) Participar de las reuniones coordinación de plan de participación social del CESFAM Los Castaños

Jefes de Sector

1) Participar de las actividades programadas en su sector (en terreno)
2) Velar por el cumplimiento de los bloqueos de agenda de los funcionarios de su sector que conforman el equipo de participación
3) Convocar y participar de las reuniones territoriales bimensuales del sector al que pertenece
4) Participar en el proceso y ejecución de cuenta pública participativa, diagnostico participativo, comisión de gestión de solicitudes ciudadanas. Procurando que en caso de ausencia enviara un representante a la reunión o actividad.
5) Brindar espacio en reunión de sector para dar conocer avances, evaluaciones, actividades y pendientes referidos a la participación social

Encargada Modelo Acogida al Usuario (MAU).

1) Colaborar en las acciones de comunicación y gestión
2) Mantener información al día respecto a las acciones a realizar
3) Colaborar en la obtención de material educativo e informativo
4) Participar en las reuniones bimensuales de coordinación de plan de trabajo.

Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades año 2016

ACCIONES / ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Reuniones Diseño de Plan de Participación		x	x		x							
Acciones de comunicación y difusión diseño del plan			x		x							
Reuniones consejo de usuarios con consejo técnico						x			x			x
Reuniones internas gestión solicitudes ciudadanas						x	x		x	x	x	x
Reuniones gestión solicitudes ciudadanas con comunidad						x			x			x
Saludos Efemérides			x		x	x		x	x			x
Presentación modificación meta 7 (plan de participación) a funcionarios				x								
Taller participación (realizado por SSMSO)				x								
Reuniones plan de participación trianual						x	x	x	x	x	x	x
Mesas territoriales			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunión información y motivación plan de participación a funcionarios									x		x	
Realización diagnostico niveles de participación (interna y externa)						x						
Cierre dialogo Ciudadano (información y difusión)										x		
Operativos de Salud en territorios												
Conformación de equipo de participación (acta de compromiso)									x			

Cronograma de Actividades año 2017

ACCIONES / ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Reuniones equipo participación	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitación en Participación Comunitaria para Equipo de Participación conformado por el CESFAM			X	X								
Capacitación a las Organizaciones que Trabajaran en el Plan en Participación Comunitaria (Capacitación realizada por Equipo de Participación del Centro).				X	X	X	X	X		X	X	
Reuniones plan de participación trianual					X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración, Ejecución y Evaluación de Cuenta Pública Participativa			X	X	X	X						
Mesas Territoriales			X	X	X	X	X	X		X	X	
Diagnostico Participativo								X	X	X	X	
Reuniones Comisión Mixta (CDL, Comité Gestor y Encargada PP).			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniones gestión solicitudes ciudadanas con comunidad				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniones internas gestión solicitudes ciudadanas	X		X		X		X		X		X	
Acciones de comunicación y difusión			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cierre de Brechas: Plan de Mejora			X			X			X			X

Cronograma de Actividades año 2018

ACCIONES/ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Reuniones equipo participación	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x
Elaboración , ejecución y evaluación de Cuenta Pública Participativa		x	x	x								
Reuniones comisión mixta solicitudes ciudadanas				x		x		x		x		x
Reuniones internas comisión gestión OIRS	X		x		x		x		x		x	x
Acciones de comunicación y difusión	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cierre de Brechas: Plan de Mejora			x			x			x			x

Cronograma de Actividades de Mantención.

Cronograma de Actividades de Mantención Trianual

Año 2016

Actividad	Primer Semestre	Segundo Semestre
Reuniones Plan de Participación	X	X
Reunión Comisión Gestión Solicitudes Ciudadanas	X	X
Reunión Consejo de Usuarios	X	x
Cuenta Publica Participativa	X	
Actualización Diagnostico Participativo en Salud		
Dialogo y consulta ciudadana		

Año 2017

Actividad	Primer Semestre	Segundo Semestre	Tercer Semestre
Reuniones Plan de Participación	X	X	X
Reunión Comisión Gestión Solicitudes Ciudadanas	X	X	X
Reunión Consejo de Usuarios	X	X	X
Cuenta Publica Participativa		X	
Actualización Diagnostico Participativo en Salud		X	
Dialogo y consulta ciudadana			x

Año 2018

Actividad	Primer Semestre	Segundo Semestre	Tercer Semestre
Reuniones Plan de Participación	X	X	X
Reunión Comisión Gestión Solicitudes Ciudadanas	X	X	X
Reunión Consejo de Usuarios	X	X	X
Cuenta Publica Participativa		X	
Actualización Diagnostico Participativo en Salud			
Dialogo y consulta ciudadana			

Centro de Salud Familiar Los Castaños.
Diagonal Los Castaños 5820. La Florida. Teléfono: 227084408

Anexos

1.- Plan de Trabajo CDL Los Castaños 2016

2.- Cierre de dialogo ciudadano 2004

3.- Carta de trabajo colaborativo entre funcionarios y usuarios respecto al plan de participación CESFAM Los Castaños 2016-2018

CARTA DE COMPROMISO DE TRABAJO COLABORATIVO

PLAN DE PARTICPACION SOCIAL CESFAM LOS CASTAÑOS 2016-2018

A través del presente documento, queremos dejar constancia que los firmantes hemos participado activamente en el proceso de formulación del Plan trianual de Participación Social CESFAM Los Castaños 2016-2018.

Por otro lado se deja constancia del compromiso generado con respecto a la ejecución, seguimiento y evaluación del plan antes mencionado durante el periodo correspondiente al mismo.

Nombre	Organización o Sector	Firma
Luis Alberto Deza Castro	Director CESFAM Los Castaños	
Alejandra Maldonado Gómez	Sub Directora CESFAM Los Castaños	
Ma. Isabel Valdebenito P.	Encargada promoción y participación social CESFAM Los Castaños	
Daniela Gonzalez Jerez	Jefa Sector Luna	
M. José Oyarzun I.	Jefa Sector Sol	
Giannina Cavallo	Jefa Sector Estrella	
Patria Hidalgo G.	Jefa sector Lucero (CECOSF)	
Jaime Garrido Sanchez	Jefe UAU (ex SOME)	
Vanessa Díaz Bravo	Jefa Unidad de Apoyo	
Carolina Hurtado P.	Asistente Social Sector Estrella	
Pilar Ossandon F.	Asistente Social Sector Sol	
Karen Reyes	Asistente Social Sector Lucero (CECOSF)	
Lilian Funes	Asistente Social Sector Luna	
Aida Rivas	Tesorera CDL Los Castaños	
Claudia Maldonado	Presidenta grupo de autoayuda Renacer	
María Saavedra	Grupo de Autoayuda Renacer	
Víctor Hidalgo	Candidato presiente Junta de Vecinos Las Araucarias y Agrupación de jóvenes Raimapu	
Rene Navarrete	Club de Adulto Mayor Sueños y Esperanza	
Blanca Navarro	Club de Adulto mayor Junta de vecinos 35-C	
Cecilia Flores	Usuaria sector Los Húsares (sol)	
Mireya Rojas	Presidenta CDL Los Castaños	

Cesfam Los Castaños, Octubre 2016

PLAN DE TRABAJO
CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL
CESFAM LOS CASTAÑOS 2016

El plan fue trabajo en asamblea general de consejo de desarrollo local del mes de Junio de 2016, asistieron 11 personas y se trabajó en función a preguntas.-

1.- ¿Qué queremos para el 2016?

- Que exista mejor atención o trato hacia los usuarios
- Que los funcionarios falten menos
- Que se nos recuerden las horas médicas para los adultos mayores
- Aumento de horas de atención dental
- Más horas podológicas, no solo para los diabéticos
- Que no se pierdan las horas médicas por no avisar administrativos, permisos, licencias de los profesionales. Debería atender otro profesional (por ejemplo sacar un médico de morbilidad)
- Que se realicen los reemplazos de los profesionales ausenten
- Que se reactive modelo de acogida, focalizándose en el adulto mayor
- Que sea más acogedora la llegada y acompañamiento al adulto mayor
- Implementar plano de atención y procedimientos del CESFAM Los Castaños (plano de localización y ubicación)
- Que el CESFAM tenga articulación en relación a la derivación de pacientes hacia el Hospital La Florida (Seguimiento).
- Que se genere un convenio de atención y priorización en la urgencia (priorizar accidente escolares de jardín infantil y sala cuna por el horario de las comidas, mudas y otros).
- Que no exista tanta movilidad de personal OIRS (uso de la ventanilla para distintas tareas, eso confunde a los pacientes)
- Mejor coordinación e información de las especialidades de las universidades que se encuentran en el CESFAM.

- Mejora en el aseo de los baños de usuarios (materiales de aseo, que haya una persona de punto fijo entregando papel y cuidando el aseo)
- Cumplimiento de acuerdos desde el CESFAM, ya que se escucha, se promete pero no se concretan los acuerdos

2.-¿ Qué queremos y necesitamos como CDL para el 2016?

- Motivar a otros usuarios a participar del CDL
- Leer y recordar en cada reunión el acta anterior
- Ampliar la convocatoria a reuniones de CDL y actividades comunitarias
- Mejorar los canales de comunicación con los usuarios
- Fortalecer el trabajo del CDL en el CESFAM Los Castaños
- Que se sumen más vecinos a las reuniones (NO solo organizaciones e instituciones)
- Reactivar módulo de atención CDL al interior del CESFAM Los Castaños, para dar a conocer las funciones de la organización
- Definición de renovación o eliminación de personalidad jurídica actual (re elecciones o crear una nueva organización social que permita acceder a fondos concursables)
- Sumar a los centros de alumnos a las actividades del CD

3.- ¿Que haremos para cumplir nuestras ideas y objetivos?

Que	Como	Quien(es)	Cuando	Medio Verificador
1.- Elevar la convocatoria y asistencia a las reuniones ampliadas del CDL Los Castaños	Presidenta CDL entregará listado de llamado telefónico para que administrativa OIRS apoye en la llamada de citación y/o recordatorio de reuniones u otras actividades	Presidenta del CDL Administrativa OIRS del CESFAM Los Castaños	1 semana antes de cada reunión mensual Una semana antes de cada actividad	Existencia de lista de llamado entregada por presidenta CDL a administrativa OIRS Lista chequeada de llamados.
	Citando a reunión, informando de actividades y mostrando las acciones realizadas por redes sociales	Encargada de redes sociales del CDL con apoyo de la encargada de participación del CESFAM	Mensualmente	Listado de usuarios y organizaciones para citación Lista chequeada de llamado telefónico. Fotografías
	Informando actividades en las redes sociales (Facebook, WhatsApp del CDL Los Castaños)	Encargada de redes sociales del CDL con apoyo de la encargada de participación del CESFAM	Mensualmente o según corresponda	Pantallazos de las informaciones y/o citaciones

	Llamado telefónico para recordar reuniones, actividades, otros	Representante de CDL Apoyo de administrativa OIRS.	Mensualmente	Lista de usuarios y organizaciones para llamado telefónico Lista chequeada de llamado telefónico
	Invitación por terreno para las actividades masivas	Directiva CDL Apoyo encargada de participación Apoyo Director CESFAM Los Castaños	Cuando corresponda	Listado de invitaciones por terreno cuando corresponda (con firma de recepción)
2.- Dar a conocer a la comunidad formal e informal (organizaciones, vecinos, usuarios) el trabajo de CDL Los Castaños	Transmitiendo la información, actividades, novedades del CDL y CESFAM Los Castaños a los vecinos y organizaciones o instituciones a las que pertenecen	Asistentes a las reuniones del CDL, en especial directiva de la organización	A lo menos 1 vez al mes	Dípticos informativos Fotografías entregando material informativo Actas de reuniones locales donde se esté informando de las acciones del CDL (cuando corresponda)

	Retomar módulo informativo CDL en mesón de SOME	Mireya Rojas Rosa Formigli Magaly Huenchuman (Se pueden sumar otros usuarios interesados).	Una vez al mes En octubre se evaluara la posibilidad que sea cada 15 días.	Fotografías de la atención
	Participar con stand informativo en actividades en terreno (operativos de salud, ferias informativas, campañas de salud, otras)	Presidenta CDL Representantes del sector donde se realice la actividad	Todos los meses (dependerá de las actividades que se planifiquen)	Fotografías del stand de atención (definir lugar y fecha)
	Sumar un representante a las mesas territoriales	1 representante elegido en reunión ampliada para cada sector (4)	Reunión mesa territorial que se realiza bimensual	Registro en lista de asistencia de las reuniones (debe establecer que asistió en representación del CDL)
3.- Activar el diario mural del CDL que se encuentra al interior del CESFAM Los Castaños	Mantener el diario mural con información actualizada y referida a salud y comunidad (evitando publicidades personales) Material será entregado por organizaciones y encargada de participación según llegue desde el servicio de salud, municipalidad u	Educadoras de Párvulos Jardín infantil Nuevo Amanecer y Educadora de Párvulos jardín infantil Javiera Carrera	1 vez al mes	Fotografías del diario mural mensualmente Fotografías del equipo trabajando en el diario mural

	otras instancias			
4.- Definir situación de personalidad jurídica	Se realizarán las averiguaciones correspondientes para saber el procedimiento de eliminación de personalidad jurídica no vigente (CDL Los Castaños) y proceso para obtener nueva personalidad jurídica social que permite acceder a fondos concursables.	Mireya Rojas Rosa Formigli Blanca Navarro Aida Rivas	Junio: se buscaran los antecedentes Julio: deben presentar toda la información en reunión ampliada extraordinaria	Material respecto a la eliminación de personalidad jurídica (puede ser desde DODECO, SERVEL, Registro Civil, otros)
	Luego de la presentación de las delegadas respecto de las averiguaciones se citara a reunión extraordinaria para votar si se modifica la organización o se hace elección de directiva.	Directiva CDL Los Castaños	Julio	Documentación entregada en DIDECO (presentación) Citación a la reunión extraordinaria Listado de llamado telefónico para citación Acta de reunión
5.- Trabajar en conjunto con equipo de salud del CESFAM Los Castaños	Participando en las reuniones de plan de participación trianual del CESFAM Los Castaños	Representantes elegidos en asamblea general de CDL	mensualmente	Actas de trabajo Lista de asistencia

	Participando en las actividades mixtas (diagnóstico, cuenta pública, diálogo ciudadano, reuniones CDL con consejo técnico, comité de gestiones ciudadanas)	Representantes del CDL elegidos en reunión ampliada	Según corresponda	Actas de trabajo Lista de asistencia

Rosa Formigli Maldonado

2 Directora CDL Los Castaños
(En representación Presidenta del CDL Los Castaños.

COMUDEF

Plan de participación social

2016-2018

CESFAM Los Quillayes

COMUDEF

Introducción

El presente documento tiene como fin presentar el Plan de Participación Social de CESFAM Los Quillayes período 2016-2018.

La elaboración se hizo a través de capacitación al equipo de salud en específico al Consejo Técnico por parte del equipo de Participación Social del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y capacitaciones al Consejo de Usuarios y agrupaciones que no participan habitualmente en nuestro Centro de Salud.

También se realizaron diversas reuniones para ir revisando actividades a programar para los años 2016-2018.

Contexto de la participación ciudadana en salud

Este plan de Participación Social permitirá ser una guía de organización para el equipo del CESFAM Los Quillayes, con el fin de enmarcar las actividades de trabajo programadas en conjunto con los funcionarios y usuarios para integrar a toda la comunidad en la participación ciudadana.

La Declaración de Alma Ata (1978) definió a la participación social como una estrategia que garantiza que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población. No obstante, la participación social en salud ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los gobiernos y otros sectores de la sociedad se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud, y otra que la ve como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población. Bajo esta última premisa, la participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y

responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática (1).

La Participación Social, es en sí, un Determinante Social de la Salud (DSS), incluido en el modelo de los determinantes bajo el concepto de Capital Social, siendo transversal a los Estructurales y los Intermediarios. La Participación Social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que "recoge" y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades. Estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Consejos Consultivos de Jóvenes, Comités Locales), conformadas por representantes de usuarios(as) organizados(as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se entenderá por Participación Ciudadana en la gestión pública de salud a la aplicación específica de los derechos a la publicidad de la información pública, la igualdad para participar en

la vida nacional, la libertad de opinión y el derecho de petición (ley N° 20.285) y el derecho a asociación e incidencia en la gestión pública (Ley Nº20.500). Para dar una coherencia a la política pública de salud orientada hacia el logro de los objetivos sanitarios desde el enfoque integral del Modelo de Salud Familiar, es necesaria la inclusión del enfoque la participación ciudadana desde la etapa de planificación en la Atención Primaria, "Fortalecer la capacidad de la gente para participar en las decisiones que afectan sus vidas" (1).

En el año 1995, el Ministerio de Salud (MINSAL), determinó la participación social como unos de los pilares en la mejora continua en la calidad de la atención, creando los Consejos de Desarrollo Local (CDL), principal instancia de participación social en los establecimientos de salud. Esta es considerada como una estrategia básica para la consolidación del sistema, con una mirada intersectorial y democrática. En nuestro caso ha sido una ardua tarea ya que recién en el año 2014 obtuvieron la personalidad jurídica y actualmente están en periodo de elecciones de directiva (2) (3).

En el año 2015 se dicta la Norma N° 31 de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, en concordancia con la Agenda Pro Participación Ciudadana 2014-2018. Esta norma sectorial reformula y define el marco de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, que busca asegurar, de manera más amplia, el ejercicio de derechos ciudadanos y el fortalecimiento de los Mecanismos de Participación Social. Por medio de la definición de los diferentes mecanismos de participación se facilita el ejercicio de los derechos en salud.

Ese mismo año, cuando se realizó la definición de las metas sanitarias para el 2016 se cambió la meta sanitaria N° 7 por un plan de Participación Social local como forma de integrar al equipo de salud en el desarrollo de las actividades programadas. Este se encuentra ligado al Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, utilizado para la evaluación de la implementación del modelo (4).

Ha llegado el momento de replantearse si las estrategias efectuadas hasta ahora han sido efectivas en el cumplimiento de los objetivos sanitarios o si bien se requiere considerar la opinión de la ciudadanía, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud. La

insuficiente disponibilidad de recursos para enfrentar estos obstáculos, hace necesario que los equipos locales de salud sean capaces de diseñar e implementar acciones innovadoras, eficaces, pertinentes y acordes con los contextos locales". Es así como la Participación Social en salud, es una estrategia de "habilitación a las personas", para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios

El desafío es generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local. Esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad. En caso de tratarse de un proceso acotado en el que participan representantes de las organizaciones comunitarias, puede denominarse participación comunitaria. Si este proceso incorpora la participación de amplios sectores sociales, puede hablarse de Participación Social.

Diagnóstico de niveles de participación.

Para realizar diagnóstico de los niveles de participación se realizaron reuniones con el equipo interno, con la comunidad y con el Consejo de Usuarios a través del modelo de los niveles de participación que deriva del trabajo de Sherry Arnstein (1969) y que se ajustó a la realidad local.

Esto fue realizado a través de presentaciones del modelo de niveles de participación, de acuerdo a las características que definen cada etapa visualizando su progresión y evaluando al nivel al cual se quiere llegar.

El **nivel de participación** de la comunidad es de tipo **informativo**, ya que no se ha dado el espacio para avanzar hacia otros niveles, aunque los usuarios refieren que en el último tiempo ha mejorado bastante. Ha sido complicado el proceso por la baja participación desde la comunidad misma, ya que a pesar de tener un espacio establecido como es el Consejo de Usuarios, estos no manifiestan mayor interés por participar. A pesar de ello, las organizaciones participantes incluidos el Consejo de Usuarios aspiran llegar al menos al nivel de toma de decisiones al terminar el periodo de este plan.

Desde el punto de vista del Centro de Salud Familiar Los Quillayes se llegó a la conclusión de que el nivel de participación es de **Consulta,** ya que se pide la opinión a la comunidad en diversas instancias, como: Cuenta pública, en la cual se realizan encuestas antes y durante la actividad; solicitudes ciudadanas, que dan a conocer molestias, agradecimientos, sugerencias y consultas y son respondidas dentro de los plazos estipulados; y Facebook, espacio virtual que utiliza la encargada de Participación Social, Director y el usuario externo para expresar su sentir, realizar preguntas y entregar información solicitada. Existen además otros mecanismos de participación menos utilizados, entre los que se encuentran las consultas ciudadanas y los diálogos ciudadanos, entre otros.

Definición de líneas estratégicas

Las líneas estratégicas se tomaron en cuenta según las utilizadas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), las cuales son:

- Gestión participativa
- Ampliar base de representación
- Información y educación en participación ciudadana en salud

De estas se desprenden 13 objetivos estratégicos, 14 actividades y 14 indicadores de impacto/resultados. El cronograma se hizo por semestre que comprende entre los años 2016-2018.

Estrategia metodológica

Las estrategias metodológicas para desarrollar nuestro Plan serán las siguientes:

Reuniones de Consejo Técnico, reuniones generales, reuniones de sector para coordinar las mesas territoriales, reuniones de Consejo de Usuarios para informar de las actividades que están programadas, trabajo en terreno a través del equipo de participación y a través de las redes sociales.

En este 2016 quedarán definidas las horas protegidas para el equipo de participación y se espera que desde la Corporación se programen las horas para que las jefas de sector puedan realizar trabajo comunitario.

Se calendarizarán las reuniones territoriales por sector, las mesas interculturales y las mesas intersectoriales para que la comunidad pueda organizarse y participen activamente.

Modalidad de evaluación del plan

El cumplimiento de los objetivos se irá evaluando mes a mes a través del equipo de participación para ir supervisando el desarrollo de las actividades programadas.

Plan de trabajo y metodología utilizada

En diciembre de 2015 se constituyó el primer equipo de participación para realizar el diseño del plan de participación social, integrado por director, jefas de sector, asesores técnicos y algunos miembros de la directiva del Consejo de Usuarios. Se trabajó para entregar el documento al 31 de enero 2016.

La asistencia de los participantes fue disminuyendo en el transcurso del tiempo, por lo que se terminó trabajando sólo con las jefes de sector en los tiempos que ellas tuvieran disponibles. En esa instancia se solicitó la incorporación de asistentes sociales para la actualización del catastro de organizaciones del territorio. En agosto de 2016 se hizo entrega de este catastro y se elige comenzar el trabajo con tres organizaciones para incorporarlas en el trabajo de la elaboración del plan.

En paralelo se solicitó al SSMSO realizar una capacitación al Consejo Técnico para transmitir en forma clara la temática de la participación social como forma de incentivar el trabajo. También se realizó una capacitación a los miembros del Consejo de Usuarios sobre niveles de participación y se realizó el diagnóstico de los niveles de participación y la propuesta de actividades para incorporar en el plan.

Luego de las actividades mencionadas, se realizaron reuniones de organización y comenzó el trabajo con las organizaciones que no participan del Consejo de Usuarios para la elaboración del diagnóstico de participación y también de las propuestas para el plan.

Finalmente se reunió el equipo de participación que cuenta con las asistentes sociales Gisela Vásquez, Angélica Araya, la terapeuta ocupacional Natalia Aravena y la encargada de participación social Cynthia Ávila; el cual se encargó de unir las ideas y plasmar el plan de participación social 2016-2018.

Participantes en el desarrollo del plan

Nombre	Cargo	Firma
Rodolfo Morales Benavides	Director	
Gisela Vásquez	Asistente Social	
Angélica Araya	Asistente Social	
Natalia Aravena	Terapeuta Ocupacional	
Cynthia Ávila	Encargada de Participación Social	
Cecilia Sanhueza	Jefa de Sector Tierra	
Eduardo Morales	Miembro Consejo de Usuarios	
María Muñoz	Miembro de Grupo de Mujeres Sede 34-D	
Delia Agüero	Miembro de Centro de Madres El Encuentro	
Francisca Catalán	Miembro Centro Adulto Mayor Los Quillayes	

Referencias bibliográficas

1- Mendez, C. y Vanegas, J. (2010). La participación social en salud: el desafío en Chile. Rev Panam Salud Pública; 27(2):144-8 [en línea]. Extraído el 30 de septiembre de 2016 de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf

2- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2015). Plan Estratégico de Participación Social en Salud, Período años 2015 al 2018.

3- Ministerio de Salud (s.f.) Participación ciudadana en atención primaria: Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y la satisfacción usuaria. [en línea). Extraído el 30 de septiembre de 2016 de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACI%C3%93N-CIUDADANA-APS.pdf

4- Ministerio de Salud (2015) Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de Atención Primaria. [en línea). Extraído el 30 de septiembre de 2016 de https://sochimef.files.wordpress.com/2014/12/instrumento-para-la-evaluacic3b3n-y-certificacion-final.pdf

COMUDEF

Anexo

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Ampliar base de representa-ción.	Identificar organizaciones territoriales correspondientes al CESFAM Los Quillayes.	Realizar catastro actualizado de las organizaciones del territorio.	Asistir un asistente social por sector los días lunes entre 14:30 y 17:30 hrs, durante los meses comprendidos entre abril y agosto de 2016, a la municipalidad, sedes vecinales y otras organizaciones para verificar existencia y funcionamiento de estas, para la actualización del catastro.	Catastro de organizaciones territoriales actualizado.	Catastro de organizaciones impreso y/o digital.	Jefas de sector.	Asistentes sociales de los tres sectores.		**X**	**X**									

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Ampliar base de representa-ción.	Apoyar la Integración de inmigrantes inscritos en nuestro CESFAM, en las diversas actividades que se realicen en nuestro sector.	Crear mesa multicultural.	Solicitar listado al sistema informático Rayen de los inmigrantes inscritos en nuestro CESFAM. Invitar a los usuarios vía telefónica e invitación mano a mano. Establecer una fecha y hora para la primera reunión y en esta fijar el calendario de reuniones, según la disponibilidad de los usuarios.	Crear a lo menos 1 mesa multicultural en nuestro sector, en los próximos 2 años.	Lista de asistencia, fotografía.	Equipo de participación social y jefas de sector.	Equipo de participación social y jefas de sector.							**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Ampliar base de representa-ción.	Consolidar el actual Consejo de Usuarios del CESFAM.	Reuniones mensuales de Consejo de Usuarios del CESFAM.	Realizar la elección de nueva directiva para el año 2017, 2018 y 2019. Invitar a los socios del Consejo y a los usuarios inscritos en el CESFAM a participar. Establecer una fecha y hora para la primera reunión y en esta fijar el calendario de reuniones, según la disponibilidad de los usuarios.	Consejo de usuarios empoderado que se reúna mensualmente.	Lista de asistencia, fotografía, actas de reuniones.	Encargada de partición social y directiva consejo de usuarios.	Consejo de usuarios, jefas de sector y encargada de participación social.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Ampliar base de representa-ción.	Obtener información sobre las necesidades de la comunidad para elaborar plan estratégico.	Realizar diagnóstico participativo por sector en sedes vecinales.	Coordinar con los presidentes de las sedes vecinales fecha y hora para el diagnóstico. Invitar a los usuarios inscritos en el CESFAM a participar a través de facebook y murales. Además, a las organizaciones como jardines infantiles, colegios, iglesias, carabineros, entre otros. Incluir también funcionarios de cada sector. Durante el diagnóstico, dividir a los participantes en mesas: infantil, adolescente, adulto y adulto mayor. Mediante lluvia de ideas se evidenciará la opinión de cada uno, y luego se ordenará en un árbol de problemas. Finalizar la actividad con un plenario en el cual se expongan las ideas de los distintos grupos.	Diagnóstico participativo de los tres sectores realizado.	Lista de asistencia, fotografía.	Jefas de sector y equipo participación.	Director, jefas de sector, comunidad de los tres sectores.							**X**	**X**				

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Ampliar base de representa-ción.	Formar mesas territoriales representativas de cada sector de nuestro CESFAM.	Reunir a representantes de agrupaciones funcionales de cada sector.	Reunir a las organizaciones funcionales de cada sector, en una fecha y hora acordada por los representantes del CESFAM. Elaborar un trabajo en conjunto para los siguientes dos años, según las necesidades surgidas en la primera reunión.	Mesas territoriales por sector conformadas.	Lista de asistencia, fotografía,	Equipo de participación social.	Equipo de participación social y jefas de sector, comunidad de los sectores participantes.				**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Ampliar base de representa-ción.	Integración del intersector en las mesas territoriales existentes.	Crear mesa intersectorial.	Organizar una reunión del intersector, que incluya a la sociedad civil, funcionarios de departamento de obras, SECPLA, DIDECO, medioambiente, entre otros. En esta se les explicará el funcionamiento en adelante: Integrarse a una mesa territorial por semestre en cada sector.	Al menos 1 mesa intersectorial creada en uno de los sectores.	Lista de asistencia, fotografía, actas de reuniones.	Equipo de participación social.	Equipo de participación social y jefas de sector, comunidad de los sectores participantes y representantes del intersector.							**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Gestión participativa	Conformar equipo de participación social integrado por al menos 4 funcionarios del CESFAM Los Quillayes.	Incorporar a funcionarios de CESFAM en nuevo equipo de participación.	Invitar a dos asistentes sociales y a terapeuta ocupacional. En conjunto con Encargada de Participación Social establecer reuniones mensuales y funciones del equipo con tiempo protegido.	Equipo de participación social conformado.	Documento que indique nombramiento de equipo.	Dirección.	2 asistentes sociales, encargada de participación social y terapeuta ocupacional.				**X**								
		Considerar horas protegidas a equipo de participación, con la finalidad cumplir con objetivos establecidos en plan estratégico.		Equipo de participación social con horas protegidas para desarrollo de actividades programadas.	Foto de agenda con bloqueo de horas.	Dirección y jefe de UAU.						**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Educar a los funcionarios de equipo de participación y a jefas de sector del CESFAM, en la temática de participación social.	Capacitar a funcionarios de equipo de participación y jefas de sector del CESFAM, en la temática de participación social.	Incorporar en el plan de capacitación anual a lo menos una jornada de capacitación anual sobre la temática de participación social, dirigida a los funcionarios del CESFAM.	Equipo de participación social capacitado	Lista de asistencia, fotografías,	Encargada de participación social.	Equipo de participación social.						**X**				**X**		
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Educar a representantes de las mesas de trabajo existentes en el sector, en la temática de participación social.	Capacitar a representantes de las mesas de trabajo existentes en el sector, en la temática de participación social.	Incorporar en las mesas territoriales a lo menos una jornada de capacitación semestral sobre la temática de participación social.	Que a lo menos el 50% de los representantes de las mesas de trabajo, se encuentren capacitados en la temática de participación social, en el segundo semestre de 2018.	Lista de asistencia, fotografías.	Encargada de participación social.	Representantes de las mesas de trabajo.							**X**				**X**	

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Informar a los usuarios internos y externos sobre solicitudes ciudadanas.	Usuario interno: Reuniones de sector y de SOME. Usuario externo: Reuniones solicitudes ciudadanas.	Para el usuario interno: Incorporar en reunión de sector y de SOME una presentación respecto al tema de solicitudes ciudadanas, cada 6 meses. Para el usuario externo: informar en reuniones de solicitudes ciudadanas de forma bimensual.	Usuario interno: Reuniones semestrales. Usuario externo: Que se realicen las reuniones bimensuales de marzo a diciembre.	Lista de asistencia, acta de reuniones.	Dirección y encargada de participación social.	Dirección, subdirección, jefes de sector, jefa UAU, encargada MAU, directiva consejo de usuarios, funcionarios del CESFAM.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Informar a los usuarios sobre las gestiones realizadas desde CESFAM durante un año calendario.	Cuenta pública.	Coordinar con Dirección una fecha y hora para la Cuenta Pública. Invitar a los usuarios inscritos en el CESFAM a participar a través de facebook y diario mural. Además, invitar a las distintas organizaciones como jardines infantiles, colegios, iglesias, carabineros, bomberos, entre otros. Incluir también a los funcionarios de cada sector. Realizar con Dirección las presentaciones de la Cuenta Pública.	Cuenta pública realizada.	Lista de asistencia, fotografías, power point de presentación.	Dirección y encargada de participación social.	Funcionarios CESFAM y comunidad en general.		X				X				X		

Lineamiento estratégico	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016				2017				2018			
								1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Comprometer y entregar conocimientos técnicos sobre la temática de participación, a equipo directivo de CESFAM.	Capacitar al Consejo Técnico en la temática de participación social.	Solicitar al Departamento de Participación Social del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente una capacitación en la temática de participación anual. Realizarla en una reunión de Consejo Técnico, junto con los asistentes sociales.	Equipo directivo capacitado.	Lista de asistencia.	Encargada de participación social.	Consejo técnico, encargada MAU, asistentes sociales por sector.		**X**				**X**				**X**		
Información y educación en participación ciudadana en salud.	Empoderar y entregar herramientas técnicas de funcionamiento organizacional, al Consejo de Usuarios de CESFAM.	Capacitar al consejo de usuarios en la temática de organización y participación ciudadana en salud.	Solicitar al Departamento de Participación Social del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente una capacitación en la temática de participación una vez al año. Realizarla en una reunión de Consejo de Usuarios, junto con los asistentes sociales.	Consejo de usuarios capacitados.	Lista de asistencia fotografías.	Equipo de participación social.	Consejo de usuarios, y equipo de participación social.						**X**				**X**		

Plan de Participación Social
2016 - 2018
CESFAM Dr. Fernando Maffioletti

La Florida, Marzo de 2017

TEMARIO

1. Introducción
2. Contexto
3. Diagnóstico
4. Definición de Líneas estratégica5. Estrategia Metodológica
6. Objetivos, actividades, indicadores, participantes, responsables, impacto y/o resultados esperados y verificadores
7. Plan de trabajo y metodología utilizada para la elaboración del Plan
8. Modalidad de Evaluación del Plan
9. Anexos: Cronograma, Listas de Asistencia, Fotografías
10. Bibliografía

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene el Plan de Participación Social del CESFAM Dr. Fernando Maffioletti, se encuentra en nuestra programación para el período de año 2016 al 2018.

Consecuente a la temática del Plan, la elaboración de éste se hizo a través de un Enfoque Participativo, al que se convocó al Equipo Técnico del Centro de Salud, al Consejo de Usuarios y a 3 Organizaciones Sociales del Territorio. El documento realizado por el Equipo de Participación da cuenta de los análisis, críticas y propuestas de los participantes.

El Plan también da cuenta de las orientaciones del Servicio de Salud y de las normativas sectoriales y generales vigentes respecto a la Participación Ciudadana en la gestión pública. El documento se organiza a partir de la contextualización de la Participación Ciudadana en el Servicio y en nuestra Localidad, destacando los niveles de desarrollo alcanzados y la base desde donde se proyectará avanzar.

Este Plan será una herramienta que organice el trabajo en el área de la participación ciudadana. También, como una oportunidad para alcanzar mejores niveles de participación por parte de la ciudadanía vinculada al Centro de Salud, a objeto de incidir de mejor forma en los procesos de gestión, colaborando en disponer de una mejor oferta de atención de salud para los usuarios/as que componen el territorio. Este documento será flexible y se puede ir adecuando año a año a las necesidades identificadas con el tiempo.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

CONTEXTO

El Plan de Participación Social del CESFAM Dr. Fernando Maffioletti, elaborado por el Equipo de Participación del Establecimiento pretende ser un instrumento que organice y sistematice las diversas acciones que se llevan a cabo con el fin de promover con usuarios, comunidades, funcionarios y directivos, una gestión participativa en el ámbito de la salud.

En nuestro país, la evolución histórica de la conceptualización de la participación ciudadana, de las políticas y normativas públicas que fomentan y regulan los mecanismos para que las personas pueden influir directa e indirectamente en la gestión del Estado, han conformado un contexto en el que la participación social en salud requiere que las instituciones organicen sus actividades estratégicamente, proyectándose en el tiempo e involucrando a los usuarios desde el proceso de planeamiento.

A partir del año 2011, se conformaron formalmente los Consejos de Desarrollo Local en cada Centro de Salud de la Comuna de La Florida, obteniendo su personalidad jurídica, particularmente en este establecimiento el año 2012. Desde entonces se cuenta con una Directiva que encabeza el cumplimiento de un Plan Anual de Consejo de Desarrollo Local, asociado a la Meta Sanitaria N°07. La Meta Sanitaria Nº07 fue modificada por el Ministerio de Salud a contar del año 2016, lo que fue comunicado en octubre de 2015

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

En el año 2015 se dicta la *Norma N° 31 de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud*, en concordancia con la Agenda Pro Participación Ciudadana 2014-2018. Esta norma sectorial reformula y define el marco de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, que busca asegurar, de manera más amplia, el ejercicio de derechos ciudadanos y el fortalecimiento de los Mecanismos de Participación Social. Por medio de la definición de los diferentes Mecanismos de Participación se facilita el ejercicio de los Derechos en Salud.

A continuación se mencionan y describen los mecanismos más utilizados en el Centro de Salud y sus aspectos relevantes:

Cuentas Públicas Participativas: Son instancias donde los órganos del sistema rinden cuenta anual de su gestión a la ciudadanía. Se espera que los contenidos y el formato sean definidos en conjunto con la comunidad. Destacar que este proceso es de responsabilidad de la Directora del Establecimiento, quien debe liderarlo. En nuestra Establecimiento se realizan a partir del año 2008.

Consejos de Usuarios o de Desarrollo Local: Organizaciones donde la comunidad organizada participa. Se espera que tengan incidencia en la formulación, implementación y evaluación de políticas vinculadas con el ámbito de su interés. Formalmente existen desde el año 2008, a partir del año 2011 con un Plan anual que contribuye al Desarrollo de actividades al interior del CESFAM.

Acceso a la Información Pública: Las instituciones deben asegurar el acceso a la información pública en función de lo señalado en la Constitución Política y en la Ley 20.285 sobre Acceso a la Información Pública. Para ello, se cuenta con un formulario de solicitudes de información disponibles en Oficina OIRS.

Diálogos y Consultas Ciudadanas: Los diálogos y consultas ciudadanas se realizan en relación a ofertas programáticas, temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nueva tecnologías, entre otros. Se esperan relaciones de carácter vinculante, para asegurar la capacidad de incidencia en la toma de decisiones. Esto no ha sido posible en nuestro CESFAM, en el último Diálogo Ciudadano del año 2014 si bien existió diálogo, no hubo acuerdos.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffiletti

Sistema Integral de Atención Ciudadana: Todo Establecimiento de Salud debe mantener un sistema de atención ciudadana que integre los distintos puntos de contacto de la población (presenciales, virtuales, telefónico, etc.), bajo el enfoque de ventanilla única. Este sistema vela por la adecuada recepción y

derivación de las solicitudes ciudadanas (OIRS). Contamos con una Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, la cual es atendida por una Operadora, quien principalmente recibe las consultas de nuestros usuarios.

La gestión Participativa que se ha desarrollado considera estos mecanismos como parte del quehacer, tomando como insumo las opiniones y necesidades tanto de nuestros usuarios como del Equipo de Salud, esto con el fin de que la planificación responda a nuestra realidad territorial y esté en sintonía con la normativa vigente.

Los Niveles de Participación

Una vez descritos los Mecanismos de Participación, es necesario avanzar hacia su análisis y así poder evaluar el estado actual de la Participación Social en el CESFAM Dr. Fernando Maffioletti. Para este análisis se ha utilizado el modelo de los *Niveles de Participación*, que deriva del trabajo de Sherry Arnstein (1969), el que se ha complementado con orientaciones más actuales entregadas por el SSMSO y se ha ajustado a la realidad local. Este modelo permite situar el estado de la participación de nuestro territorio de acuerdo a las características que definen cada etapa y, a la vez, visualizar su progresión y el estado al que se aspira llegar, de modo que la planificación reconozca ese objetivo y las estrategias para conseguirlo. Los Niveles de Participación que se consideran en el desarrollo del presente Plan de Participación son los siguientes:

1. **Información de calidad**: Informar a los ciudadanos acerca de sus derechos, responsabilidades y opciones, es un primer paso clave para avanzar en la participación. Es relevante que esta información sea completa, de fácil acceso, atingente y entregada a tiempo. A la vez se espera que los canales de comunicación den opciones para la retroalimentación por parte de los receptores, de modo que sobre esa relación se pueda construir poder de negociación e influencia por parte de la comunidad.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

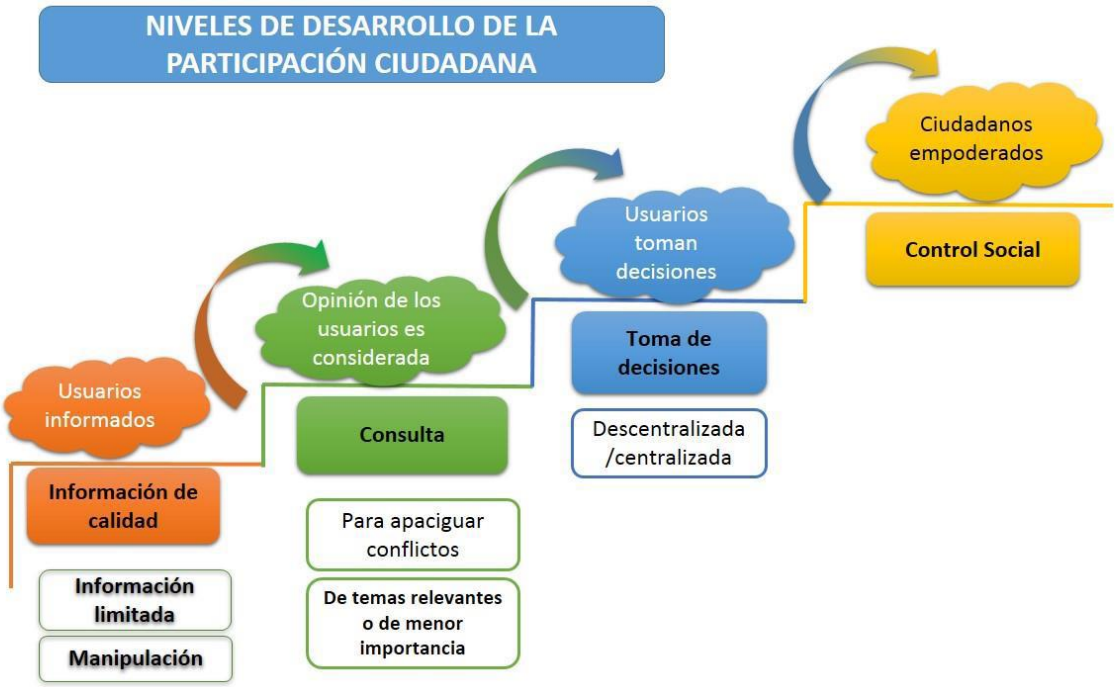
2. **Consulta:** Invitar a que la comunidad manifieste su opinión sobre los planes, políticas, decisiones de autoridades y otras materias, además de crear los espacios para que esta actividad se desarrolle de una manera inclusiva y eficiente, es un paso más para conseguir una participación efectiva.

3. **Toma de decisiones**: La ciudadanía detecta la capacidad de tomar decisiones (amplias o acotadas), ya sea porque ha desarrollado su propio poder o éste le ha sido delegado por alguna autoridad en un ámbito específico. La opinión de la comunidad se vuelve vinculante e influye directamente en la gestión pública. Del mismo modo, los ciudadanos se hacen responsables de las decisiones que toman.

4. **Control Social:** Cuando el empoderamiento de la comunidad avanza y se consolida, las personas pueden influir en la gestión, tomar decisiones, monitorear los cumplimientos, exigir rendiciones de cuentas y solicitar medidas correctivas cuando las autoridades cumplen su labor o sus compromisos adecuadamente. La ciudadanía empoderada se organiza, autogestiona y, desde su propia orgánica, se articula con las instituciones públicas para hacer una gestión participativa.

Esta imagen grafica los Niveles de Participación y su progresión en forma de escalera, en línea con la conceptualización original de Arnstein (1969).

Participación Social



El diagnóstico de Niveles de Participación en nuestro Establecimiento se realizó en dos instancias y de la siguiente manera:

1.- En primera instancia al Equipo Técnico del CESFAM por medio de una Consulta y Diálogo en un Taller de Participación, específicamente en una Jornada de Consejo Técnico, en la cual se les indicaron los principales lineamientos de Participación, Leyes, Mecanismos y Niveles de Participación. Posterior a este Taller se le envió a cada Asesor Técnico un Resumen de los Niveles de Participación y la Tarea de que los presentaran y trabajaran en sus respectivas Reuniones de Unidad. A continuación se describen los análisis diferenciados por Unidades de Trabajo

¿En qué Nivel de Participación se encuentra el Programa y/o Unidad?

- **Sector Primavera:**

Según lo analizado el día viernes 09 de septiembre del presente año durante la reunión de nuestro sector, se llegó a la conclusión que estamos pasando por la primera etapa de Participación, llamada : **"Información de calidad"** , ya que nuestra tarea en el programa de salud familiar es acompañar a la familia a resolver su problemática de salud, empoderándose de sus patologías y buscando una solución en conjunto con el equipo, por lo que se deja claro en esas orientaciones los derechos y deberes de nuestros pacientes.

Con respecto a la retroalimentación, siempre se ha dejado la puerta abierta en cada intervención con nuestros usuarios y/o comunidad para que ellos nos hagan saber sus inquietudes, sugerencias, y puntos de vista de manera integral para luego trabajarlas junto a ellos y entidades externas.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maniglietti

También llegamos a la conclusión que se ha iniciado el camino al nivel dos **"Consulta"** ya que a partir del año pasado comenzamos con Diagnóstico Participativo con nuestra comunidad y este año logramos convocar a la Primera Mesa Territorial del sector primavera, donde pudimos conocer a nuestra

comunidad y sus representantes, saber sus inquietudes y los problemas que los aquejan, con el fin de trabajarlos en conjunto.

- **Sector Verano:**

Se realiza un análisis en Reunión de Sector.

Información de calidad: Es relevante que toda información entregada sea completa, de fácil acceso, atingente y entregada a tiempo. A la vez se espera que los canales de comunicación de opciones para la retroalimentación por parte de los receptores, de modo que sobre esa relación se construyan poder de negociación e influencia por parte de la comunidad.

Consulta: Invitar a que la comunidad manifieste su opinión sobre los planes, políticas, decisiones de autoridades y otras materias, falta crear espacios para que esta actividad se desarrolle de una manera inclusiva y eficiente, es un paso más para conseguir una participación. Nos encontramos en el inicio de los Diagnósticos Participativos de manera sectorial.

En conclusión nos encontramos en el Nivel 1 aun incompleto, tenemos en déficit una mayor difusión de las actividades que se realizan en el CESFAM.

Lo positivo es que existen grados de avance en 2 y 3 nivel, para ir proyectando las brechas para un trabajo con metas a corto, mediano y largo plazo.

- **Sector Otoño:**

El presente fue realizado en conjunto por el equipo de Otoño, en la instancia se generó un interesante espacio para que cada funcionario expresara sus ideas, apreciaciones y sensaciones al respecto de la participación comunitaria y de los lineamientos que el SSMSO nos está dando para encaminar el desarrollo de nuestra interacción con la comunidad. Como respuesta a la pregunta:

En general estamos recién estableciendo las bases para entregar una información de calidad que permita el conocimiento de derechos y deberes por parte de nuestra comunidad, sin embargo en forma paralela estamos realizando los primeros avances hacia el nivel de consulta, mediante la realización del

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffiletti

diagnóstico participativo y la constitución reciente de una mesa territorial con la unidad vecinal 26.

- **Programa Infantil:**

Luego del debate y el análisis de los 4 niveles de participación se concluye: El nivel de participación del Programa Infantil estaría en el 1° nivel es decir INFORMACIÓN DE CALIDAD. La justificación en este peldaño es porque principalmente la atención en el programa infantil se realiza entregando información pero sin la participación del usuario es decir no interviene en toma de decisiones.

Se sugiere realizar una Consulta Pública de opinión a los usuarios (internos y externos) sobre aportes y mejoras en relación a la atención y el trabajo local, por ejemplo: Horarios de atención etc. con el propósito de seguir avanzando en la escalera de la participación en nuestro Centro de Salud.

- **Unidad Dental:**

Primero, para resolver esta pregunta, fueron llamados a responder todos los integrantes de la unidad dental, luego de responder se reflexiona sobre el tema:

El nivel de participación en que nos encontramos es en el de "*información de calidad y consulta"*, nuestra atención va de la mano con la entrega de información al paciente, en relación a procedimientos y procesos odontológicos, así como horarios de atención, y herramientas de participación como los formularios de felicitaciones, reclamos y sugerencias. La naturaleza de la atención odontológica no permite el desarrollo de una anamnesis extensa, por el contrario, la información buscada es acotada a resolver problemas de salud bucal.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Manfredi

Si bien todos los integrantes del equipo coinciden en que nos encontramos en un nivel básico de participación social, resaltamos que mediante los procesos de consulta a la comunidad hemos tenido cambios como unidad, como por ejemplo, los reclamos que apuntan a las escasas horas para adultos, o la solicitud de estas horas en las cuentas públicas participativas han llevado a cambios de

mayores horas de urgencia odontológica en la mañana para obtener mayor cantidad de cupos de tratamiento dental para adultos y además se hacen esfuerzos para atender a grupos no priorizados una vez cubiertas las metas programáticas de los pacientes menores de 20 años, embarazadas y 60 años. Por lo tanto, se puede concluir que aunque poca, la participación social en nuestra unidad sí ha generado un impacto, dando como resultados cambios a nivel de equipo, influyendo en la agenda y modificando la programación.

- **Programa Salud Mental:**

Basándonos en los 4 niveles de participación, se logra identificar que el Programa de Salud Mental, se encuentra en los niveles de participación de "información de calidad" y nivel de "consulta".

El nivel de Información de calidad se ve reflejado a trasvés de las consultas individuales realizadas por nuestro equipo, en el cual se le informa al paciente el flujograma de atención, la pertinencia de cada control, y a la vez señalándole la importancia de su motivación respecto a su tratamiento, siendo posible disentir de esta derivación en el caso de así decidirlo.

En el nivel de participación de **consulta**, identificamos un grado más de participación en lo que respecta a las intervenciones grupales realizadas por el equipo de salud mental, donde se manifiesta la opinión de los participantes, ya sea en las temáticas a abordar o las actividades a realizar, considerando su opinión respecto a la planificación de las sesiones. Respecto a la organización de los talleres, los pacientes se encontrarían en el más bajo nivel de la escala de participación que es el de información de calidad, ya que no cuentan con la injerencia en lo que respecta a los horarios, días o lugares físicos, en los que se realizarán estas actividades debido a que esto ya se encuentran estipuladas con anterioridad.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

- **Programa Salud Sexual y Reproductiva:**

Nos encontramos en el Nivel de Información de Calidad, ya falta idear estrategias para extendernos a la comunidad y poder anticiparnos a las

necesidades de la población, cuantificar efectivamente lo que esperan de nosotros y entregar mayor información, las mesas territoriales nos darán la posibilidad de avanzar al Nivel de Consulta.

- **Programa Adulto y Adulto Mayor:**

Al realizar esta consulta a algunos de los integrantes del equipo que participa en el Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor, todos coincidieron en que nos encontramos en el Nivel "Información de Calidad" y en este aspecto hemos dado pasos importantes con la creación de Consentimientos Informados y Pautas Educativas Estandarizadas (Guías Anticipatorias), además de una u otra forma, cada uno de los profesionales debe entregar información de calidad y clara sobre el Programa, Intervenciones, Tratamiento, Etc. al momento de las consultas. Sin embargo, con respecto a la retroalimentación, aunque no disponemos de un sistema formal para que ello ocurra, los mismos controles nos permiten recibir opiniones o sugerencias de los usuarios. Pero entendemos que en ese aspecto del nivel estamos en deuda y podemos generar instancias o instrumentos más formales para ello, por ejemplo someter las pautas educativas a consulta por parte de los usuarios a fin de saber si para ellos la información es clara y fácil de entender, si les gustaría que incorporara otros aspectos o si les parece que debiera quitarse cierta información.

2.- En segunda instancia, para realizar el Diagnóstico de Niveles en la Comunidad, se realizó una consulta ampliada en Reunión Mensual de Consejo de Usuarios, a dicha Reunión se invitó a 3 organizaciones distintas del Consejo de Usuarios y a un representante del SSMSO para que nos apoyara. Luego de presentar los Niveles, revisar y comprender cada uno de ellos. La comunidad considera que nos encontramos en Nivel de Consulta y Toma de Decisiones. Referente a Consulta, manifiestan que se ha solicitado su opinión para las Cuentas Públicas y por otro lado que han tenido incidencia en elegir, por ejemplo: fecha y horario de su citación. Para seguir avanzando refieren que se debe aumentar la participación

Participacion Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

activa de los usuarios en las Reuniones a las cuales se les invita, ya que es la mejor forma de conocer y vincularse con el Establecimiento.

- **Conclusión General:**

Actualmente como Equipo de Salud se considera que nos encontramos en un proceso de consolidación del nivel básico, es decir, mejorando nuestros procesos para entregar información de calidad y, paralelamente, se está avanzando hacia desarrollar estrategias de consulta donde las opiniones de los usuarios sean consideradas efectivamente, en instancias que sean representativas, inclusivas y que avancen hacia la toma de decisiones. Este análisis es distinto del que considera la Comunidad, ya que ellos observan que nos encontramos más avanzados. Se puede concluir que como Equipo de Salud tenemos una mirada más crítica de la que mencionan nuestros usuarios. Lo cual nos indica que podemos partir por posicionar el Nivel de Información de Calidad, es decir, que la información que entreguemos sea comprendida por nuestros usuarios, al estar el Nivel 1 consolidado y podremos avanzar con una base sólida al Nivel 2 de Consulta.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

DEFINICIÓN DE LINEAS ESTRATEGICAS

Este Plan se sustenta en líneas estratégicas generales, surgidas del Plan Estratégico de Participación del SSMSO, de esta forma nos sumamos para contribuir a la Planificación en Red. Señalar que se ha elaborado el cronograma por semestre, entre los años 2016 y 2018.

Las líneas estratégicas generales son las siguientes:

1.- Gestión Participativa
2.- Ampliar base de representación
3.- Información y Educación en Participación Ciudadana en Salud

Líneas estratégicas específicas:

- Cuenta Pública Participativa

Mayor transparencia y calidad de la información en la CPP

Fortalecimiento de la participación ciudadana en la CPP

- Consejos de Usuarios

Renovación de Directiva y Posicionamiento de los Consejos de Usuarios en sus territorios

- Diálogos Ciudadanos

Usuarios mejor preparados para los Diálogos

Metodología del mecanismo

- Consulta Ciudadana

Instalación como Mecanismo de Participación en la Red

Aseguramiento de condiciones para la implementación

Participación Social
UESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

ESTRATEGIA METODOLOGICA

En principio, para desarrollar nuestro Plan se socializará en distintas instancias del Centro de Salud, tales como:

- Consejo Técnico
- Consejo de Usuarios
- Reunión General

Para garantizar la participación tanto del Consejo de Usuarios, como de las 3 organizaciones sociales, se actuará dependiendo de la necesidad de cada actividad, siempre se focalizará en la participación activa de los actores sociales.

- Ejecución de actividades en horarios acordes a la posibilidad real de asistencia de los usuarios
- Invitación formal previa actividad
- Confirmación de asistencia vía telefónica al día previo a la actividad.

La Planificación y calendarización de las Reuniones se realizó de forma Semestral, con el fin de tener un tiempo amplio para la implementación de actividades, difusión y evaluación de las mismas.

En primera instancia se solicitó la protección de horas necesarias tanto del Equipo de Participación, como de los funcionarios que serán parte de la actividad, sin embargo, es importante mencionar que no se cuenta con las horas protegidas para el Equipo de Participación, ya que ellas no fueron incluidas en la Programación Comunal 2017, lo anterior dificulta el cumplimiento de nuestra meta y no permite el desarrollo fluido de las actividades.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Matteletti

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

OBJETIVOS, ACTIVIDADES, INDICADORES, PARTICIPANTES, RESPONSABLES, IMPACTO Y/O RESULTADOS ESPERADOS Y VERIFICADORES

Linea Estratégica	Objetivo Estratégico	Actividades	Descripción Metodológica	Producto esperado	Medio Verificador	Responsable	Participantes	Indicador
Gestión Participativa	Instalar en el equipo la importancia de la participación social	Conformación del equipo de participación	Elección de funcionarios vinculados con la comunidad	Equipo conformado	Listas de asistencias con firmas, fotografías de las reuniones.	Edith Lazo	Edith Lazo, Cecilia Portius, Juan Carlos Flores, María Alicia Velásquez, Tatiana Rementería, José Miguel Adaros, Pablo Vidal, Karina Gallardo.	Conformación del Equipo multidisciplinario e intersectorial con al menos 5 estamentos distintos
		Capacitación en Gestión participativa a funcionarios y usuarios involucrados.	Actividad Educativa teórico-practica sobre "Participación Comunitaria"	Funcionarios y Usuarios Capacitados en Participación	Listas de asistencias con firmas, evaluación y fotografías de la actividad	Dpto. Participación SSMSO y Equipo de Participación CESFAM	Equipo Técnico, Consejo de usuarios y org. Sociales involucradas en el Plan	75% de los funcionarios convocados y al menos 1 representante de cada organización capacitados
		Difusión de los diagnósticos participativos realizados anteriormente	Se entrega fecha de actividad en Reunión de Mesa Territorial Sectorizada, Unidades Vecinales, Consejo de Usuarios	Comunidad Informada de la actividad para el Diagnóstico Participativo y Plan de Mejora 2015	Acta y Registro fotográfico de difusión del Diagnóstico en Mesas Territoriales	Jefes de Sector	Jefes de Sector, Equipo de Participación y Comunidad	Entrega de la información al 100% de las unidades vecinales vigentes, al consejo de usuario y a las tres mesas territoriales según acta.
		Comité de gestión de solicitudes ciudadanas	Análisis de solicitudes ciudadanas observando puntos críticos	Plan de mejora a corto plazo sobre reclamos mas habituales	Lista de asistencia, acta de reunión y registro fotográfico	Equipo de Participación	Dirección, equipo de participación, consejo de usuarios y los gremios	95% de las solicitudes ciudadanas analizadas y realización de plan de mejora
Gestión Participativa	Adecuación de la estructura organizacional para la participación ciudadana	Gestión de asignación de horas al equipo de participación, para ejecución de actividades y reuniones con actores de la comunidad	Solicitar la incorporación de las horas protegidas en la Programación 2017	Agendas con horas protegidas para el equipo de participación	Acta de Reunión de Directores, en la cual se solicitan horas	COMUDEF	Dirección y COMUDEF	Asignación de horas protegidas para el 90% del equipo de participación en un 100% de actividades
		Participación de representantes de la comunidad en las reuniones del centro	Calendarizar 1 reunión mensual en el Centro de Salud	Comunidad participa regularmente	Listas de asistencias con firmas, evaluación y fotografías de la actividad	Equipo de Participación	Comunidad	Representantes de la Comunidad participan en al menos el 75% de las reuniones convocadas
		Aumento de la participación del equipo en la construcción de la cuenta pública participativa	Inclusión del equipo de participación en las reuniones previas a la cuenta pública participativa, con el fin de complementar las funciones realizadas por el personal del CESFAM	Cuenta Pública Participativa con un mayor enfoque en Participación comunitaria.	Listas de asistencia firmadas, registro fotografíco, presentación de cuenta pública.	Equipo de Participación	Equipo de Participación	el 100% de las reuniones previas a la cuenta pública involucra al menos cuatro participantes del equipo de participación.
		Participación del equipo en la actualización del diagnóstico participativo	Inclusión del equipo de participación en las reuniones previas al diagnóstico participativo, con el fin de complementar las funciones realizadas por el personal del CESFAM	Diagnóstico Participativo con mayor influencia del Equipo de Participación.	Listas de asistencia firmadas, registro fotográfico, informe del diagnóstico participativo.	Jefes de Sector y Equipo de Participación	Jefes de Sector, Comunidad, Equipo de Participación	el 100% de las reuniones previas al diagnóstico participativo involucra al menos tres participantes del equipo de participación.

Ampliar base de representación	Generación de nuevos espacios y formas de participación para captar a grupos ausentes en la red	Elaboración de catastro de redes del CESFAM	Contacto telefónico y en terreno con líderes comunitarios, representantes de oraganizaciones sociales. Identificando nuevos grupos organizados dentro de la Comunidad.	Catastro actualizado de redes comunitarias del centro de salud	Informe de catastro actualizado a la fecha correspondiente, con información de contactos.	3 integrantes del equipo de participación	Equipo de Participación	Al menos el 75% de las organizaciones identificadas por el CESFAM son contactadas para elaborar el catastro
		Identificar espacios comunitarios estratégicos en el territorio para realización de actividades y/o reuniones	Búsqueda de lugares comunitarios estratégicos dentro del territorio con el fin de implementar reuniones fuera del centro de salud	Inclusión de espacios comunitarios disponibles en el catastro de redes actualizado	Registro fotográfico e inclusión en el Catastro	Equipo de Participación	Equipo de Participación	Identificación de al menos 3 espacios comunitarios estratégicos
		Mesas territoriales organizadas por sector con plan de reuniones anual	Organización de mesa territorial y plan de reuniones anual por Jefe de cada sector y funcionarios designados afines al trabajo comunitario.	Conformación de mesa territorial por sector con plan de reuniones anual	Plan de reuniones anual.	Jefe de Sector y funcionarios designados	Jefe de Sector, funcionarios designados, comunidad y Equipo de P.	el 100% de los sectores del cesfam cuenta con su plan anual de reuniones
		Trabajo en las mesas territoriales por sector.	Convocar a organizaciones sociales organizadas y no organizadas para asistir a las mesas territoriales por sector.	Mayor representatividad de grupos ausentes en las mesas territoriales.	Listas de asistencia firmadas, registro fotográfico y acta de trabajo de mesa territorial	Jefes de Sector	Jefe de Sector, funcionarios designados y comunidad	Cada sector logra convocar al menos 2 organizaciones sociales para su mesa territorial
Ampliar base de representación	Implementar trabajo territorial para generar vínculos con nuevas org. Sociales	Coordinación de visitas a organizaciones sociales en el territorio por parte del equipo del CESFAM	Convocar organizaciones sociales a las actividades del Centro de Salud	Realización de visitas comunitarias a organizaciones sociales	Listas de asistencia firmadas, registro fotografíco y registro en Rayen.	Equipo de Participación	Equipo de Participación y comunidad	N° de organizaciones sociales convocadas de acuerdo a actividades planificadas
	Captar grupos ausentes en el cesfam, pueden ser formales o informales	Inclusión de nuevas organizaciones en la actualización del diagnóstico participativo y en la cuenta pública	Búsqueda intencionada y reuniones con informantes claves de nuevas organizaciones a incluir en el diagnóstico participativo y cuenta pública participativa	Inclusión de nuevas organizaciones comunitarias al diagnóstico participativo y cuenta pública	Listas de asistencia firmadas, registro fotográfico, diagnóstico participativo y pressentación de cuenta pública	Equipo de Participación	Equipo de Participación	Cuenta pública y diagnóstico participativo incluyen al menos dos organizaciones por primera vez
Información y educación en participación ciudadana en salud	Difundir información masiva y permanente aprovechando los medios más eficientes	Solicitar desbloqueo de redes sociales (Facebook, Twitter, Pagina web)	Coordinación para solicitud de desbloqueo a COMUDEF desde la Dirección del CESFAM para desbloqueo de redes sociales por equipo designado	Página web y redes sociales desbloqueadas en computadores de Equipo	Página web y redes sociales activas	COMUDEF y Dirección	COMUDEF, Direcció y Equipo de Participación	N° de coordinaciones para solicitud de desbloqueo
		Creación de afiches,dípticos y capacitaciones sobre participación ciudadana en salud (ley de transparencia, derechos y deberes, etc)	Generación de material educativo e informativo sobre participación comunitaria. Capacitaciones para la comunidad realizadas en el centro por parte del SSMSO que tengan como objeitvo educar sobre los proceso comunitarios (ley de transparencia, derechos y deberes, formulacion de consultas ciudadanas)	Nuevo material informativo disponible, talleres educativos comunitarios.	Listas de asistencia firmadas, registro fotografíco y registro en Rayen, presentaciones de capacitaciones.	SSMSO Equipo de Participación	Equipo de Participación y comunidad	Se realiza al menos una capacitación por parte del equipo de SSMSO a la comunidad.
		Utilización de los diarios murales del centro para difusión de temas asociados a la participación cuidadana	Actualización de diarios murales con información asociada a participación comunitaria	Diaros murales actualizados con informacion asociada a participacion comunitaria	Registro fotográfico	Equipo de Participación	Equipo de Participación y Comunidad	Se realizan al menos 4 actualizaciones anuales a los diarios murales con información asociada a la participación
		Capacitaciones en mesas territoriales de los asesores técnicos y/o unidad, para educar sobre el funcionamiento de cada programa	Capacitación entregada por los asesores técnicos sobre el funcionamiento de cada programa.	Comunidad informada sobre el funcionamiento de los distintos programas del centro	Registro fotográfico, registro de nueva directiva	Jefes de Sector	Jefe de Sector, asesores de programa, funcionarios designados y comunidad	Presentación del 100% de los programas del CESFAM en al menos una de las mesas territoriales.
		Actividad de difusión del Consejo de Usuarios en la comunidad.	Presentación del Consejo de Usuarios a la Comunidad	Comunidad en conocimiento de la existencia de Consejo de Usuarios	Registro fotográfico, actas	Consejo de usuarios y Equipio de Participación	Equipo de Participación, directiva de Consejo de Usuarios, otros miembros de la comunidad	Se realiza al menos una presentación anual del consejo de usuarios a la comunidad del CESFAM
		Diálogo Ciudadano	invitar, convocar y capacitar a usuarios asistentes a diálogos ciudadanos comunales	Usuarios informados para negociar con la autoridad	Registro fotográfico, listas de asistencia y acuerdos	COMUDEF y Equipo de Participación	COMUDEF, usuarios y Equipo de Participación	Se realiza al menos una capacitación anual a los usuarios sobre dialogos ciudadanos

PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGIA

La elaboración del Plan de Participación se llevó a cabo por medio de un proceso de invitaciones dirigidas a la Comunidad y varias etapas de Reuniones Participativas. El diseño participativo permite que nuestro Plan se traduzca en acciones concretas a realizar.

ETAPAS DE DISEÑO

1° En la primera etapa se realizó una Reunión inicial con integrantes de Consejo Técnico y directiva de Consejo de Usuarios con la finalidad de dar a conocer la Planilla de Diseño del Plan de Participación 2016-2018. Esta se proyectó y luego socializó vía correo electrónico a los asistentes. Al no haber aportes la Planilla fue completada por Encargada de Participación y se citó a una 2da Reunión con integrantes de Consejo Técnico, en dicha Reunión se obtuvieron aportes reflejados en el Diseño, el cual fue entregado el día 30 de Enero de 2016. Hasta esta fecha el Equipo de Participación era conformado por todo el Consejo Técnico del Establecimiento.

2° En el Mes de Marzo y Abril Encargada de Participación realizó visitas a distintas organizaciones sociales, Clubes de Adulto mayor, Unidades Vecinales, etc, con el fin de socializar el Diseño del Plan de Participación e invitar abiertamente a las organizaciones a participar y ser parte él. En general las organizaciones se mostraban agradecidas de que como Centro de Salud nos acercáramos a ellas para en conjunto elaborar un Plan de Trabajo. Tres de las organizaciones invitadas fueron quienes mostraron mayor interés y motivación. Ellas son: Directiva Unidad Vecinal N° 28, Club de Adulto Mayor Guacolda y Grupo de Actividad Física Unidad Vecinal N° 20.

3° En el mes de agosto el SSMSO realiza Taller de Participación al Equipo Técnico del Centro de Salud, en una Jornada de Consejo Técnico. En dicha

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

actividad se define el concepto de Participación, Niveles y Mecanismos. Luego de esta jornada se les solicita a cada Jefe y Asesor de Programa que realicen el Diagnóstico de Niveles de Participación en sus respectivas Unidades y Sectores. Luego de esta Jornada y de recibir los insumos entregados por cada Equipo, se evidencia que funcionarios tienen más aptitudes y motivaciones para formar parte del Equipo de Participación. De Consejo Técnico serían Jefes de Sector, Asesor de Programa Adolescente y Asesor de Programa de Salud Oral. Con autorización de la Dirección del Establecimiento se incorporó al Equipo a dos funcionarios que si bien no son parte del Consejo Técnico, cuentan con capacidades y motivación para trabajar en Participación Social. A continuación se nombra a los funcionarios integrantes del Equipo:

Funcionarios

- ✓ José Miguel Adaros Díaz, Psicólogo Sector Otoño
- ✓ Karina Gallardo Altamirano, Nutricionista, A. Técnico P. Adolescente
- ✓ Juan Carlos Flores Díaz, Matrón Jefe Sector Otoño
- ✓ Cecilia Portius Aravena, Encargada de Participación Social
- ✓ Tatiana Rementeria Tricallotti, Matrona Jefa Sector Verano
- ✓ María Alicia Velásquez Negrete, Nutricionista Jefa Sector Primavera
- ✓ Pablo Vidal Oyarzún, Kinesiólogo Programa Más.

4° Teniendo ya conformado el Equipo de Participación con los funcionarios, el Consejo de Usuarios y con las 3 organizaciones sociales, se solicitó el bloqueo de horario protegido para Participación, durante el año 2016 este será de 3 horas Mensuales con el compromiso de aumentarían las horas el año 2017, reflejando la necesidad antes de la Programación.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

Las 3 organizaciones sociales que ya forman parte del Plan son:

- Club de Adulto Mayor “Guacolda”, compuesto por 35 personas, se reúnen los días Miércoles de 16:00 a 20:00 horas en Calle Guacolda N°620, ubicado en Unidad Vecinal N°27.

- Club “Las Mandalas”, surge de las Intervenciones de Programa Más, compuesto por 15 personas aprox., se reúnen los días Jueves en Sede de Unidad Vecinal N°20, ubicada en Calle César Cecchi N°341.

- Grupo de Autoayuda “Ilusión”, surge del Grupo de Apoyo Terapéutico de Programa de Salud Mental del Centro de Salud, compuesto aprox por 10 usuarias se reúnen los días Lunes de 08:30 a 10:00 en dependencias del CESFAM y los días Viernes de 10:00 a 11:30 en Sede Unidad Vecinal N°20.

5° La primera Reunión en conjunto con las 3 organizaciones sociales y los funcionarios del Equipo de Participación se llevó a cabo durante el Mes de Septiembre en la Reunión de Consejo de Usuarios. A dicha Reunión asistió representante de SSMSO con la finalidad de ayudarnos en el Diagnóstico de Niveles de Participación. Este proceso tuvo como objetivo recoger de primera fuente el diagnóstico de Niveles de Participación de los usuarios organizados, de modo de hacer explícitos los avances, estancamientos o retrocesos de la participación.

6° Luego el día 24 de Septiembre, ya teniendo el Diagnóstico de Nivel de Participación tanto de la Comunidad como del Equipo de Salud, nos volvimos a reunir para comenzar con los principales lineamientos de nuestro Plan, se definieron líneas y objetivos estratégicos, en esta Reunión se toma como acuerdo que para poder avanzar se debe solidificar la Base del primer Nivel que es Información de Calidad.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Mamoleti

7° Por último, se realizan Reuniones de Equipo de Participación para trabajar con los insumos y productos surgidos de las Instancias anteriores, con el fin de elaborar el documento Plan de Participación, completar la Matriz, describir los objetivos así como las actividades para materializarlos.

MODALIDAD DE EVALUACION DEL PLAN

El cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Participación Social implica un desafío de coordinación y colaboración tanto del Equipo como de las organizaciones comprometidas en la ejecución de las acciones que conlleva al cumplimiento de los objetivos estratégicos. Este proceso se encuentra orientado y sustentado por las propias normativas vigentes como la Ley 20.500, la Norma de participación N°31 y Meta Sanitaria N° 07 de APS.

El sistema de seguimiento y evaluación del Plan se articulará a través de los siguientes elementos:

- **Órganos y figuras responsables del seguimiento y de la aplicación del Plan**

En general serán los profesionales del Equipo de Participación Social los encargados de asesorar los procesos participativos, quienes harán el seguimiento de la implementación de las acciones, tanto las que le corresponden directamente ejecutar como de aquellas delegables al resto de funcionarios del Equipo de Salud del Establecimiento.

- **Herramientas de evaluación**

Dado que el Plan se ha planificado para tres años, se hace necesario establecer hitos intermedios que den cuenta de la gradualidad de los procesos de implementación.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

1) Realización de una evaluación del proceso de implementación del Plan, de carácter intermedio en segundo trimestre de los años 2016, 2017 y 2018. Dicha evaluación se centrará en el proceso de aplicación de las actividades

correspondientes. Cada evaluación intermedia deberá contemplar correcciones y ajustes al cronograma del plan y su contenido, si lo amerita.

2) Realización de una evaluación del proceso de implementación del Plan, de resultados e impacto de carácter final, en diciembre de los años 2017 y 2018. En esta fase se buscará una evaluación de resultados de las actividades programadas y de impacto en cuanto a avances en Niveles de Participación. La evaluación incluirá también un análisis respecto al cumplimiento, de los indicadores establecidos en el Cuadro de mando.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

ANEXOS

Cronograma:

Actividades	3°T 2017	4°T 2017	1°T 2018	2°T 2018	3°T 2018	4°T 2018
Conformación del equipo de participación						
Capacitación en Gestión participativa a funcionarios y usuarios involucrados.						
Difusión de los diagnósticos participativos realizados anteriormente						
Comité de gestión de solicitudes ciudadanas						
Gestión de asignación de horas al equipo de participación, para ejecución de actividades y reuniones con actores de la comunidad						
Participación de representantes de la comunidad en las reuniones del centro						
Aumento de la participación del equipo en la construcción de la cuenta pública participativa						
Participación del equipo en la actualización del diagnóstico participativo						
Elaboración y actualización de catastro de redes del centro						
Identificar espacios comunitarios estratégicos en el territorio para realización de actividades y/o reuniones						
Mesas territoriales organizadas por sector con plan de reuniones anual						
Trabajo en las mesas territoriales por sector.						
Coordinación de visitas a organizaciones sociales en el territorio por parte del equipo del CESFAM						
Inclusión de nuevas organizaciones en la actualización del diagnóstico participativo y en la cuenta pública						
Solicitar autorización para desbloqueo de redes sociales (Facebook, Twitter, Pagina web)						
Creación de afiches,dípticos y capacitaciones sobre participación ciudadana en salud (ley de transparencia, derechos y deberes, etc)						
Utilización de los diarios murales del centro para difusión de temas asociados a la participación cuidadana						
Capacitaciones en mesas territoriales de los asesores técnicos y/o unidad, para educar sobre el funcionamiento de cada programa						
Actividad de difusion de nueva directiva de Consejo de Usuarios en la comunidad.						
Diálogo Ciudadano Comunal						

FIRMAS INTEGRANTES DEL EQUIPO

_____	_____
Edith Lazo Moreno Directora	María Alicia Velásquez Jefa Sector Primavera
_____	_____
Cecilia Portius Aravena Encargada de Participación	Pablo Vidal Oyarzún Kinesiólogo Programa Más
_____	_____
José Miguel Adaros Díaz Psicólogo	Juan Carlos Flores Jefe Sector Otoño
_____	_____
Tatiana Rementería Jefa Sector Verano	Karina Gallardo Altamirano Encargada Adolescente

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Niveles de Desarrollo de la Participación Ciudadana, Arnstein 1969
- ✓ Plan Estratégico de Planificación Social en Salud, Periodo 2015 a 2018 SSMSO.

Participación Social
CESFAM
Dr. Fernando Maffioletti

PLAN TRIANUAL

DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

CESFAM Santa Amalia

PERIODO 2016-2018

ÍNDICE

ÍNDICE	**2**
PRESENTACIÓN	**3**
CONTEXTO	**5**
DIAGNÓSTICO DE LOS NIVELES DE PARTICIPACIÓN	**13**
DEFINICIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS	**15**
OBJETIVOS	**20**
ESTRATEGIA METODOLOGICA	**21**
MODALIDAD DE EVALUACIÓN	**25**
BIBLIOGRAFÍA	**27**

PRESENTACIÓN

El Centro de Salud Familiar Santa Amalia cumple en Diciembre de 2016 12 años de experiencia, otorgando prestaciones directas de salud a los usuarios e incorporando a la comunidad organizada y vecinos de las unidades vecinales 13, 14 y 18 de la comuna de La Florida en estrategias de participación social y promoción de la salud.

Experiencia que proviene del Equipo de Salud y miembros del Consejo de Usuarios, representados hoy en su Directiva, ambos coordinados para vincular de manera más eficaz la salud primaria con los vecinos. El año 2016 se le ha asignado relevancia a la participación social en la gestión de este CESFAM, situación favorecida por la modificación de la Meta Sanitaria N° 7 que supone la conformación de un equipo de Salud responsable del Plan Participativo que ha sido colaborativo, siendo el Director el principal responsable de garantizar las estrategias y mecanismos necesarios para una participación más efectiva y representativa.

Gracias al trabajo metódico, constante y progresivo del equipo de salud y la comunidad el CESFAM Santa Amalia es en la actualidad un Centro de Salud Familiar abierto a la colaboración e integración de nuevos actores de salud comunitarios. En su trayectoria ha crecido en número de inscritos y de redes locales que contribuyen al bienestar bio- psico- social de sus vecinos, buscando espacios locales para desarrollar proyectos de prevención y promoción de la salud en distintos puntos del territorio, generando un impacto reconocido por los actores participantes.

El Plan de participación social trianual es un instrumento que definirá las orientaciones y estrategias para asegurar entre los años 2016 y 2018 el derecho de las personas de conocer, involucrarse, e incidir en las acciones de salud que desarrolla e implementa el equipo de salud con colaboración de representantes comunitarios basadas en los diagnósticos participativos sectorizados y que deberían impactar en los estilos de vida de los usuarios y vecinos de los territorios.

Este instrumento constituye una oportunidad también para generar instancias de diálogos horizontales entre el equipo de salud y los vecinos que representan al territorio donde está emplazado el Establecimiento. La conformación de un equipo responsable del Plan Participativo otorga la importancia y transversalidad que tiene el aspecto social en la causa de las enfermedades, la difusión de este gran trabajo de equipo salud-comunidad instalado y trabajando para un fin común y especialmente el liderazgo del equipo Directivo del Centro de Salud en esta tarea, hacen m necesario y urente ampliar la base de representatividad social y que esta tenga la capacidad de influir a mediano plazo en las decisiones y estrategias de salud de la población a la que le pertenece el CESFAM .

Este Plan si pretende aumentar el nivel de participación en salud, debe ser inclusivo no discriminador, por ese motivo tiene un énfasis especial en aquellos factores que dificultan a participación de personas con capacidades y culturas diferentes.

ANÁLISIS DE ANTECEDENTES

Para diseñar de manera colaborativa un plan que garantice la participación efectiva de los actores implicados en la salud de su comunidad, resulta necesario contextualizar las estructuras, los condicionantes de la salud y la relación del centro de atención primaria en salud con la comunidad, comenzaremos por enunciar algunos antecedentes sobre los orígenes del Centro de salud Familiar Santa Amalia.

1.1 CESFAM Santa Amalia y aspectos relevantes de su territorio

El CESFAM Santa Amalia fue inaugurado el 21 de diciembre de 2004 durante el gobierno de don Ricardo Lagos E., en el Ministerio de Salud se encontraba don Pedro García A., el Intendente era don Marcelo Trivelli O., y el alcalde de La Florida, don Pablo Zalaquett S.(1)

Su población corresponde a los habitantes de las unidades vecinales 13,14 y 18 en la comuna de La Florida, se encuentra emplazado en la Calle Santa Amalia 0202, en un lugar de fácil acceso a pasos de Avenida Vicuña Mackenna, cercano a la estación de metro Trinidad, es posible considerar que su entorno es privilegiado, en su frontis se encuentra el Parque Mónaco, que cuenta con senderos, áreas verdes, bancas, juegos infantiles, una cancha acondicionada para la práctica de skateboard. Reuniendo de acuerdo a los horarios y los días de la semana a personas de distintos grupos etáreos, donde se instalan comerciantes informales que ofrecen alimentos o juegos infantiles de acuerdo a la temporada.

El total de población validada del CESFAM Santa Amalia el año 2015 es de 40.023 inscritos (2), divididos en 2 sectores (Azul y Verde),con un equipo de cabecera cada uno, el sector verde (unidad vecinal N° 14 y el sector sur parte de la unidad vecinal 18) y el sector azul, (unidad vecinal N° 13 y sector norte de la unidad 18), respecto de características demográficas de nuestros inscritos es similar a la realidad nacional considerando que la mayoría son adultos y adultos mayores (ver Anexos, gráficos 1, 2, 3).

El territorio del CESFAM está caracterizado por la heterogeneidad respecto de la situación socioeconómica, pues parte de la unidad vecinal 18 podría pertenecer a la clase media, cuyos miembros suelen inscribirse en el CESFAM cuando están jubilados o cesantes, entendiendo que si bien la mayoría de estas familias son dueñas de las propiedades, en las mismas se construyen otras viviendas que ocupan familiares como hijos, sobrinos, nietos, etc. por lo que son

compartidas y en ocasiones se generan conflictos de convivencia o tenencia de la propiedad, o bien arriendan piezas donde viven usuarios. Respecto de las villas o poblaciones más vulnerables hay 3 claramente identificadas; en el sector verde se encuentra la Población Patria Nueva, ubicada en San José de La Estrella vereda sur entre María Inés y Tauro, caracterizada por viviendas de autoconstrucción, instaladas en un terreno que fue una toma de terreno durante la década del 60´, en la actualidad viven mayoritariamente familias extendidas, en situación de hacinamiento, las viviendas cuentan con escasas condiciones de habitabilidad (permeables a condiciones climáticas), los dueños de las casas son adultos mayores, con enfermedades crónicas y con diversos grados de dependencia de cuidados de terceros, cuentan con una cancha y sede social y los dirigentes de ese lugar se organizan en función de conseguir beneficios para su comunidad, carecen de áreas verdes y de juegos infantiles, tienen acceso cercano a locomoción, colegios, servicios religiosos.

El Otro sector vulnerable son las villas Amador Neghme y Juan Egenau, ubicadas juntas entre Santa Raquel y Venus por Sotero del Río, en la unidad vecina N° 13, en ambos casos se trata de condominios de vivienda Social Edificios de 4 pisos con escaleras cruzadas, inauguradas en los años ´90, se trata de departamentos de 2 dormitorios, baño, cocina y living comedor, de construcción sólida, con espacios reducidos, donde viven familias extendidas en condiciones de hacinamiento, cuentan con una cancha de baby fútbol y una sede social, están cercanos a locomoción, a la 36° Comisaría de Carabineros, colegios y jardines Infantiles, carecen como en el caso de la otra población descrita, de áreas verdes y juegos infantiles, varios de sus habitantes se dedican a la actividad informal de elaboración y venta de ensaladas

1.2 Determinantes Sociales y Salud

Respecto a los determinantes sociales posibles de visualizar en salud y participación social, están los siguientes, los usuarios participantes formales en salud mayoritariamente son adultos mayores, pues acuden como pacientes crónicos al CESFAM, responden al envejecimiento poblacional y la cronicidad de las enfermedades en la vejez, además cuentan con mayor tiempo de ocio para destinarlo a las actividades comunitarias o sociales, en el horario de trabajo de los funcionarios de salud primaria, los adultos jóvenes por lo general trabajan y se trasladan en promedio dos horas diarias entre el trabajo y su hogar.

Además, en su mayoría son dirigentes sociales que han participado en Juntas de Vecinos, Comités de Adelanto o partidos políticos.

Los entornos deteriorados, los tiempos dedicados al trabajo incluyendo a traslado, los espacios comunes reducidos sin áreas verdes, el hacinamiento, el exceso de roles atribuidos aún a las mujeres en el hogar y la crianza, disminuyen el autocuidado de las personas, la posibilidad de hacer actividad física o recreativa, de asociarse inclusive, por falta de tiempos y espacios comunes adecuados, invisibilizando en ocasiones el capital social e incidiendo directamente en la capacidad de mantenerse saludables. La comuna de la Florida de acuerdo al resultado de la CASEN 2015 tiene un porcentaje de **3.1% de** personas en situación de pobreza acuerdo al ingreso per cápita, siendo el promedio 7.9% en la región Metropolitana. En Cuanto a la pobreza concebida de manera multidimensional, es decir, considerando 5 factores: 1. Educación, 2. Salud, 3.Trabajo y Seguridad Social, 4. Vivienda y Entorno 5. Redes y cohesión social: entonces el porcentaje cambia a **17%**, siendo el promedio en la RM de 21%. Entonces al hablar de pobreza en ambas situaciones estamos bajo el promedio de pobreza en la región, 4.8 puntos por debajo del promedio en el caso de los ingresos y 4 punto bajo el promedio en el caso de pobreza multidimensional. De acuerdo al ingreso per cápita podemos compararnos con comunas como San Miguel cuyo porcentaje de pobreza por ingreso per cápita es de 3.5%, no es el caso de la pobreza multidimensional, pues San Miguel presenta un 11, 6%; en ese caso somos comparables con la Comuna de Macul 17.5% y Quilicura con 18.5%. En Conclusión la Comuna de La Florida es heterogénea tiene sectores más carenciados y otros más acomodados, esta descripción general de la comuna puede atribuirse a los sectores que conforman el territorio del CESFAM Santa Amalia, como se mencionó en párrafos anteriores.

La situación política del año 2016 implica elecciones municipales, otro factor determinante, pues algunos de los representantes formales en salud tienen intereses particulares o colectivos asociados a un candidato con o sin partido político, lo que incide en la posible utilización de instancias participativas en salud como canal o instrumento para fines distintos al propósito original. Considerando que las actividades participativas para el desarrollo y elaboración de este plan ya concluyeron, es posible señalar que no fue una situación que incidió en el desarrollo de las actividades ni del resultado de este trabajo.

1.3 Algunas consideraciones de la Endo- Estructura

La cultura institucional del CESFAM desde sus inicios fue más bien fragmentada enfocada al desarrollo de los distintos Programas que están organizados por ciclo vital o por área de atención (programa de la mujer, programa del Adulto y Adulto Mayor, Infantil, Programa de Enfermedades respiratorias Infantiles, Programa de enfermedades respiratorias en el adultos, Programa de Salud Oral, Salud Reproductiva y Sexual, Salud Mental, etc.), incorporando paulatinamente la visión de salud familiar, enfocada en la familia y el entorno para conocer la realidad de las personas, pero realizando el trabajo familiar en horario diferente a la atención directa, con escaso seguimiento de los casos y baja participación de los equipos de sector.

Desde el año 2011 se hizo más evidente la sectorización, manteniéndose sólo dos unidades con funcionamiento transversal, teniendo impactos a nivel administrativo principalmente, es decir que los equipos multidisciplinarios tenían como jefatura directa a las jefas de cada sector. Para favorecer el trabajo en los territorios se han dividido los equipos de salud en dos sectores Azul Y Verde. Pero en el diseño de las estrategias de salud y de las atenciones directas no se encuentra la participación como un principio orientador, entendiendo que es primordial considerar que la persona que acude por una prestación de salud tiene derechos, deberes entre éstos debería responsabilizarse de su cuidado y el profesional facilitarlo, para ello debe tener sentido para el usuario el tipo y la forma en que se ofrecen soluciones de salud en esta organización llamada CESFAM Santa Amalia, para ello el prestador de salud se debe reconocer su particularidad y condicionantes de cada uno de sus usuarios, por ello es relevante el sector al que pertenece, el tipo de vivienda, su vida en comunidad. Lo que en general ocurre es que se reproduce en la mayoría de las atenciones el modelo biomédico, por la necesidad de satisfacer la demanda y optimizar los recursos.

Se debe tener en consideración que este CESFAM fue creado para absorber la sobredemanda del CESFAM Villa O' Higgins y Maffioletti programado para 20.000 inscritos y tenemos en la actualidad más de 40.000, la mayoría de los usuarios activos realizan controles crónicos por presentar enfermedades, los niños y adultos sanos realizan sus controles preventivos según etapa de desarrollo. Gran parte de los recursos profesionales y técnicos están destinados a la atención de estos pacientes crónicos en el CESFAM y aquellos que se encuentran con dependencia severa reciben sus prestaciones en domicilio (programa de atención Domiciliaria para pacientes con dependencia severa). Es decir, tenemos pacientes atendidos y con tratamiento,

para ello se cuenta con una farmacia bien abastecida, pero no necesariamente los usuarios adhieren bien o como quisieran los tratantes a las indicaciones de salud, de acuerdo a los datos nos encontramos en un nivel similar a las cifras nacionales. Por otra parte los intereses de los usuarios también están en contar con más, mejores tratamientos y más tratantes, por eso resulta tan atractiva y popular la creación de farmacias ciudadanas con precios rebajados, proyecto que se ha ido concretando progresivamente en varias comunas de la región metropolitana, lo anterior es medicalizar la salud, la salud es la consecuencia de un bienestar biopsicosocial que permite a las personas responsabilizarse por estos aspectos y controlar los factores que atentan contra ella y potenciar aquellos que la favorecen.

Las patologías crónicas más tratadas son las cardiovasculares, principalmente, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y en menor grado hipotiroidismo. La mayoría de los usuarios acude a tratamientos crónicos, controles con equipos de sector, La Unidad de Servicio de atención continua y el SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) son las más demandadas y porcentualmente la que concentraron la mayoría de los reclamos el año 2015, en el mismo espacio físico se realizan las tomas de muestras y exámenes como electrocardiograma, atenciones médicas de morbilidad diaria, curaciones de pacientes diabéticos.

1.4 La Participación Social en Santa Amalia

La Participación social comenzó el año 2005 con la formación de un comité de salud que se constituyó con un propósito más bien instrumental de solicitar recursos para mejorar el servicio prestado como por ejemplo: incrementar el número de médicos, conseguir el funcionamiento de SAPU hasta las 00:00 hrs., mejorar la disponibilidad de medicamentos en la farmacia, todas estas necesidades sentidas por dirigentes sociales, quienes se involucraron con el equipo de salud a través de trabajo directo con la Encargada de Participación y la Directora del Centro de salud en de ese periodo. En el Año 2012 se realizó un proceso eleccionario entre los socios del Consejo de Desarrollo Local eligiendo una directiva con personalidad jurídica, constituyendo planes de trabajo anuales de acuerdo a los lineamientos del servicio de salud metropolitano sur oriente y solicitando mediante consultas y plebiscitos la opinión de los usuarios respecto de sus requerimientos, como por ejemplo solicitar incorporación a APS de médicos especialistas, aumentar el horario de atención de SAPU a 24 horas, mejorar la infraestructura. En el año 2015 se realizaron elecciones nuevamente, por vencimiento de la directiva anterior, el número de socios participantes fue el mínimo requerido para validar la representatividad de la directiva electa, los miembros de la actual directiva, tienen en común haber participado en distintos roles en las directivas anteriores y que todos pertenecen al mismo grupo etáreo, es decir, son adultos mayores y todos tienen la experiencia de haber sido dirigentes, vecinales o estudiantiles en su juventud. Tres son las Encargadas de Participación Social que han estado a cargo de facilitar y liderar los objetivos de este programa.

Además se cuenta con la Ley 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, es una Ley promulgada el 16 de Febrero del 2011, cuyo eje central es la participación ciudadana en la Gestión Pública , en esta materia modifica la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Señala que el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones, por lo tanto, indica que los órganos de la Administración del Estado deberán establecer cuáles son las modalidades formales y específicas de participación que tendrán las personas y organizaciones sociales en el ámbito de su competencia. A su vez modifica la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, al establecer un nuevo órgano: los Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil, perfeccionando así la Ordenanza Municipal de Participación Ciudadana y finalmente entregando nuevas atribuciones a la Secretaría Municipal respecto de los procesos de

constitución de las asociaciones y fundaciones. Esta Ley rige a nuestro CDU, define sus estatutos y los incorpora en los Consejos de la Sociedad Civil, instancia en la que participan los presidentes.

Hasta el año 2015 el Consejo de Desarrollo Local o Consejo de Usuarios tenía la meta sanitaria N° 7 asociada a la elaboración, ejecución y evaluación de su plan anual.

Desde el año 2016 el Servicio Sur Oriente modificó esta meta responsabilizando a un equipo de trabajo encabezado por el Director, secundado por la Encargada de Participación Social, por funcionarios conocedores de la población y los territorios (jefes de unidades), y por miembros de la directiva del CDU, que por su experiencia como dirigentes son un nexo con la comunidad organizada del territorio. Esta reforma en la meta sanitaria y la atribución Directiva del Jefe del CESFAM, otorga relevancia a la participación, obliga a constituir un equipo para trabajarla y a considerar la opinión e implicancia de los miembros de la comunidad en las actividades y estrategias necesarias para la elaboración, desarrollo y evaluación del Plan Colaborativo de Participación trianual.

1.5. Nodos y Recursos para el trabajo colaborativo en Participación

En consecuencia de lo descrito anteriormente podemos identificar los siguientes recursos y nodos:

NODOS:

- Separación entre la atención directa de usuarios por enfermedades y la Participación Social, usuario concebido sujeto de atención más bien pasivo, o activo sólo si obedece indicaciones.

- La participación hasta el año 2015 más bien acotada a la inclusión en ciertas instancias como la gestión de las solicitudes ciudadanas o cuenta pública de los representantes de la directiva del Consejo de usuarios Santa Amalia.

- Escasa incorporación de los determinantes sociales al diagnóstico del estado de salud de los usuarios.

- Participación Social restringida a algo separado de la salud y cuya responsable había sido hasta ahora sólo de la encargada de participación social.

RECURSOS:

- Desde el 2016 con la incorporación de nuevos actores como miembros del consejo técnico, el Director como cabeza del Equipo y la comunidad, adquiere mayor relevancia la participación en salud dentro de la gestión del CESFAM, lo que la sitúa al menos en un lugar más trascendental que en el que había estado históricamente.

- Incorporación de nuevos actores comunitarios al trabajo con el equipo de salud, apoyando la formación grupos de Autoayuda y Autocuidado de usuarios internos y externos, participando activamente en acciones de promoción de la salud y participación social.

DIAGNOSTICO DE NIVELES DE PARTICIPACION

El diagnóstico de niveles de participación se realizó con representantes del equipo responsable de la elaboración del plan y de la comunidad representada por el consejo de usuarios, se discutió en base a lo descrito por Arnstein en su escala estadios de participación social; al respecto se consensuó que nos encontramos en el primer eslabón correspondiente a la **información de calidad**, estado que se fundamenta en el creciente trabajo de parte del equipo técnico del CESFAM por reformular y sistematizar procesos y mecanismos de acción poniéndolos a disposición de usuarios internos y externos, en este caso particular el consejo de Usuarios Santa Amalia actúa como interlocutor con los usuarios activos del CESFAM, sumado a los esfuerzos conjuntos de este Consejo de Usuarios con la Dirección de Establecimiento y el Programa de Participación Social y Promoción de la Salud ha sido posible reforzar vínculos con nuevas organizaciones sociales del territorio y con instituciones del inter sector, para permitir y facilitar la participación incipiente de sus actores en acciones de salud tanto en los territorios como en el Centro de Salud.

Para llegar al resultado de este diagnóstico se realizó una reunión con los participantes, donde se revisaron los planteamientos del autor mencionado respecto de los niveles de participación, generando una discusión sobre la situación local y el tipo de participación representada en Santa Amalia. Las conclusiones de la discusión generada son:

1.- los mecanismos válidos de participación vigentes son instancias donde la información se entrega de manera clara e inclusiva, inclusión demostrada con el incremento de participantes en mecanismos vigentes de participación social, como las cuentas públicas.

2.- no siempre es posible que los participantes en estos mecanismos actuales de participación social sean representativos de la mayoría de los habitantes del territorio correspondiente a Santa Amalia o de la población atendida.

3.- El trabajo con la comunidad ha progresado gracias al esfuerzo mancomunado iniciado desde los orígenes del Centro de Salud, pues ha propiciado la sensación de pertenencia de los participantes con antigüedad y experiencia en salud como es la Directiva del CDU.

Para definir el lugar de la participación en este Centro de Salud se solicitó el voto a mano alzada. En una primera instancia 6 votos fueron para el nivel de consulta y 3 para el nivel de información, situación que generó una nueva discusión para argumentar que el nivel de consulta

no está presente en cualquiera de las instancias de participación en salud, sino que más bien responde a situaciones puntuales y no generalidades, por lo anterior fue preciso consensuar una nueva votación. Cuyo resultado esta vez fue de 3 votos contra 6 siendo mayoría el nivel de Información, por las razones expuestas en el párrafo anterior.

Entre los argumentos expuestos por los votantes se relacionaron la consideración específica de la opinión de los usuarios para realizar mejoras en procesos de atención en salud, con resultados medibles, como por ejemplo, la introducción de modificaciones en la unidad de farmacia, entre ellas aumento de una ventanilla de atención, atención preferencial para ciertos casos, contratación de personal capacitado en horario de extensión, instalación de una televisión, cambio en la disposición de las sillas, estas medidas con el fin de descongestionar la alta demanda. Se trata de modificaciones que han generado impacto en la comunidad usuaria, y que dependen de la consideración de opiniones usuarias y de la intención de la dirección, jefaturas y personal de trato directo de mejorar continuamente, el impacto está demostrado en la disminución de reclamos por tiempo de espera en Farmacia. Este aspecto demuestra que hemos podido avanzar aunque parcialmente al segundo eslabón de participación social: CONSULTA, pero como este nivel no está reflejado en la mayoría de las prestaciones de salud realizadas, se ha determinado de manera conjunta que nos encontramos en el nivel básico con aspiraciones de subir de nivel durante la implementación del Plan Participativo Trianual 2016-2018.

Además de este Diagnóstico de Niveles de Información se actualizó el Diagnóstico Participativo Sectorizado, con las mesas territoriales y la participación de representantes y dirigentes de las unidades vecinales N° 13, 14 y 18, también se realizó el Diagnostico Participativo Adolescente en el Liceo Los Almendros con los estudiantes de 4° medio, en el cual se lograron visualizar sus interese y problemáticas en relación a la salud sexual y reproductiva, nutrición, participación social y prevención de drogas y OH. De estas intervenciones se desprenden las 4 líneas estratégicas del plan: Gestión Participativa, Ampliación la base de representación, mejorar los canales de información, Fortalecimiento de los mecanismos de participación ya existentes.

DEFINICIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas se relacionan con los enfoques o lineamientos de los que se fundamentan los objetivos planeados, trasversales al plan se contempla el aumento de recurso humano para apoyar el trabajo de participación social con el fin de poder abarcar más territorios, aumentar las salidas a terreno, realizar convocatorias personalizadas por ende con un impacto probablemente mayor, es por eso que es relevante que los profesionales incorporados a este equipo estén comprometidos con el trabajo comunitario, con la realización de prevención y promoción de la salud y con la visión de determinantes sociales para comprender el contexto de los habitantes de un determinado barrio. Estos profesionales serán junto a la encargada de Participación Social, los responsables de realizar compromisos con la comunidad y vinculaciones entre esta y el equipo de salud. Es preponderante garantizar el acceso a la información y educación en salud, el fortalecimiento de las redes comunitarias y fomento de una cultura institucional inclusiva.

1.- Gestión Participativa: Supone la adición de recurso humano para conformar un equipo de participación social que estará encabezado por la Encargada de Participación Social, contará con la incorporación de 2 profesionales quienes dedicarán 11 horas cada uno a complementar el trabajo comunitario, se trata de un equipo ya validado por la comunidad que facilitará la vinculación efectiva del equipo de salud con la comunidad. Se justifica este aumento de recurso humano para este ámbito fundamental y transversal al trabajo en el CESFAM pues se requiere de al menos de 22 horas de la encargada p. social, más al menos 2 profesionales incorporados a esta tarea, la encargada cuenta con 11 hrs., pues 22 son de gestión de reclamos y las otras 11 son de promoción de la salud, al validar este requerimiento se cumple con el Modelo Integral de Salud Familiar. Además se incorporarán a este equipo en la gestión, las 2 jefas de sector con las que cuenta el CESFAM, con la idea de programar actividades comunitarias en los territorios, participar de ellas y motivar y delegar funciones específicas en sus equipos de trabajo.

2.- Ampliación la base de representación: mediante la captación, mantención y re vinculación con organizaciones territoriales, para mantener y favorecer alianzas, de modo de contar con mayor representatividad en los diferentes mecanismos de participación social. Una red fundamental es el

trabajo con al menos tres grupos de autoayuda (Grupo GALM, Flor de Loto, Grupo Mensaje), en el Centro de Salud y la vinculación con comunidad Cristiana. Continuar con el apoyo al CDU, incorporar a representantes de las juntas de vecinos N° 13, 14 y 18 junto con las mesas territoriales y también intencionar el trabajo con la Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria. (Ver cuadros páginas 17, 18 y 19).

Esta estrategia otorga especial relevancia a la inclusión de manera transversal, por medio de acciones sencillas y de mediana complejidad con el propósito de generar desde el Centro de Salud condiciones mínimas que permitan asegurar la inclusión de personas con cultura y capacidades diferentes.

3.- Mejoramiento de los canales de información: utilizando tecnologías disponibles se procurará renovar sistemas actuales de información, incorporando producciones locales con apoyo de la comunidad a fin de bajar información a las bases, tanto epidemiológica, como de procedimientos administrativos, cuidado de enfermedades, estilos de vida saludable, labores de los grupos de autoayuda funcionando en el Centro de Salud.

4.- Fortalecimiento de los mecanismos de participación ya existentes: se pretende conseguir un aumento de la participación en cuentas públicas, consultas ciudadanas, asambleas de CDU, encuestas de satisfacción usuaria, ferias de salud, actividades del Plan de CDU, comité de gestión de solicitudes ciudadanas con la incorporación de recurso humano para mejorar el trabajo en terreno, el acceso a la información de usuarios y vecinos, la apertura del Centro de Salud a distintos tipos de organizaciones del territorio, lo que permitirá mayor incidencia en diseño y ejecución de los mecanismos de participación, por consiguiente mayor efectividad el propósito para el que fueron creados.

EQUIPO RESPONSABLE DE LA ELABORACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL TRIANUAL

MIEMBROS DEL EQUIPO	FUNCIONES	ROL
DIRECTOR DEL CESFAM DR. RICHARD ZAMBRANO	• LIDERAR EL EQUIPO DE TRABAJO • POTENCIAR EL VINCULO CON LAS ORGANIZACIONES SOCIALES E INTITUCIONES DEL INTER SECTOR • SUPERVISAR EL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Tendrá el rol de dirigir y liderar el proceso de este plan de participación, tanto en el intra como en inter sector. Supervisando su cumplimiento.
SUB DIRECTORA DEL CESFAM SRA. AMELIA TORO	• REPRESENTAR A LOS DIRECTIVOS EN LAS ACTIVIDADES TERRITORIALES • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Tendrá un rol representativo del CESFAM como una autoridad o directivo en las diferentes actividades territoriales a desarrollar.
JEFAS DE SECTOR: VERDE: PRISCILLA SANCHEZ AZUL: FRANCISCA ALTAMIRANO	• GESTIONAR EL RECURSO HUMANO PARA NECESARIO PARA ASEGURAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS COMUNITARIAS PARA LA ELABORACION Y DESARROLLO DEL PLAN • GARANTIZAR LAS PRESTACIONES EN LA COMUNIDAD PARA LA ELABORACION Y DESARROLLO DEL PLAN • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Tendrán un rol activo y participativo en la motivación de sus equipos y en la delegación de tareas para las actividades a desarrollar, además de participar en la planificación y gestión de recurso humano.
ENCARGADA DE PARTICIPACION DANIELA CONTRERAS CATALINA MUÑOZ	• FACILITAR EL ACCESO DE NUEVAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES AL TRABAJO COMUNITARIO DEL CESFAM • MANTENER LA INTERACCION CON LAS ORGANIZACIONES E INSTITICIONES CON LAS	Tendrá un rol motivador e intencionador en la planificación y desarrollo de las actividades. Realizará la labor de gestionar recursos y organizar y participar en el todo el proceso hasta su evaluación

	QUE SE TIENE UN TRABAJO PREVIO • PROPORCIONAR LOS ELEMENTOS TECNICOS Y METODOLOGICOS NECESARIOS PARA LAS ESTRATEGIAS TENDIENTES A MEJORAR EL NIVEL DE PARTICIPACION SOCIAL • GESTIONAR Y PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	
DIRECTIVA DEL CONSEJO DE USUARIOS PRESIDENTE: LUIS LECAROS SECRETARIA: SONIA UBILLA TESORERA: MARIA LUZ ACUÑA	• FAVORECER EL VINCULO CON LOS ACTORES COMUNITARIOS • APOYAR LA APLICACIÓN DE METODOLOGIA PARTICIPATIVA PARA RECOGER LAS OPINIONES DE LOS USUARIOS • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Tendrán el rol vincular con la comunidad y los territorios, participar de la planificación y la convocatoria a las actividades y la participación en ellas.
ENCARGADAS DE CALIDAD KATHERINE GONZALEZ JENNIFER VALENZUELA	• COLABORAR CON LA DIFUSION Y SENSIBILIZACION DE LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN EL CESFAM COMO PARTE DEL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA • ENTREGAR APOYO TECNICO EN LOS PROCESOS A DESARROLLAR • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Tendrán el rol de acompañamiento técnico en el desarrollo del proceso, tanto en la planificación como en la evaluación del mismo y además participarán de las actividades a desarrollar.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS PARTICIPANTES EN LA ELABORACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL TRIANUAL

ORGANIZACIONES SOCIALES	FUNCIONES	ROL
• GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA: **GALM** • ALCHOLICOS ANONIMOS: **GRUPO MENSAJE** • GRUPO DE AUTOAYUDA: **FLOR DE LOTO** • COMUNIDAD CRISTIANA: **IGLESIA ALIANZA MISIONERA** • ASOCIACION MAPUCHE: **LLUG KYM HUE HUARRIA**	• IMPLEMENTAR PROYECTOS EN EL CESFAM RELACIONADOS CON LOS OBJETIVOS DE SU ORGANIZACIÓN • APOYAR ACTIVIDADES COMUNITARIAS • INFORMAR Y DIFUNDIR A LOS USUARIOS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZARAN • PARTICIPAR EN EL PROCESO DE ELABORAR, IMPLEMENTAR Y EVALUAR EL PLAN.	Su rol será darse a conocer como organizaciones funcionales dentro del CESFAM e incorporar más usuarios a la participación social. Aportar ideas, participar de los diagnósticos y proyectos del CESFAM.
DIRIGENTES SOCIALES Y VECINALES: • JUNTA DE VECINOS N° 13 • JUNTA DE VECINOS N° 14 • JUNTA DE VECINOS N° 18	• COLABORAR EN LA DIFUSION Y CONVOCATORIA DE LOS VECINOS DEL TERRITORIO PARA LAS ACTIVIDADES A REALIZAR • PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS • PARTICIPAR EN LA EVALUACION DEL PLAN	Su rol será vinculante con la comunidad en la convocatoria a las actividades territoriales y en la participación de ellas.

FUNCIONES DEL EQUIPO DE PARTICIPACION

El Equipo de Participación tendrá como funciones, elaborar, implementar y evaluar el plan junto con los demás participantes y organizaciones señaladas anteriormente. Una de sus principales funciones será la organización de las actividades y velar por el cumplimiento del mismo. A su vez tendrá un rol motivador del proceso y también tendrá que socializar el plan en la comunidad y también dentro del CESFAM a los demás funcionarios. Dentro de este equipo compuesto por la encargada de participación y 2 profesionales del centro también está el CDU, los grupos de autoayuda: Flor de Loto, GALM, Grupo Mensaje, Alianza Misionera y la Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria. En conjunto se coordinaran las actividades planificadas, se llevaran a cabo y se realizará la evaluación.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Constituir un Plan de Participación Social para los años 2016-2018 con la intervención de actores relevantes del equipo de salud y representantes de la comunidad vinculados a acciones de salud perteneciente al territorio del CESFAM Santa Amalia.

Objetivos Específicos:

1. Conformar un equipo estable de Participación Social para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Trianual
2. Aumentar el N° de organizaciones comunitarias que desarrollan proyectos de salud coordinados con el Equipo profesional de participación social.
3. Garantizar la integración inclusiva de personas con capacidades y culturas diferentes
4. Mejorar los medios de información para la difusión de acciones de participación y contenido de salud (prevención y cuidado)

ESTRATEGIA METODOLOGICA

Como parte de la Estrategia Metodológica, se encuentra la conformación del Equipo de participación, que estará compuesto por la encargada de participación, dos profesionales del centro, el presidente del CDU y 1 representante de las organizaciones comunitarias que trabajaran con nosotros, grupo de autoayuda Flor de Loto, Grupo Mensaje y el GALM, Iglesia Alianza Misionera y la Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria.

EQUIPO DE PARTICIPACION

PARTICIPANTES	HORAS DESTINADAS	ROL	FUNCIONES
Encargada de Participación: Catalina Muñoz	22 horas mensuales	Tendrá un rol motivador e intencionador en la planificación y desarrollo de las actividades. Realizará la labor de gestionar recursos y organizar y participar en el todo el proceso hasta su evaluación.	- Liderar el equipo de participación. - Convocar a las reuniones de planificación. - Participar de las actividades planificadas. - Velar por el cumplimiento del plan. - Participar en la evaluación.
Enfermero: Emilio Díaz	11 horas mensuales	Tendrá un rol motivador e intencionador en la planificación y desarrollo de las actividades. Realizará la labor de gestionar recursos y organizar y participar en el todo el proceso hasta su evaluación.	- Asistir a las reuniones de planificación. - Participar en las actividades planificadas. - Participar en la evaluación del plan.
Químico Farmacéutico: Jennifer Valenzuela	11 horas mensuales	Tendrá un rol motivador e intencionador en la planificación y desarrollo de las actividades. Realizará la labor de gestionar recursos y organizar y participar en el todo el proceso hasta su evaluación.	- Asistir a las reuniones de planificación. - Participar en las actividades planificadas. - Participar en la evaluación del plan.
Presidente CDU: Luis Lecaros	2 reuniones mensuales	Tendrá el rol de comunicar a la comunidad, de informar y convocar a los usuarios y vecinos a las actividades que se desarrollaran.	- Asistir a 2 reuniones mensuales. - Participar en las actividades planificadas.

			- Convocar a los usuarios y vecinos a las actividades. - Participar de la evaluación del plan.
Organizaciones Comunitarias (1 representante de cada organización): - Grupo Flor de Loto - Grupo Mensaje - GALM - Iglesia Alianza Misionera - Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria	2 reuniones mensuales	Tendrán el rol de comunicar a la comunidad, de informar y convocar a los usuarios y vecinos a las actividades que se desarrollaran.	- Asistir a 2 reuniones mensuales. - Participar en las actividades planificadas. - Convocar a los usuarios y vecinos a las actividades. - Participar de la evaluación del plan.

DIAGNOSTICO DE NIVELES DE PARTICIPACION

En la Planificación Estratégica, se realizó un FODA, para entender el marco en el que se sitúa la participación social en el CESFAM Santa Amalia, se analizaron los argumentos expuestos en los Antecedentes señalados en este plan de esta manera:

Internas	**FORTALEZAS**	**DEBILIDADES**
	• **Equipos de cabecera consolidados por sector,** con jefaturas comprometidas con utilizar los diagnósticos tanto para el mejoramiento de la participación en salud como de los índices de morbilidad de sus usuarios • Conformación de un Equipo e Participación Social	• **Separación entre la atención directa de usuarios por enfermedades o controles de salud y la Participación Socia**l, usuario concebido sujeto de atención más bien pasivo, o activo sólo si obedece indicaciones • **Participación Social restringida a actividades comunitarias**, cuya responsable de este ámbito había sido hasta ahora sólo de la encargada de participación social.
	OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
	• Desde el 2016 **incorporación miembros del consejo técnico, el Director como cabeza del Equipo y miembros de la comunidad como responsables de la elaboración del**	• **Escasa incorporación de los determinantes sociales** al diagnóstico del estado de salud de los usuarios y al desarrollo de mecanismos de participación social

Externas	**Plan Participativo**. • **Incorporación de nuevos actores comunitarios** al trabajo con el equipo de salud, apoyando la formación grupos de Autoayuda y Autocuidado de usuarios internos y externos, participando activamente en acciones de promoción de la salud y participación social.	• La participación hasta el año 2015 más bien restringida a la inclusión en ciertas instancias como la gestión de las solicitudes ciudadanas o cuenta pública y Plan del Consejo de Usuarios Santa Amalia

Para los diagnósticos sectorizados que guiaron la propuesta de actividades del plan se utilizó una metodología cualitativa de análisis y participativa para el desarrollo de opiniones de los habitantes de los territorios correspondiente a ambos sectores que integran el CESFAM Verde y Azul mediante la técnica de grupos focales por unidad vecinal, donde los profesionales del equipo de salud de cabecera actuaron como facilitadores de las intervenciones de los participantes.

Para las actividades en terreno donde se consideró la recolección de información se utilizaron técnicas de animación sociocultural como secuencias de ejercicios básicos grupales dirigido por un profesional kinesiólogo con experiencia en intervención comunitaria, sumándose el resto del equipo de salud a los vecinos participantes a modo de ubicar estratégicamente en una relación horizontal al equipo de salud con los miembros de la comunidad, facilitando el diálogo, para la consecución de los objetivos propuestos.

Los profesionales del equipo de salud que participaron del proceso de elaboración del plan fueron entrenados para no descuidar su rol de facilitadores respetando en todo momento las propuestas de los representantes del territorio, validando sus puntos de vista y escuchando sus opiniones, por eso se escogió a participantes del equipo con habilidades de empatía, capacidad de escucha activa y asertividad.

Participaron de esta actividad diagnostica la directiva del CDU, representantes de las juntas de vecinos 13, 14 y 18 de las mesas territoriales y representantes de los grupos de autoayuda, Flor de Loto, GALM y grupo Mensaje.

Los resultados fueron los esperados, pudiendo contemplar la necesidad de mejoras en las convocatorias y preparación de insumos necesarios con anticipación para anteponerse a

imprevistos, la recepción comunitaria fue favorable y abre paso a nuevas intervenciones, quedando ya comprometidos para la devolución de lo elaborado con el equipo de participación social en este plan y los resultados de los diagnósticos participativos sectorizados.

Siguiendo orientaciones del Servicio de Salud también se puso al alcance de los usuarios información de salud y participación relevantes, ocupando material elaborado por el equipo de Participación Social, material del Diplomado de Participación Social UDLA, 2016 y datos del Proyecto Mas Inteligencia en Salud.

METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

Para la evaluación del Plan de Participación Social Trianual, optaremos por una metodología mixta, evaluaremos los procesos de forma cualitativa y cuantitativa, según la percepción de los usuarios mediante una consulta ciudadana en las actividades que se realicen y también con dos consultas a los funcionarios sobre su percepción de la participación comunitaria, una en el 2017 y otra en 2018.

Se evaluaran las actividades según N° de participantes y satisfacción de la actividad en cuestión y también se tendrán como referencia las solicitudes ciudadanas, pudiendo comparar la evolución de estas entre los años 2016 al 2018.

En estas evaluaciones se desarrollaran en una reunión anual de evaluación en las cuales participaran el equipo de participación, consejo técnico del CESFAM y participantes de las organizaciones comunitarias.

Para el año 2016 se propuso lo siguiente:

Sistema de Seguimiento y Evaluación

Instrumento	Frecuencia	Responsables
Plan de Participación Elaborado	Julio 2016 25% Octubre 2016 100%	Director den CESFAM/ SSMSO/ Encargada de Participación
Diagnóstico Participativo sectorizado	Agosto 2016 actividades para el diagnóstico realizadas Septiembre 2016 Informe resultado de necesidades identificadas	Director den CESFAM/encargada de Participación
Proyectos Comunitarios de salud implementándose en el CESFAM	Junio 2016 50% Septiembre 100% implementado	Encargada de Participación Social
Capacitación a Consejo Técnico	Agosto 2016 100%	Director den CESFAM/ SSMSO/ encargada de Participación
Capacitación a Equipo Responsable	Julio 2016 100%	Director den CESFAM/ SSMSO/ encargada de Participación

Se pretende para los años siguientes cumplir con lo programado en el cronograma, anualmente se evaluará con el equipo señalado en el primer párrafo en nivel de participación social para evaluar el incremento de éste y si es necesario introducir modificaciones para mejorar el grado de participación social o de incidencias en la gestión en salud.

METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LA ELABORACION DEL PLAN

El trabajo en el Plan de Participación social en salud periodo 2016-2018 comenzó en enero del presente año, con la conformación del equipo responsable de pensar cómo aumentar la representatividad y de los participantes en salud y cómo generar instancias participativas que fuesen más activas que sólo listas de asistencia; como se trataba de un aspecto relevante considerando que contemplando el aspecto social sería posible incidir en determinantes que son porcentualmente incidentes calidad de la salud de las personas, se designó entonces que personas integrantes del consejo técnico específicamente subdirección, jefaturas de unidad (conocedores de los territorios y población atendida), encargadas de calidad, la encargada de participación social, sumado a la experiencia de la actual directiva del consejo de usuarios que en la trayectoria del Centro de salud han sido testigos claves de su crecimiento y de la caída de la participación social, todo este equipo liderado por el Director de este Centro de Salud.

La primera actividad ligada a este trabajo fue la participación en una reunión donde se dialogó y se consensuaron los roles de cada integrante del equipo de salud a fin de identificar las tareas de cada uno, se trabajó en el diseño de acuerdo a la pauta entregada da por el SSMSO.

Es necesario considerar que mientras se elaboraba el plan se desarrollaron las actividades de continuidad como la cuenta pública, consulta ciudadana, asambleas del CDU, operativos y ferias de Salud, vinculación con nuevas organizaciones asesoría técnica a grupos de autoayuda, elaboración y ejecución del plan del CDU. Además se formó en Participación Social a la Encargada. Se consideró para la elaboración del plan una capacitación en el mes de agosto al Equipo del consejo técnico para fortalecer su vinculación efectiva con el trabajo del equipo responsable.

BIBLIOGRAFIA

Consulta Bibliográfica

http//www.minsal.cl/determinates-sociales-en-salud

http//www.reportescomunales.bcn.cl.2012/index.php/la_florida

http//www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de.../COMPENDIO_2013.pdf

				CENTRO DE SALUD SANTA AMALIA COMUNA DE LA FLORIDA								
LINEAS ESTRATEGICAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESCRIPCION METODOLOGICA	PRODUCTO ESPERADO	MEDIO VERIFICADOR	RESPONSABLES	PARTICIPANTES	2 SEMESTRE 2016	1 SEMESTRE 2017	2 SEMESTRE 2017	1 SEMESTRE 2018	2 SEMESTRE 2018
Gestión Participativa	Conformar un equipo permanente de Participación Social para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Trianual	Conformación del equipo	Solicitud a la dirección del CESFAM de adicionar 22 horas profesionales para la conformación del Equipo de Participación	Equipo de Participación conformado por: 22 horas mensuales Encargada de Participación 11 horas mensuales Enfermero: Emilio Diaz 11 horas mensuales Quimico Farmaceutico: Jennifer Valenzuela Presidente del CDU 1 representante de cada organización social	Carta de compromiso	Director CESFAM, Asesor Tecnico COMUDEF	Equipo de Participación	X	X			
Ampliación de la Base de Representación	Convocar a nuevos usuarios a participar de las actividades del CESFAM mediante las organizaciones sociales participantes del Plan de Participación	Realizar convocatorias e invitaciones a las actividades que se desarrollen	Generar un plan de convocatorias, donde cada organización entregue invitaciones a las actividades y se informará a los usuarios de las mismas mediante afiches promocionales e información en OIRS	N° de nuevos usuarios o vecinos que se integren a las organizaciones o que participen en las actividades	Listas de asistencia, fotografias	Equipo de Participación	Equipo de Participación, organizaciones sociales, CDU y nuevos participantes		X	X	X	X
	Facilitar la participación social, inclusión y acceso a toda persona o grupo de personas de grupos emergentes	Capacitación en idioma creole	Una capacitación anual	12 funcionarios capacitados	Listas de asistencia, fotografias	Dirección del CESFAM y Encargada de Participación	Equipo de Participación y funcionarios del CESFAM			X		
		Capacitación en lenguaje de señas	Una capacitación anual	12 funcionarios capacitados	Listas de asistencia, fotografias	Dirección del CESFAM y Encargada de Participación	Equipo de Participación y funcionarios del CESFAM				X	
		Mantención regular de asensores y servicios adapatdos para personas con capacidades diferentes	Mantención técnica de asensores para garantizar el transito de personas con problemas de movilidad reducida	Asensores en buen estado durante todo el periodo permiten el acceso a toda persona o grupo de personas con capacidades diferentes	Pautas de mantención aplicadas	Subdirección del CESFAM	Subdirectora del CESFAM		X	X	X	X
	Incorporar a la Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria en el trabajo de participación en relación con la salud intercultural	Reuniones de coordinación de las actividades a desarrollar	Una reunión mensual para elaborar plan de trabajo y seguimiento y evaluación del mismo	Integrantes de la Asociación Mapuche Llug Kym Hue Huarria participando activamente del plan de trabajo	Listas de asistencia, fotografias	Equipo de Participación	Equipo de Participación, usuarios y funcionarios del CESFAM		X	X	X	X
		Participación de la Asociación en las actividades comunitarias planificadas							X	X	X	X
		Impartir talleres de "Cultura Mapuche y Plantas Medicinales" para usuarios y funcionarios del CESFAM	1 taller para usuarios 1 taller para funcionarios	10 usuarios capacitados 10 funcionarios capacitados						X	X	

Mejoramiento de los canales de información	Difundir información masiva y permanente aprovechando los medios mas eficientes y las nuevas tecnologías	Desarrollar 2 capsulas locales informativas relacionadas a temas e información relevantes en salud	Producir y editar los videos a presentar en los televisores del CESFAM	2 capsulas informativas presentadas en los televisores del CESFAM	CD con capsulas informativas	Equipo de Participación	Equipo de Participación y funcionarios del CESFAM			X	X	X
		Mantención de los diarios murales del CESFAM con información actualizada y de interes de los usuarios	Establecer en cada unidad y sector encargados del diario mural	Diarios murales atractivos y con información actualizada	Fotografias de los diarios murales	Encargada de Participación	Encargada de Participación y funcionarios a cargo		X	X	X	X
	Bajar información de salud y participación social a entidades comunitarias ampliando convocatorias a mecanismos de participación social	Asistencia del Equipo de Participación y directivos del CESFAM a las mesas territoriales y actividades comunitarias	Participación del Equipo, Jefas de Sector y directivos del CESFAM en las reuniones de las mesas territoriales, juntas de vecinos y otras de carácter vecinal	Asistencia a las reuniones para difundir la información relevante de salud en las organizaciones sociales	Listas de asistencia, fotografias	Equipo de Participación y Dirección	Equipo de Participación, Dirección del CESFAM y Organizaciones Sociales		X	X	X	X
Fortalecimiento de los mecanismos de participación existentes	Acompañamiento técnico al Consejo de Usuarios para el desarrollo de sus planes anuales de trabajo	1 reunión mensual de coordinación con CDU	Acompañamiento profesional del equipo de participación social para la planificación, desarrollo y evaluación de su plan de trabajo anual	CDU cuenta con plan de trabajo y lo desarrolla	Actas y listas de asistencia a reuniones	CDU y Encargada de Participación	CDU y encargada de participación	X	X	X	X	X
	Mejorar el funcionamiento del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas	3 reuniones anuales para el análisis de las solicitudes ciudadanas	Citar a la reunión, planificarla y realizar plan de mejoras en la reunión	Elaborar y ejecutar plan de mejoras	Plan de mejoras y lista de asistencia	CGSC y equipo de participación	CGSC y equipo de participación	X	X	X	X	X
	Participar en la elaboración, ejecución y evaluación de las Cuentas Publicas Participativas	Faciliatar la insfraestructura para el desarrollo de la ceremonia	Solicitar mediante una carta el apoyo en infraestructura de la UCAM para la CPP	Lugar habilitado	Carta de solicitud	Encargada de Participación	Encargada de participación y directiva UCAM		X		X	
		1 reunión consultiva con representantes y dirigentes de organizaciones sociales, juntas de vecinos u otras	En reunión se realizará lluvia de ideas para determinar los temas que los usuarios quieren que se presenten en la CPP	Temas a tratar en la CPP determinados por los usuarios	Listas de asistencia, fotografias	Encargada de Participación y dirección	Equipo de Participación, dirección, CDU, Organizaciones sociales y vecinales		X		X	
		1 reunión de planificación de la CPP con Consejo Técnico y CDU	En reunión se entrgaran los resultados de la reunión con las organizaciones sociales y se asignaran responsabilidades a los participantes	100% de los participantes con responsabilidades asignadas	Informe, acta de la reunión y fotografias	Encargada de Participación y dirección	Equipo de Participación, dirección y CDU		X		X	

Fortalecimiento de los mecanismos de participación existentes	Realizar consultas ciudadanas respecto de la atención al usuario	Aplicar 1 encuesta mesual respecto de la atención al usuario	1 encuesta aplicada en salas de espera del CESFAM a 12 usuarios respecto de la atención al usuario	12 encuestas mensuales aplicadas y tabuladas para analizar con comité de calidad	Informe de encuestas	Equipo de Participación	Equipo de Participación, Alumnos en practica que aplican encuestas, usuarios encuestados	X	X	X	X	X
		1 reunión trimestral con comité de calidad para analisis de encuestas	En reunión se presentará informe con las encuestas para debatir y formular el plan de mejoras	Elaboración y ejecución de plan de mejoras	Informe de plan de mejoras, listas de asistencia	Equipo de participación y comité de calidad	Equipo de participación y comité de calidad	X	X	X	X	X
	Acompañar tecnicamente a los grupos de autoayuda que funcionan en el CESFAM e intervienen con usuarios y vecinos del territorio	1 asesoria de los programas relacionados con los temas trabajados con los grupos de autoayuda	1 capacitación a cada grupo de autoayuda por profesionales pertinentes a las temáticas desarrolladas	Grupos de autoayuda capacitados	Listas de asistencia, fotografias	Equipo de participación	Grupos de autoayuda, profesionales del CESFAM y Equipo de participación	X	X	X	X	X
		Reuniones de coordinación con equipo directivo para gestionar el uso y horario de las instalaciones del CESFAM por los grupos de autoayuda	1 reunión semestral de coordinación	Grupos de autoayuda cuentan con espacio y horario para su funcionamiento en el CESFAM	Fotografías de los grupos de autoayuda en funcionamiento	Encargada de participación y dirección	Equipo de participación y grupos de autoayuda	X	X	X	X	X

2016-2018

COMUDEF Área Salud

CESFAM Trinidad

La Florida

[PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL 2016-2018.]

El siguiente documento entrega información estratégica de las directrices del plan de participación social elaborada desde el CESFAM Trinidad, evidenciando el diseño metodológico, líneas estratégicas, objetivos, metas y resultados esperados. La elaboración de este se hizo a través de un enfoque participativo.

Índice.

1. Contexto……..2-7
2. Diagnóstico Niveles de Participación……..7-13
3. Definición de líneas estratégicas……..13-14
4. Estrategias metodológicas……..15-16
5. Modalidad de evaluación del plan……..17-18
6. Plan de Trabajo y metodología …… …18-24
7. Conclusiones……..25
8. Anexos……..26-40

1. **Contexto:**

En Chile desde el periodo de transición política, la participación social ha vivido un proceso de reorganización, regulación y fomento, que ha buscado que las personas influyan cada vez más en la gestión pública.

En la década de los 90, en el área de la salud, se desarrollaron diversas declaraciones y normativas que han sustentado la generación de políticas públicas orientadas a la participación ciudadana. Esto ha permitido un avance en el desarrollo de las comunidades, con capacidad de interlocución, cada vez con más poder para ejercer el control social en salud y avanzar en el ejercicio de sus derechos.

Otro sustento del trabajo de participación social, es la promulgación de la Ley 20.500 en el año 2011. Esta ley se basa en la importancia de generar trabajo directo con asociaciones y participación en la gestión pública, cuerpo legal que regula las organizaciones ciudadanas y entrega directrices sobre la participación social. Durante el mismo año se dicta la Norma N° 712 de participación ciudadana en el Ministerio de Salud, la cual da indicaciones dirigidas específicamente a la salud pública. En este periodo también se promulgan las Leyes 20.584, de Derechos y deberes de las personas en salud, y la 20.730 que regula el lobby y las Gestiones de Interés Particulares. Ambas leyes se articulan con el trabajo que instituciones públicas de salud y comunidades realizan en cuanto a participación Social.

En el año 2015 se dicta la Norma N° 31 de participación ciudadana en la gestión pública de salud, en concordancia con la agenda pro Participación Ciudadana 2014-2018. Esta Norma sectorial reformula y define el marco de participación ciudadana en la gestión pública de salud, que busca asegurar, de manera más amplia, el ejercicio de derechos ciudadanos y el fortalecimiento de mecanismos de participación social.

Es por ello que la participación social en la comuna de La Florida y específicamente en el CESFAM Trinidad se funda en una Estrategia Nacional con lineamientos Ministeriales de Salud, basados en el Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitaria, en la Meta 7 y Pauta MAIS (Manual de Acreditaciones para Prestadores Institucionales de Salud). Es importante destacar que la meta 7 en una primera instancia consideró la participación social como un figura instrumental, más bien informativa y consultiva, que no tenía mayor desarrollo en los conceptos

básicos de la participación social, ni tampoco consideró un Plan Estratégico para el desarrollo de ella.

No obstante y con una revisión más prolija de la Pauta MAIS, se logra evidenciar una metodología poco sustentada y sin lineamientos técnicos. Para ello en el 2015 se impulsa una modificación de la meta 7, que incorpora un Plan de Participación que responsabiliza al CESFAM, pero mantiene actividades locales con el CDL y otros mecanismos de participación, ya instaurados no sólo por los Centros de Salud, sino también por los usuarios. Entre ellos destacan: Cuentas Públicas Participativas, Reunión de CDL, Gestión de Solicitudes Ciudadanas, OIRS. De esta adecuación y estrategia surge el Plan Estratégico de Participación Social 2016-2018

Podemos destacar que este proceso nos permite ordenar nuestros tiempos, nos entrega lineamientos, nos impulsa a trabajar en conjunto con la comunidad y nos permite mirar el trabajo interno de la cultura organizacional del CESFAM, relacionado a la Participación Social. Si bien existe esta formalidad, como un lineamiento ministerial aún no es posible lograr una articulación entre el trabajo comunitario y las actividades asistenciales del CESFAM, basado justamente en el Modelo de Salud Familiar.

Con respecto al proceso interno en Participación Social del CESFAM Trinidad, contamos con el CDL (Consejo de Desarrollo Local) que se constituyó el año 2007 con buena acogida, asistencia y participación de la comunidad. Realiza reuniones mensuales en las cuales participa el Equipo Gestor en pleno, y se encuentran abiertas a los usuarios que deseen participar. Cuenta con una Carta de compromiso para el desarrollo del Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitaria.

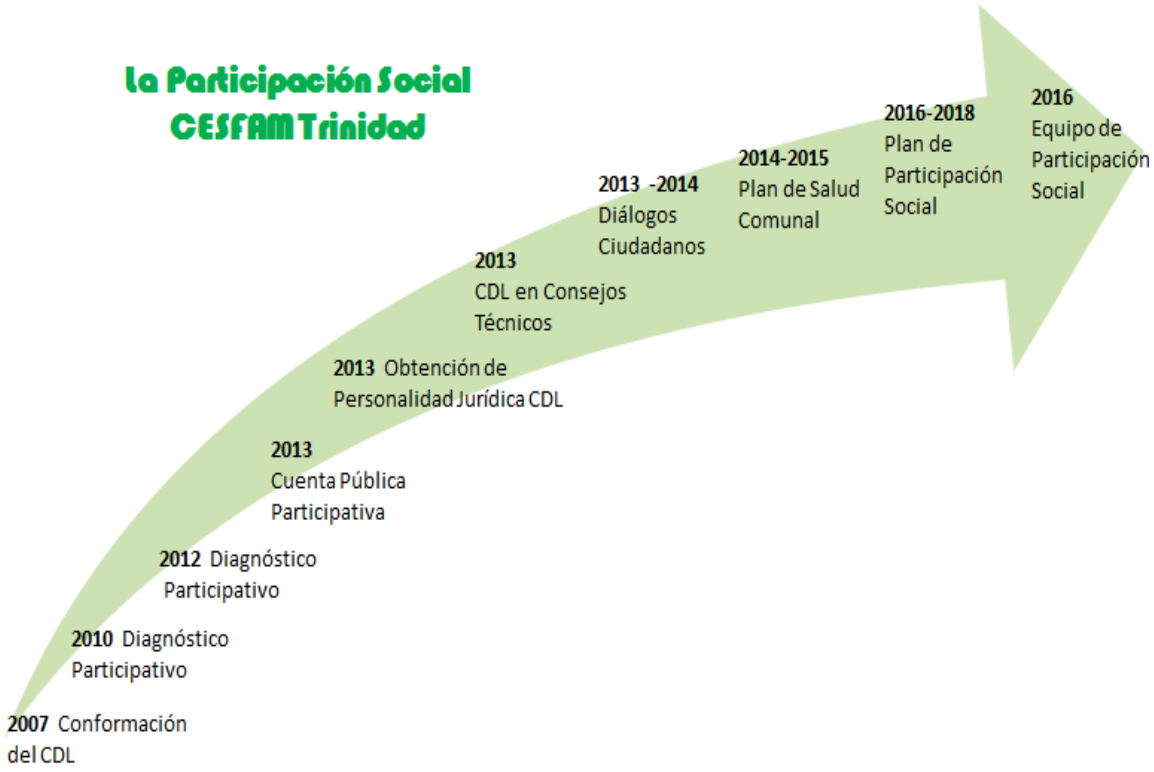
Si bien declaramos una baja Participación Social a nivel territorial, reconocemos al Consejo de Desarrollo Local como el único representante y figura visible de participación social dentro del CESFAM Trinidad, considerando y valorando el proceso que ha evolucionado durante este tiempo (2007-2016).

Anualmente se realiza un Plan del CDL y su respectiva evaluación, ejercicio realizado por la Presidenta del CDL con apoyo de la encargada de Participación Social. Se puede destacar que durante este último año 2016, se intencionó mayor autonomía en la elaboración de este Plan, y también de estar pendiente de los compromisos (actividades) adquiridos por la presidenta del CDL.

Desde el 2013, el CDL se incorpora a las Reuniones de Consejo técnico, estrategia establecida como lineamiento del SSMSO. Otros de los Mecanismos de Participación Social en los que tiene participación activa el CDL son:

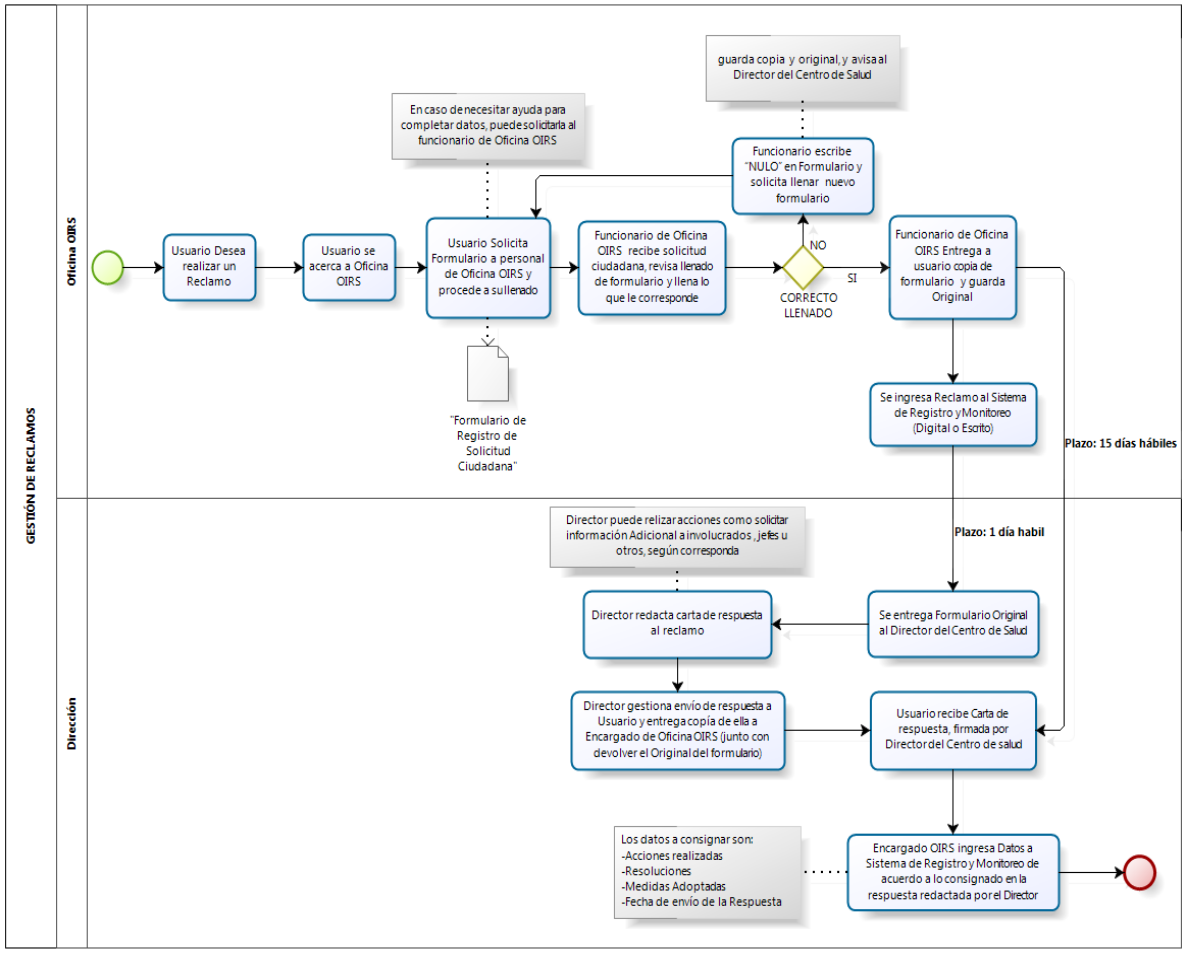
- Las Cuentas Públicas Participativas, donde se realiza un trabajo sistemático y en varias instancias con el CDL
- Las reuniones de Gestión de Reclamos que se realizan mensualmente
- Los Diagnósticos Participativos- Durante estos 9 años hemos realizado 3 diagnósticos participativos sectorizados que han visualizado las principales problemáticas y necesidades de los representantes de la comunidad
- El Grupo de autoayuda, grupo que se reúne hace más de 3 años y que se ha ido consolidando con el tiempo.

Ilustración 1: Línea de tiempo de participación social en CESFAM Trinidad



La OIRS es otro de los mecanismos de participación social creada institucionalmente. Si bien se encuentra en un lugar físico accesible, muchos de los usuarios aún no la reconocen como un mecanismo de participación. Sus funciones son recepcionar información e inquietudes y entregar información tanto de la organización interna del CESFAM, como de las actividades y acciones que se desarrollan fuera del Centro. Tiene un alto flujo de consultas y requerimientos que se gestionan a través del flujograma de OIRS.

Ilustración 2: Flujograma de solicitudes ciudadanas en OIRS



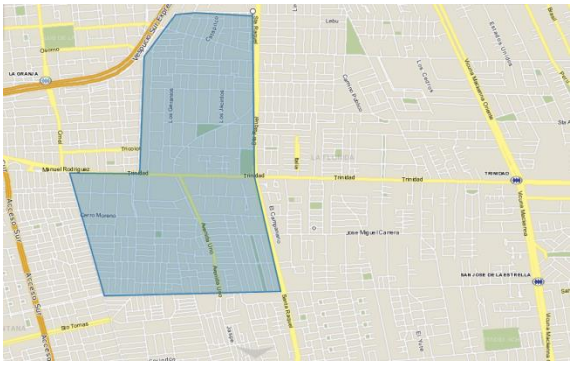
De lo anterior podemos señalar que si bien existe evidencia del trabajo que realizamos, no se logra hacer seguimiento sistemático de las actividades programadas (mapas por sectores, diag. Participativos, catastro de organizaciones sociales, diag. Comunitarios UDP)

Esto demuestra que tenemos falencias metodológicas, no solo en lo planificado, sino también en el seguimiento y evaluación. Nuestro trabajo se funda en realizar actividades y luego evaluar si estas se cumplieron, la pauta MAIS, nos permite tener un rol sistemático, tanto en la ejecución como en la evaluación, pero esto aún no está internalizado en el quehacer profesional ni tampoco en las políticas internas del CESFAM.

a. Antecedentes Internos:

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Trinidad de la comuna de La Florida, fue inaugurado el 23 de Agosto del 2007, construcción destinada a la atención de 30.000 habitantes originalmente. Ubicado en Avenida Uno número 10021, sus límites son: San José de la estrella por el sur; calles Calama y Limache por el norte; calles Américo Vespucio y Punta Arenas por el oeste y Av. Santa Raquel por el oriente.

Ilustración 3: Mapa territorial correspondiente al CESFAM Trinidad



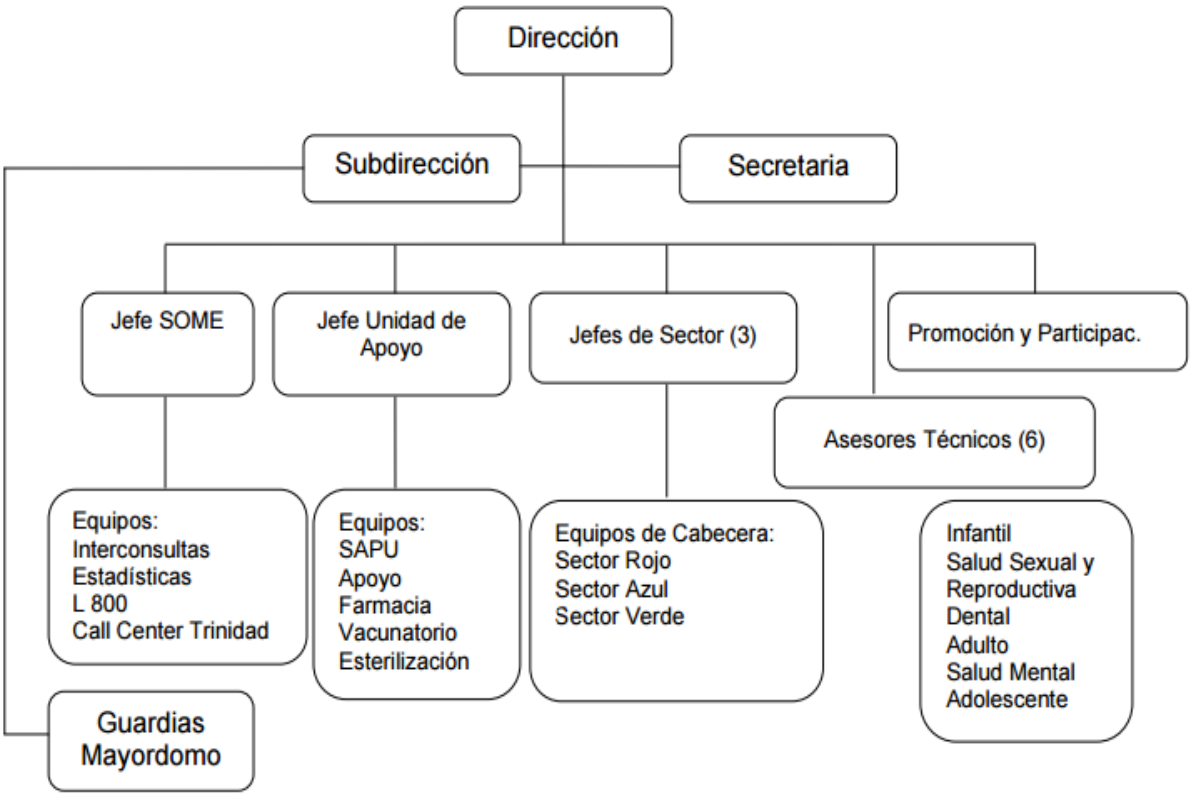
La sectorización está realizada en base a criterios territoriales, ya que existen tres Unidades Vecinales en el área de influencia del CESFAM que se distribuyen de la siguiente forma:

- Sector Azul: Unidad Vecinal Nº 32
- Sector Verde: Unidad Vecinal Nº 12
- Sector Rojo: Unidad Vecinal Nº 22

Se realizó un traslado masivo de usuarios del CESFAM Villa O'Higgins y Los Quillayes, lo que significó que la cultura de participación social fuera transmitida por la experiencia realizada en

esos Centros de Salud. Durante estos últimos años podemos señalar que se ha ido creando una cultura propia de participación social, que es poco autónoma, ya que esta ha sido bastante instrumentalizada y focalizada en el cumplimiento de actividades y reuniones, más que en la participación en sí. Cabe destacar que por la ubicación geográfica en que se encuentra el CESFAM, en el Sector Rojo existe un porcentaje alto de usuarios inscritos pertenecientes a la comuna de la Granja. El CESFAM actualmente cuenta con 19.573 personas inscritas y validadas por FONASA.

Ilustración 4: Organigrama del CESFAM Trinidad



2. <u>Diagnóstico de Niveles de Participación</u>:

Si bien la Participación Social nos hace pensar que debemos incorporar a otros para lograr mayor cohesión, esto no se ve reflejado en las acciones establecidas tanto a nivel local (CESFAM), como territorial y por lo tanto no siempre es posible de realizar, menos aun cuando no se logra estrechar ese vínculo y cercanía con los otros. Es por ello que logramos entender este nuevo proceso como una oportunidad para abrir nuestras puertas (CESFAM), y también para abrir nuestro conocimiento en función de estimular la participación social en nuestra comunidad. Frente a esto, durante el 2016 surgieron una serie de instancias que fueron alimentando nuestra

oportunidad, y ganas de estrechar este vínculo. La metodología ha sido sustentada en procesos participativos, pero quizás no tan representativos como quisiéramos, aunque debemos reconocer que no fue inmediato llegar a este punto de análisis.

Usaremos como base teórica a la autora Sherry Arnestein. (1969), quién basa su metodología en el modelo de participación, el cual se ha ajustado a la realidad local.

Ilustración 5: Niveles de desarrollo de la participación ciudadana

El primer acercamiento hacia una evaluación del nivel de participación en el que se encuentra el CESFAM Trinidad, se realizó en **enero del 2016**, realizando una jornada para trabajar "el diseño del diseño" en la cual se utilizó el instrumento **FODA.** Esto nos permitió como equipo gestor (Dirección, Jefes de Sector, Jefes de Unidades Transversales, presidenta del CDL y Encargada de Participación) (Anexo 6) realizar una evaluación interna frente a la Participación Social y posicionarnos en un nivel de participación, cuyo resultado muestra que existen falencias metodológicas, no solo en lo planificado, sino también en el seguimiento y evaluación. Se evidenció que se realizan actividades sin realizar una evaluación del impacto, esto nos permitiría tener un rol sistemático, tanto en la ejecución como en la evaluación, procedimiento que no ha sido internalizado en el quehacer profesional.

Es por ello que nos ha sido difícil poder cuantificar a los usuarios o a la comunidad informada, aun cuando existen canales de información definidos y en uso. Cabe mencionar que algunos asistentes a la jornada visualizan que nos encontramos en la Esfera de Consulta ya que tenemos muchos rasgos incorporados, donde el CDL ha tenido un rol de catalizador de conflictos

en diversos temas, pero en donde la opinión de los usuarios ha sido considerada. A continuación se evidencia el instrumento metodológico aplicado.

- Fortalezas:
    - Evolución histórica en Participación Social.
    - Compromisos de los Usuarios (Líderes motivados CDL).
- Oportunidades**:**
    - Crear espacios de participación con jóvenes considerando que los espacios amigables son una instancia de gran flujo de jóvenes.
    - Enfoque de participación social desde las autoridades.
    - Compartir y realizar "marketing" de la salud en la comunidad, como experiencia exitosa.
    - Darle sentido al trabajo de participación no solo del trabajo clínico.
- Amenazas**:**
    - Postura Social individualista, pesimista y del mínimo esfuerzo.
- Debilidades**:**
    - SSMSO o autoridades cumpliendo con la meta.
    - Comunicación, falta de publicidad de lo que hacemos.
    - Bajo compromiso de la comunidad en general.
    - No ser efectivo en el mensaje.
    - Equipo desde el CESFAM con baja participación en enfoque de Participación Social (no internalizada).

Planificación estratégica:

- Formular una visión, misión y política de Participación Social:
- **Visión:** Lograr Participación Social auténtica y empoderada.
- **Misión:** Generar un equipo de salud cohesionado, con la idea de relevar la necesidad de la participación social, con una comunicación efectiva para motivar a la comunidad con el fin de conservar su salud.
- **Política:** Participación inclusiva, respetuosa, abierta, amplia, tolerante, honesta y con buenas prácticas.

Segundo Proceso:

Se hace insuficiente pensar y ejecutar la Participación Social a puertas cerradas (dentro del CESFAM), y no intencionar nuevos procesos participativos. Es por ello que con el equipo de Participación Social del CESFAM Trinidad, durante los meses de **junio 2016** en adelante se ha incorporado, la participación y vinculación de tres organizaciones sociales activas dentro de nuestra franja territorial, que son:

- La organización social Rayen Mapu, organización civil de Pueblos Indígenas, orientada a la cosmovisión Mapuche
- El Centro de Padres y Apoderados Colegio San Carlos, establecimiento educacional gratuito correspondiente al sector verde de nuestro Centro de Salud Familiar.
- El Centro de Padres y Apoderados Colegio Sotero del Rio, establecimiento educacional municipal correspondiente al sector Rojo de nuestro CESFAM.

El primer proceso en esta segunda etapa es la vinculación. Se generaron una serie de entrevistas, visitas en el territorio, llamados, que fueron estrechando el vínculo y motivando a co-construir un proceso participativo a nivel local. A raíz de este compromiso generado, tanto a nivel interno por el equipo de participación, como a nivel externo (comunidad) por las nuevas organizaciones sociales, se programa una primera jornada ampliada de participación social**. Se realizó en agosto del 2016**, reuniendo a todo el equipo de Consejo Técnico del Centro de Salud Familiar, CDL y las organizaciones sociales antes mencionadas, para trabajar una matriz. En dicha jornada se realizan 3 grupos de trabajo, grupos conformados de forma aleatoria, con el fin de obtener información fidedigna de la situación actual. Con ellos se trabaja en una **matriz de análisis diagnostica, en tres áreas de intervención, Exo-estructura, Endo-estructura y Caracterización del Programa de Participación.**

Según la sistematización obtenida en esta jornada, se puede analizar que existe una inclinación evidente a la **Esfera de la consulta**, las personas consideran que se les consulta y se les invita, a procesos como los que hoy se trabajan, refieren que existen organizaciones que manifiestan su opinión sobre los planes de salud y otras instancias como las reuniones del CDL, pero también visualizan que existe una falta de interés por parte de la comunidad en querer participar en este tipo de instancias y encuentros.

En **Septiembre del 2016** se realiza un nuevo análisis para poder evaluar el estado actual de participación social en que se encuentra el CESFAM Trinidad. Para dicho análisis se ha utilizado nuevamente el modelo de participación Sherry Arnestein, más la "técnica del camino" **Asociación apreciativa**, ejercicio lúdico que posiciona al grupo en una esfera o Nivel de Participación Social, donde se intenciona la reflexión, luego se pregunta ¿Qué estrategia de Participación usarías para avanzar a la siguiente etapa o Nivel de Participación Social? Con el fin de que logre avanzar a la otra esfera, todo esto se plasma en un recorrido o camino, con imágenes y mensajes.

Este modelo nos permite situar el estado actual, cabe mencionar que se realizaron nueve jornadas, cuya finalidad era evaluar el nivel participación social (anexo 6), que visualiza el **CDL, el equipo de consejo técnico, los 4 sectores del CESFAM (verde, azul, rojo y SOME), además de las 3 organizaciones sociales, que son; RAYEN MAPU, centros de Padres y Apoderados del Colegio San Carlos y Colegio Sotero del Rio,** cuya conclusión es que un 100% de las evaluaciones realizadas, visualizan que el CESFAM Trinidad, se encuentra en la atapa de **"Información"**; en vías de una Participación Social más activa, hacia la transición al **Nivel de Consulta.**

Tabla 1: Resultados de niveles de participación

	Sector Verde	Sector Azul	Sector Rojo	Sector SOME	Consejo Técnico	CDL	C.P, San Carlos	C.P, Sotero del Rio	Rayen Mapu
Nivel de participación	Información	Información	Información	Información	Información	Información	Información	Información	Información

Para concluir, podemos señalar que nos encontramos en la **esfera de la Información de calidad**, a pesar de que tenemos un proceso histórico local de Participación Social, aún nos encontramos en la primera etapa de los Niveles de Participación. Esto tiene diversos análisis, por un lado el CESFAM y el equipo de Salud han estado trabajando durante todos estos años en función de un cumplimiento de metas y han mantenido una relación estratégica con los usuarios activos (CDL). Se ha generado una buena y cercana vinculación, traspaso de información tanto del CESFAM como de la comunidad, siendo facilitador para procesos participativos, y ha respetado la mantención de ellos (CPP, Reuniones mensuales de CDL, Gestión de Consultas Ciudadanas).

Aún hoy estos espacios se hacen insuficientes, porque no logramos llegar a otros sectores de nuestra comunidad ni expandirnos. Se percibe dentro de los equipos ese distanciamiento donde ninguno de ellos señala no querer trabajar con la comunidad, sino que siente que existe poca incorporación desde la Estructura Organizacional del CESFAM para que ellos, como

funcionarios, logren mayor vinculación tanto a nivel comunitario como en trabajos específicamente con orientación comunitaria.

Por otro lado se visualiza una comunidad, poco participativa que no quiere asumir mayores responsabilidades no solo en el ámbito de la salud, sino también a nivel local dentro de su territorio. Se percibe cierta amenaza por algunos integrantes del CDL la incorporación de nuevas organizaciones sociales o abrir más los canales de comunicación siendo otros más optimistas a querer renovar e involucrar nuevos agentes sociales.

El CDL si bien ha tenido un rol de gran compromiso durante todos estos años, no ha logrado mayor autonomía. Aun así logran traer y ser intermediario de consultas, y poner en evidencia situaciones complejas que pueden frenarse tras la insistencia y fiscalización que unos pocos realizan. Este mecanismo es bien percibido desde dirección del CESFAM ya que consideran que es un aporte a la gestión tanto de los equipos de salud como de la misma organización del CDL.

Para ello es fundamental crear estrategias que vayan en función del mejoramiento de esta entrega de información. Vemos muy cercana la esfera de la consulta, pero por ahora nos interesa hacernos cargo de entregar un discurso basado en la **Información de Calidad**, tanto desde el CESFAM como del CDL, y de las nuevas organizaciones sociales que se han incorporado a este nuevo proceso. Es por eso que durante nuestro primer periodo 2017, el equipo de salud del CESFAM Trinidad se enfocará a entregar información de calidad, se hará una propuesta para armar un comité de difusión, visual y escrito, aumentar las ferias de salud, operativos y otro tipo de instancias que generen mayor vinculación con la comunidad, que serán expresadas en el cronograma.

Paralelamente el CDL realiza campañas de difusión dentro y fuera del CESFAM para estimular la participación social de sus pares y así poder incorporar más socios y asistente a las reuniones periódicas que se realizan en el CESFAM.

Debemos destacar el gran aprendizaje que logramos obtener de este proceso. Si bien diariamente nuestra labor se ve expresada en muchos procesos, vinculaciones con personas de la comunidad y trabajo en terreno, los equipos de trabajo del CESFAM desconocen lo que es Participación Social y mucho menos saben que es lo que se ha hecho y lo que se está haciendo. Es por ello que detenerse a reflexionar con cada equipo ha sido valioso, obtener nuevas ideas,

evidenciar situaciones internas y externas, percibir funcionarios motivados con ganas de trabajar con la comunidad, nos llena de energías y nos hace pensar que trabajando en equipo lo podemos lograr.

3. Definición de líneas estratégicas:

Para poder desarrollar nuestro proyecto nos basaremos en las Líneas Estratégicas propuestas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, lineamientos ministeriales que le dan un sustento a nuestro trabajo y nos hace sentido a los procesos locales que hemos desarrollado durante este tiempo.

Líneas Estratégicas Generales:

1- Gestión Participativa: Conformación de equipo de Participación Social con horas protegidas, para realizar trabajo en terreno (trabajo interno). Procesos que vayan en función de generar acciones participativas que consideren la opinión a modo de consulta con la comunidad a través del desarrollo de este plan

   a. Líneas Estratégicas de Acción:
      i. Considerar horas de equipo de participación social en la programación.
      ii. Potenciar a los equipos de trabajo para evitar rotación, y la comunidad no vea afectada, potenciar equipos de cabecera.
      iii. Mantener reuniones mensuales de CDL .
      iv. Mantener proceso de cuenta pública participativa.
      v. Mantener Comité de Gestión de Consultas Ciudadanas y sistematizar planes de mejora.

2- Ampliar base de representación: Involucrar y generar vinculación con nuevos actores sociales que logren mantenerse en el tiempo, logrando mayor articulación con las redes locales existentes.

   a. Líneas Estratégicas de Acción:
      i. Vinculación a nivel sectorial (formar mesas terrioriales) para estrechar vínculo entre el equipo de sector con la comunidad.
      ii. Integración cultural con inmigrante.

iii. Interculturalidad (huertos medicinales, capacitación a funcionarios de cosmovisión mapuche).

iv. Equipo de Salud en terreno (más salidas a la comunidad).

v. Uso de tecnologías (Redes Sociales).

vi. Incorporar opinión y participación de los jóvenes (trabajar con los centros de alumnos).

vii. Compromiso de los equipos de salud y de la comunidad.

viii. Generar instancias donde se promueva el sentido de pertenencia.

ix. CDL abrir canales de comunicación y difusión.

3- Información y educación en participación social ciudadana en salud: Mantener a la comunidad aledaña al CESFAM Trinidad informada sobre los procesos participativos que se realizan en el plano comunitario, como también sobre las estrategias de salud en función de mejorar las condicionantes de salud. Educar y capacitar en forma constante a dirigentes sociales y otros actores sociales que quieran realizar acciones de voluntariado y mantener a su entorno informado sobre las acciones que se realizan en el CESFAM Trinidad.

a. **Líneas Estratégicas de Acción:**

i. Potenciar el trabajo con la familia, basado en el Modelo de Salud Familiar.

ii. Generar espacios para atender en la comunidad.

iii. Campañas de motivación para que la comunidad participe activamente.

iv. Fomentar el deporte en espacio público (uso de espacio público).

v. Educar y capacitar a dirigentes sociales en temas de salud (monitores de salud).

vi. Espacios que generen creatividad.

vii. Entregar tareas a los usuarios organizados que quieran participar.

Líneas Estratégicas Específicas:

1- Cuentas Públicas Participativas.
2- Consejo de Desarrollo Local (CDL).
3- Consultas Ciudadanas.

4. **Estrategia metodológica:**

2016:

- Estimular la participación de más funcionarios hasta conformar un equipo de participación social, que cuente con un perfil para su cargo y que logre trabajar desde la motivación y el trabajo en equipo.
- Negociar horas con dirección, para llevar a cabo los procesos programados para el año en curso, de esta forma el equipo contará con el apoyo formal y será validado a nivel organizacional.
- Persuadir a los usuarios y organizaciones (formales y no formales) para que logren entender que participar está dentro de sus derechos y deberes como ciudadanos. Que lo vean como un ejercicio de derecho y no como mano de obra barata como refieren.
- Motivar a los funcionarios, enfocarse en el reconocimiento del otro como un protagonista de su salud, como un agente de cambio, lleno de recursos, que logren validar su historia y su cultura.

2017:

- Vinculación a través de mesas territoriales locales, fortaleciendo a los equipos de cabecera, esto ayudará a estimular el compromiso de los equipos, el involucramiento, para luego llevar a instancias de participación social. La comunidad organizada se sentirá más cercana a su equipo de cabecera y ayudará a crear otras instancias de participación a nivel local. Apoyados por el equipo de participación del CESFAM Trinidad y liderado por Jefes de Sector.
- Difusión y comunicación de las acciones asistenciales y de las acciones que se pueden realizar en terreno en co-construcción con agentes comunitarios.
- Vinculación también a través de Redes Sociales. Comisión transversal de comunicación y difusión.
- Dialogar con la comunidad, en instancias de participación como: Cuentas públicas participativas, diagnósticos participativos, mesas territoriales, etc.

2018:

- Potenciar el trabajo en terreno por sector, tanto con organizaciones sociales, como con centro de padres, apoderados y centros de alumnos de los colegios que se encuentran insertos en nuestro territorio.
- Incorporación de la cosmovisión mapuche a nivel comunitario como de centro.
- Lograr en este proceso de avance situarnos en la esfera de consulta, para ir en avance de la toma de decisiones. Liderados por Jefe de Sector, con apoyo del CDL, Equipo de participación más comisión de comunicación y difusión.
- Dialogar con la comunidad, en instancias de participación como : Cuentas públicas participativas, diagnósticos participativos, mesas territoriales, etc.

5. Objetivos, actividades, indicadores, participantes, responsables, indicadores de resultado e impacto y verificadores

(VER ANEXO 7 EN PLANILLA EXCEL)

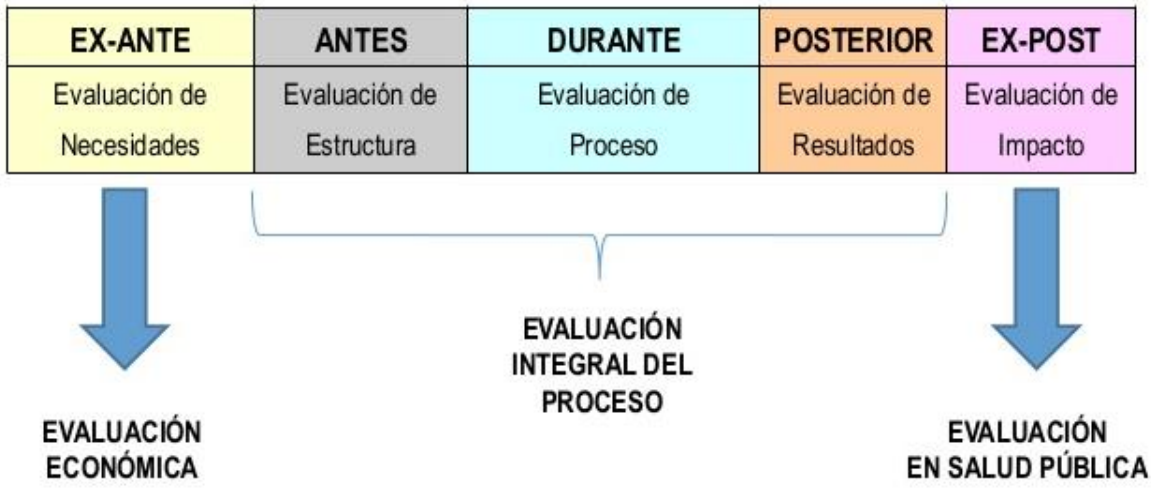
6. Modalidad de Evaluación del Plan:

La evaluación de nuestro plan de participación social, tendrá una modalidad de proceso continuo, quiere decir que estará sujeto a dos evaluaciones anuales, atendiendo a la "temporalidad" de las evaluaciones que realizaremos sistemáticamente, durante la ejecución, en el momento de conclusión de los trabajos o transcurrido un periodo después de la ejecución.

La evaluación simultánea tiene por finalidad extraer información, reflexiones y conclusiones sobre la marcha y desempeño de la actividad. Se trata de examinar la continuidad del objetivo de la actividad que se fundamentaron en el diseño. La evaluación simultánea ofrece apreciaciones sobre la continuidad del proyecto con base en los resultados del mismo.

Evaluación Final tiene como propósito valorar el desempeño global de las actividades, posterior a la ejecución y extraer enseñanzas, (eficacia, eficiencia, pertinencia, impactos, viabilidad, replicabilidad) así como aquellos efectos no previstos y que en el curso del proceso de ejecución se han desencadenado. Este tipo de evaluación, por tanto, estudiará el funcionamiento del proyecto y emitirá un informe final de logros cuya realización se hará semestralmente. La evaluación del plan debe contribuir a reforzar la toma de decisiones, en donde además se recogerán las conclusiones de todo el proceso de intervención.

Ilustración 6: Proceso de evaluación del plan de participación



La metodología de la evaluación será de **proceso**, a través de un informe de avance (Anexo 1) que se planificara semestralmente, programada en una carta Gantt, cuyo objetivo es mostrar el avance de las actividades y ejecución de estas. Visualizando de una mejor forma los procesos de avances, logros y desafíos en un tiempo determinado.

Tabla 2: Carta Gantt de proceso de evaluación

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Agot	Sept	Oct	Nov	Dic
Evaluación						x						x

Luego de ejecutadas las evaluaciones correspondientes a los periodos recién señalados en la tabla, se realizarán modificaciones en el Plan de Participación Social, considerando estas, como un Plan de Mejora y justificando los procesos, que nos permitirán evidenciar el contexto donde se ha desarrollado este Plan.

7. Plan de trabajo y metodología utilizada para la elaboración del Plan:

El proceso de la elaboración del Plan parte en Noviembre del 2015, momento en el cual el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, presenta la modificación de la Meta 7 en Reunión Ampliada con todos los encargados de participación social, es aquí donde damos inicio a la difusión de este nuevo proceso.

La primera instancia de difusión local del CESFAM Trinidad se realiza en reunión de gestión, en diciembre del 2015, luego esta información se conversa en entrevista con presidenta del CDL durante el mismo periodo. La Segunda etapa de difusión se realiza en la última Reunión del CDL del año 2015, tema que es expuesto por la Sra. Jenny López (Presidenta del CDL).

Paralelo a este trabajo de difusión con la comunidad, la encargada de participación social del CESFAM Trinidad, comienza hacer difusión dentro del equipo gestor, estableciendo alianza con Jefa de sector azul Dra. Ma. Fernanda Ramirez, para llevar a cabo el primer trabajo práctico y de análisis con el equipo gestor. Para ello se programa una Jornada de trabajo, utilizando el espacio protegido para en la Reunión de Gestión en enero del 2016, previo a esta jornada de trabajo, se difunde material para ello, se planifica metodología con Jefa de Sector Azul y se establece contacto con la presidenta del CDL para hacerla partícipe de este análisis.

Para esta primera etapa de diseño, se conforma un equipo de trabajo, que está constituido de la siguiente manera:

- Equipo de trabajo, liderado por el director del CESFAM, más la encargada de Participación Social y la Jefa de Sector Azul, se considera importante la participación de todo el equipo gestor, de esta

forma se logra integrar a todos los jefes de sector y unidad del CESFAM. El CDL fue representado por su presidenta (Sra. Jenny López).

Se utiliza como fuente de información, Diagnóstico Participativo CESFAM Trinidad 2014 y Plan Estratégico SSMSO 2016-2018, y como herramienta de trabajo en la jornada lluvia de ideas y FODA, que facilitan el debate y el diálogo en la mesa de trabajo.

Transcurrido este primer proceso, viene una segunda instancia de formación teórica, metodológica y práctica, realizada por la encargada de participación social, mediante un diplomado de Participación Social: Metodología de Intervención Comunitaria para profesionales de Salud. Este apoyo académico, contribuyó a la motivación personal y ordenamiento de ideas para la creación no sólo de un Plan de Participación Social, sino de un equipo de trabajo, que lograra involucrarse y comprometerse de la misma forma con el CESFAM y por sobre todo con la comunidad beneficiaria en el sector donde trabajamos.

Para ello se utilizaron las siguientes estrategias:

Estrategias:
SEDUCCIÓN , FORMACIÓN Y NEGOCIACIÓN: Con los funcionarios y el CDL simultáneamente; establecer códigos que nos identifiquen y nos haga mirar cómo hemos logrado avanzar durante estos años en cuanto a la participación social, que la comunidad (usuarios organizados y no organizados) logren entender que participar está dentro de sus derechos y deberes como ciudadanos, que lo vean como un ejercicio de derecho y no como mano de obra barata como refieren. Con los funcionarios; la estrategia de seducción debe ir enfocada al reconocimiento del otro como un protagonista de su salud, como un agente de cambio, lleno de recursos, que logren validar su historia y su cultura. Con dirección; conversaciones para conformar equipo de trabajo de participación social, para ello fue importante negociar, y presentar propuesta con perfil del cargo y encuesta de motivación para querer ser parte del equipo de participación **(ver anexo 2 y 3).**

Paralelo a las estrategias mencionadas, comienza el trabajo de vinculación con nuevas organizaciones sociales:

Estrategias:
VINCULACIÓN: Involucra acercamiento, reconocimiento del territorio y vinculación con las organizaciones sociales comunitarias, considerando que cada una puede aportar y entregar información no sólo de salud sino de fortalecimiento de redes formales e informales, apoyo mutuo entre los vecinos, dirigentes sociales y un acercamiento al CESFAM.

Fue así como se logró vinculación con cuatro nuevas organizaciones sociales, la Organización Mapuche Rayen Mapu, organización que funciona hace más de 7 años a nivel territorial, con la cual jamás tuvimos vinculación. Este proceso ha sido muy constructivo y armonioso, no sólo para nosotros sino también para una de nuestras principales redes de participación social a nivel local. El Jardín Infantil Las Ardillitas, establecimiento educacional que a través de nuestro vinculo, logra hoy realizar clases de mapudungun con los niños y niñas, y ser beneficiarios de un proyecto local de Huertos Medicinales. Las otras dos organizaciones sociales con las cuales hemos logrado generar vinculación, son los Centros de Padres y Apoderados del Colegio San Carlos y Sotero del Río. Por último señalar que una de las organizaciones sociales formales “Jóvenes por siempre”, quería establecer un vínculo más bien político y ganancial con el CESFAM, que fue decantando lentamente, es por ello que hoy contamos con la vinculación de sólo tres organizaciones sociales.

Simultáneamente a este proceso de vinculación y negociación comienza el proceso de difusión e investigación interno, se mantienen conversaciones con dirección y el consejo técnico del CESFAM, se consolida el equipo de participación social en Julio 2016, y se gestionan 4 horas protegidas para los dos nuevos integrantes del equipo, las cuales fueron divididas en dos horas para dos días de la semana, para llevar a cabo el trabajo programado. Es importante mencionar que se debe utilizar esta estrategia de modificación del equipo de origen, si bien se cuenta con la participación de todos los integrantes cuando se les convoca, con el apoyo e involucramiento de dirección, esto no es suficiente para llevar a cabo el trabajo planteado por nuestros entes reguladores. Se necesita un equipo más pequeño, completamente involucrado, comprometido a nivel local y comunitario, lo que hemos logrado con la participación de dos nuevos integrantes:

Equipo de Participación Social CESFAM Trinidad:

- Álvaro Figueroa. Asistente Social (ex Jefe de Sector Verde). 4 horas semanales (martes de 11:00 a 13:00 y jueves de 15:00 a 17:00)
- Paloma Yañez. Odontóloga (Referente Técnico Dental). 4 horas semanales (martes de 15:30 a 17:30 y jueves de 15:00 a 17:00)
- Priscila Ahumada. Asistente Social (Encargada de Participación Social). 22 horas semanales.

Estrategias:
DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN: Es de real importancia poder nivelar conocimientos, manejos de conceptos y temas asociados a la participación social, para ello se hizo extensivo y se compartió con el equipo de participación social el material bibliográfico de diplomado de Participación Social en Salud y se contextualizó y programaron actividades para lo que resta del año en curso, como también para el Plan trianual. Se llevaron a cabo actividades prácticas aprendidas en esta instancia de formación (diplomado) con el equipo técnico, que ayudaron a la discusión, reflexión, sistematización y mejoramiento de la metodología utilizada. Si bien lo se realizan capacitaciones formales al Equipo de participación social interno del CESFAM, se realiza un proceso de inducción y nivelación de conocimientos en cuanto a la participación social, también así a los equipos de trabajo y organizaciones sociales en función de los niveles de participación.

En este último proceso, ya con un equipo conformado, con horas protegidas, motivado y con conocimientos en participación social, se programa la segunda jornada de Participación Social. Para esta instancia se convoca a todo el equipo técnico del CESFAM Trinidad, a la directiva del CDL, a representantes de las tres Organizaciones Sociales; Mapuche Rayen Mapu, Centro de Padres y Apoderados Colegio San Carlos y Sotero del Río. Se utiliza como herramienta de trabajo presentación de contextualización de Participación Social a Nivel Local, Niveles de Participación y se trabaja por grupos en Matriz de Endo y Exosistema, (anexo 4) más niveles de participación, previo a este encuentro se entregó material de definición de conceptos de Salud Pública hasta participación ciudadana (anexo 5), para que los usuarios estuvieran preparados para la discusión grupal. Finalizado este encuentro se sistematiza trabajo grupal y se incorpora a contextulización y diagnóstico de Niveles de Participación del Plan de Participación Social.

Para finalizar nuestro proceso metodológico trabajamos el mapa de estrategias y niveles de participación social en el mes de septiembre y octubre, considerábamos fundamental conocer qué sabían de Participación Social los equipos de trabajo al interior del CESFAM Trinidad. Para ello calendarizamos un trabajo grupal en las reuniones de sector y unidades transversales, como también en las tres organizaciones sociales y el CDL, para generar mayor vinculación. Trabajamos en su espacio territorial, y logramos un trabajo muy enriquecedor en todo sentido, conocimos la visión de los equipos, aplicamos una breve encuesta previa a la reunión de sector, donde nos enteramos de lo poco que saben de participación social y mucho menos de lo que estamos haciendo hoy como equipo

De este trabajo participativo logramos sacar las actividades para el 2017 -2018 y conocer que opinan del trabajo realizado, de lo que se viene y de los niveles de participación. Sentimos una gran satisfacción a nivel local, hemos intencionado motivación, participación y vinculación para elaborar este Plan, solo nos queda pendiente el cierre que por temas de escenario nacional (movilizaciones) no se logró llevar a cabo, pero es algo que tenemos considerado y lo haremos en consejo técnico como última jornada de cierre.

Tabla de Participantes en Plan de Participación Social CESFAM Trinidad.

Miembros del Equipo	Funciones a desempeñar	Nivel
Director establecimiento	Liderar, participar y ser un facilitador para llevar a cabo un trabajo con la comunidad.	Sostenedor Promotor
Subdirector	Participante y facilitador para negociar horas que no estén programadas para el trabajo con la comunidad y considerarla para los próximos años.	Sostenedor
Jefe de Sector Rojo	Participante del Plan de Participación, actualizar catastro de organizaciones sociales, planificar salidas a terreno para vincularse más cercanamente con la comunidad y su unidad vecinal Nº 22	Sostenedor
Jefe de Sector Azul	Participante del Plan de Participación, actualizar catastro de organizaciones sociales, planificar salidas a terreno para vincularse más cercanamente con la comunidad y su unidad vecinal Nº 32	Promotor Sostenedor

Jefe de Sector Verde	Participante del Plan de Participación, actualizar catastro de organizaciones sociales, planificar salidas a terreno para vincularse más cercanamente con la comunidad y su unidad vecinal Nº 12	Sostenedor
Jefa de Apoyo	Participante del Plan de Participación, será facilitadora para prestar apoyo con alumnas en prácticas e internas de enfermería, para el cumplimiento de algunas actividades programadas.	Sostenedor
Jefa de SOME	Participante del Plan de Participación, protección de agenda en horas indirectas.	Sostenedor
Referente Técnico Odontológico	Apoyo en planificación, seguimiento y evaluación del Plan de Participación Social 2016-2018. Liderar actividades en función del Plan y de acciones con metodología participativa, mantener vinculación con el CDL y nuevas organizaciones sociales, ser proactivo, orientar y asesorar a la comunidad como a funcionarios del CESFAM.	Promotor
Asistente Social Sector Verde	Apoyo en planificación, seguimiento y evaluación del Plan de Participación. Liderar actividades en función del Plan y de acciones con metodología participativa, mantener vinculación con el CDL y nuevas organizaciones sociales, ser proactivo, orientar y asesorar a la comunidad como a funcionarios del CESFAM.	Promotor
Referente Técnico Adolescentes	Apoyo en planificación, seguimiento y evaluación del Plan de Participación Social 2016-2018	Promotor
Presidenta de CDL	Participar activa y críticamente en proceso del Plan de Participación, aportando información y mirada de los usuarios.	Sostenedor Promotor
Socios CDL	Participar de Líneas Estratégicas Específicas como: reuniones del CDL, CPP, Solicitudes Ciudadanas.	Sostenedor Promotor
Agrupación Social	Participar activa y críticamente en proceso del Plan de Participación, aportando información y mirada de los usuarios con	Sostenedor Promotor

Rayen Mapu	cosmovisión mapuche	
Centro de Padres y Apoderados Colegio San Carlos	Participación activa, aportan información y mirada de padres, apoderados y profesores del Colegio San Carlos	Sostenedor Promotor
Centro de Padres y Apoderados Colegio Sotero del Río	Participación pasiva, aportan información y mirada de padres, apoderados y profesores del Colegio Sotero del Río, con mayor dificultad en la organización interna.	Sostenedor
Enc. De Participación Social	Liderar, participar, planificar, realizar seguimiento, orientar metodológicamente al equipo y evaluar el Plan de Participación Social.	Promotora Sostenedora

Llevando análisis la tabla recién expuesta, consideramos que el Plan de Participación Social del CESFAM Trinidad, es completamente viable de realizar. Se reflejan algunos actores como detractores, pero estas personas nos pueden ofrecer una oportunidad para generar mayor motivación no solo a nivel interno con los equipos de trabajo, sino también externo con la comunidad. Si bien este Plan esta creado en función de responsabilizar al CESFAM, debemos considerar que es primordial fundarlo en el beneficio de nuestra comunidad, ellos como actores principales de conocer y mejorar sus condiciones de salud.

Conclusiones

Para concluir es importante señalar que este Plan Estratégico de Participación Social, logró realizar un análisis profundo de lo que es la Participación Social en Salud localmente en nuestro CESFAM. Nos hizo evidenciar muchos procesos de trabajo con la comunidad, pero también nos hace reflejar la brecha que existe entre lo asistencial y lo comunitario. Realizar este tipo de proyecciones a largo plazo es un desafío, considerando que el enfoque metodológico ha volcado su estrategia en generar un impacto a nivel comunitario. Debemos procurar que este se vea proyectado en el tiempo, y que se logre la vinculación y co-construcción con los mismos usuarios y comunidad.

Cabe señalar que si bien, no existe un involucramiento total de funcionarios y del equipo técnico del CESFAM, esta es la oportunidad para comenzar hacerlo. Contamos con herramientas metodológicas, de evaluación y seguimiento, plasmados en el documento expuesto.

Anexo 1

INFORME DE AVANCE DE PROYECTO EN EJECUCIÓN Nº		
1. Datos Generales		
Título del Proyecto	C	
Actividad Evaluada		
Responsable.		
Población intervenida.		
Fecha de inicio del proyecto	**Fecha de finalización del proyecto**	**Fecha de elaboración del Informe de Avance**
Fecha de elaboración de Informes anteriores		

2. Actividades
2.1 Cronograma de Actividades
Copiar el cronograma tal y como se elaboró en el documento de proyecto. Señalar con distintos colores aquellas actividades que se han realizado y aquellas que están en ejecución.

2.2 Actividades realizadas					
Objetivo o tarea	**Fecha de Inicio**	**Fecha de término**	**Descripción de avance**	**Grado de Avance %**	**Observaciones**

2.3 Actividades no previstas inicialmente que han sido realizadas o a incorporar durante la ejecución del proyecto		
Producto del proyecto al que pertenecen	**Actividad realizada**	**Observaciones**

3. Obstáculos que se han presentado para la ejecución del proyecto		
Limitaciones	**Actividades correctivas desarrolladas**	**Acciones correctivas por desarrollar**

Anexo:2

Encuesta

Este instrumento nos ayudará a definir y elegir el equipo de Participación Social del CESFAM Trinidad, por ende solicitamos su honestidad y responsabilidad al minuto de contestar.

1- ¿Le gustaría ser parte del equipo de Participación Social?

1	2	3	4	5
Nada				**Mucho**

2- ¿Cree usted que posee habilidades para integrar el equipo de Participación Social?

1	2	3	4	5
Nada				**Mucho**

3- ¿Usted cuenta con conocimientos básicos, de conceptos relacionados a la Participación Social?

1	2	3	4	5
Nada				**Mucho**

4- ¿Considera importante realizar trabajo en terreno con organizaciones sociales?

1	2	3	4	5
Nada				**Mucho**

5- ¿Qué tan importante es para su función la Participación Social? **Fundamente.**

Anexo: 3

Perfil de Competencias

NOMBRE DEL CARGO: Integrante Equipo de Participación Social

Objetivo del Cargo:
Acompañar, organizar y conducir la participación ciudadana en el CESFAM Trinidad, dentro del marco de la gestión pública participativa, las normas vigentes y lineamientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Número de horas sugeridas:
4 horas semanales, mínimo 2 horas semanales

Competencias Técnicas	Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto
✓ Conocer conceptos básicos de Participación Social: Determinantes Sociales, Equidad, Cohesión Social, Participación Ciudadana					X
✓ Ser capaz de sistematizar procesos				X	
✓ Conocer las Redes Intersectoriales				X	
✓ Asesorar al Centro de Salud Trinidad en materias de Participación Ciudadana y Derechos de las personas en Salud (Ley 20584)					X
✓ Participar de instancias técnicas y de planificación del establecimiento					X
✓ Coordinar instancias de capacitación Social a las personas que participen en la planificación y elaboración del Plan de Participación Social			X		
✓ Conocer el Modelo de Salud Familiar				X	
✓ Conocer la Ley 20500 (asociación y participación ciudadana en la Gestión Pública)			X		
✓ Conocer la Ley 20584 sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención en salud.					X

✓ Conocer la Reforma de Salud			X		
✓ Conocer la Ley 19966 (GES)			X		
✓ Poseer conocimientos básicos de métodos y técnicas de medición de Satisfacción Usuaria			X		
✓ Conocer la Ley 19253 (Indígena)			X		
✓ Conocer la Ley 20609 (Antidiscriminación)			X		
✓ Conocer sobre los mecanismos de participación					X
✓ Conocer la diferencia entre Promoción de la Salud y Participación Social					X

Competencias Personales	**Bajo**	**Promedio Bajo**	**Promedio**	**Promedio Alto**	**Alto**
✓ Empático					X
✓ Trabajar en equipo					X
✓ Ser resolutivo				X	
✓ Ser flexible				X	
✓ Ser planificado y organizado (gestión del tiempo)					X
✓ Poseer sentido de pertenencia				X	
✓ Ser proactivo					X
✓ Ser amable					X
✓ Lograr compromiso con el equipo de trabajo					X
✓ Habilidades de comunicación asertiva				X	

Anexo: 4

MATRIZ DE ANALISIS DIAGNÓSTICA INTERNA.

NOMBRE INTEGRANTES : _____

I. E**xo-estructura**.

Preguntas	**Situación o condición**	**Factores obstaculizadores asociados a una situación deficitaria o ausencia de información o intervención**	**Fuente de información**
1.1.¿En base a qué plan o estrategia se desarrollan las acciones de participación del Centro o institución donde usted trabaja?	*Explicitar si es suficiente o insuficiente; pertinente o no ; adecuada o no; etc*	*Qué aspectos o factores estarían incidiendo en dicha situación o condición deficitaria o no deseada*	
1.2.¿Las acciones desarrolladas en el ámbito de la participación en salud de su centro tienen impacto reconocido por los niveles superiores?.			
1.3.¿Las acciones de participación en salud a vuestro juicio constituyen una prioridad o son relevantes en el contexto del plan de salud comunal, regional o nacional?.			
1.4.¿Qué nivel de importancia creen ustedes le asigna el gobierno central y local al tema de la participación en salud?			
1.5.¿Qué valoración consideran ustedes otorga la ciudadanía a los mecanismos e instancias de participación del MINSAL?.			
1.6.¿Cuáles son los niveles de participación y organización de las comunidades donde se emplaza su centro o servicio? Excluya las relativas a salud.			
1.7.¿Qué tipo y nivel de capital social podría identificar en los barrios asociados a su centro de salud o servicio?			

II. Caracterización de la Endoestructura.

Preguntas	**Situación o condición**	**Factores obstaculizadores asociados a una situación deficitaria o ausencia de información o intervención**	**Fuente de Información**
2.1.¿De qué manera se expresa en el organigrama del centro o del servicio el tema de participación social?	*Explicitar si es suficiente o insuficiente; pertinente o no ; adecuada o no; etc*	*Qué aspectos o factores estarían incidiendo en dicha situación o condición deficitaria o no deseada*	
2.2¿A través de qué mecanismos, instancias o acciones, se relaciona el centro o servicio con la comunidad?			
2.3.¿Quiénes formalmente se relacionan con la comunidad?			
2.4.¿En qué instancias formales se toman decisiones en este tema?			
2.5.¿Cómo se toman las decisiones? ¿Quiénes toman las decisiones?			
2.6.¿Cuáles son los roles y funciones formalmente definidas para abordar este tema? Esta departamentalizado y/o es transversal a todos los programas del centro?			
2.7¿Cuántas personas están destinadas a abordar este tema?			
2.8.¿Con qué recursos materiales se cuenta o se proyecta contar para abordarlo?			
2.9.1.¿Con que instancias o niveles de la organización interna se coordinan para abordar el tema?			
2.9.2.¿Qué estrategias, actividades o campañas de difusión se han desarrollado o están por desarrollarse en esta materia?			

III. Caracterización del Programa de Participación.

Preguntas	Respuestas	Factores Obstaculizadores
3.1¿Qué nivel de información diagnóstica se maneja respecto a la población objetivo del centro o servicio?		
3.6.¿Qué metodologías o estrategias se consideran para involucrar la comunidad?		
3.7. Identificar nivel de participación en el que está el CESFAM Trinidad.		

IV. Definición de estrategias de solución.
De cada dimensión analizada identifique al menos dos nudos críticos y para cada uno de ellos una estrategia de solución .

NODO IDENTIFICADO	ESTRATEGIAS DE SOLUCION
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Anexo:5

Conceptos de apoyo para Jornada de Participación Social

CESFAM Trinidad 2016

Consejos Consultivos, de Usuarios o de Desarrollo Local: Organizaciones donde la comunidad organizada participa. Se espera que tengan incidencia en la formulación, implementación y evaluación de políticas vinculadas con el ámbito de su interés.

Participación Social: proceso histórico y se transformación social.
"La intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, mejorar recuperar y fomentar la salud". (Weinstein, 1998:178)

Estrategias Comunitarias: Los órganos del sistema buscan la incorporación activa de la comunidad en el desarrollo de estrategias que contribuyan al logro de los objetivos sanitarios y resultados en salud, favoreciendo la sistematización de experiencias positivas.

Objetivos Sanitarios: Señalan metas nacionales en salud que se deben alcanzar en la década 2011-2020. Son una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema salud chileno.

1- Mejorar la salud de la población.
2- Disminuir las inequidades
3- Aumentar la satisfacción de la población.
4- Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Modelo de Salud Familiar y comunitario: El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Meta 7: Las metas sanitarias y las de mejoramiento de la atención, son establecidas mediante resolución del subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se debe considerar las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deben cumplirse durante el año siguiente por los Servicios de Salud.

Pauta MAIS: Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar y Comunitaria en establecimientos de Atención Primaria desarrollado por el Ministerio de Salud.

Acreditación: es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria- hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios-para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro de Entidades Acreditadoras.

Nivel de Participación: Nos basaremos en el Modelo de la Autora Sherry Arnstein, quién hace referencia a; este modelo permite situar el estado de la participación de nuestra red de salud de acuerdo a las características que definen cada etapa y, a la vez, visualizan su progresión y el estadio al que se aspira llegar, de modo que la participación reconozca ese objetivo y las estrategias para conseguirlo.

1- **Información de calidad:** informar a los usuarios acerca de sus derechos, responsabilidades y opciones en un primer paso clave para avanzar en la participación. Es relevante que esta información sea completa, de fácil acceso, atingente y entregada a tiempo. A la vez se espera que los canales de comunicación den opciones para la retroalimentación por parte de los receptores, de modo que sobre esta relación se pueda construir poder de negociación e influencia por parte de la comunidad.
2- **Consulta:** Invitar a que la comunidad manifieste su opinión sobre los planes, políticas, decisiones de autoridades y otras materias, además crear los espacios para que esta actividad se desarrolle de una manera inclusiva y eficiente, es un paso más para conseguir una participación efectiva.
3- **Toma de decisiones:** En este estadio la ciudadanía detenta la capacidad der tomar decisiones (amplias o acotadas), ya sea porque ha desarrollado su propio poder o éste le ha sido delegado por alguna autoridad en un ámbito específico. La opinión de la comunidad se vuelve vinculante e influyente directamente en la gestión pública. Del mismo modo, los ciudadanos se hacen responsable de las decisiones que toman.
4- **Control Social:** Cuando el empoderamiento de la comunidad avanza y se consolida las personas pueden influir en la gestión, tomar decisiones, monitorear los cumplimientos, exigir rendiciones de cuentas y solicitar medidas correctivas cuando las autoridades no desempeñan su labor adecuadamente o no cumplan sus compromisos. La ciudadanía empoderada logra organizarse, auto gestionarse y, desde su propia orgánica, se articula con las instituciones públicas para hacer una gestión participativa.

Nivel Superior: Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Corporación Municipal de La Florida.

Capital Social: "El agregado de los recursos reales o potenciales ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo". Bourdieu (sociólogo, 1985)

"Los recursos socio– estructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones de individuos que están adentro de esa estructura" Coleman (sociólogo, 1990) es productivo, posibilitando el logro de ciertos fines que no serían alcanzables en su ausencia.

"aspectos de las organizaciones sociales, tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la acción y la cooperación para beneficio mutuo". Putnam (cientista político, 1993):

Institución: "conjuntos de normas y valores que facilitan la confianza entre los actores". Son abstractas, mientras que las organizaciones son manifestaciones concretas de cooperación basadas en la confianza. North (economista, 1990)

Organigrama: Representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas.

Referencia y fuente:

- **John Durston**. **División de desarrollo social. Santiago de Chile, Julio 2000. CEPAL**
- **MINSAL**
- **Sociedad Médica de Santiago**
- **Plan Estratégico de Participación Social Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.**

Anexo 6.

Miembro del Equipo de participación	Rol o Función.	Actividad	Lugar.	Fecha
Priscila Ahumada Fernanda Ramirez.	Liderar jornada de diseño del diseño del plan de participación social.	FODA	CESFAM Trinidad.	Enero 2016
Priscila Ahumada Gabriela Droguett.	Diseño e implementación del perfil de participación social.	Crear perfil. Creación de encuesta. Aplicación de encuesta. Análisis de encuesta	CESFAM Trinidad.	Junio 2016
Priscila Ahumada.	Liderar proceso de inducción y nivelación de conocimientos a equipo de participación social.	Reuniones programadas en espacio protegido.	CESFAM Trinidad.	Agosto 2016.
Alvaro Figueroa y Paloma Yañez.	Vinculación con la organización social Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	Rayen Mapu.	Septiembre 2016.

Paloma Yañez	Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	Sector Azul	Septiembre 2016.
Priscila Ahumada y Alvaro Figueroa.	Vinculación con la organización social Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	CPA San Carlos	Septiembre 2016.
Alvaro Figueroa.	Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	Sector Verde	Septiembre 2016.
Priscila Ahumada.	Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	Sector Rojo	Septiembre 2016.
Priscila	Programación de la	Mapa, asociación	Sector SOME	Septiembre

Ahumada.	actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	apreciativa.		2016.
Paloma Yañez y Priscila Ahumada	Vinculación con la organización social Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	CPA Sotero del Río	Septiembre 2016.
Paloma Yañez, Alvaro Figueroa y Priscila Ahumada.	Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	Consejo técnico.	Septiembre 2016.
Paloma Yañez, Alvaro Figueroa y Priscila Ahumada.	Vinculación con la organización social Programación de la actividad. Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Diagnostico Participativo adolescente.	7mo y 8vo básico colegio San Carlos.	Septiembre 2016.

Priscila Ahumada	Aplicación del instrumento. Análisis del instrumento	Mapa, asociación apreciativa.	CDL	Octubre 2016.

Anexo 7.

Año 2016																
Línea Estratégicas	Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Indicador de resultado	Indicador impacto	Medio verificador	Responsable	Participante	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Observaciones
Gestión Participativa	Crear perfil equipo de participación social del CESFAM Trinidad	Reunión de gestión.	Trabajo metodológico con jefe de sector, para crear perfil de competencia y realizar encuesta motivacional para querer ser parte del equipo	N° participantes del equipo técnico que cumplen con un rango mayor o igual al 5 del perfil de competencia / N° total de participantes encuestado en el equipo técnico.	Validación de horario protegido en la programación 2017 para equipo de participación social.	Documento del perfil de equipo de participación y encuesta dirigida a equipo técnico.	Dirección/ encargada de participación social.	Consejo Técnico CESFAM Trinidad.							Proceso motivador para la encargada de participación social, tras la resultado de la encuesta.
	Conformar equipo de participación social del CESFAM Trinidad	Reuniones semanales de coordinación	Trabajo metodológico con Equipo de participación. Poner a disposición material bibliográfico del Diplomado de Participación Social, programar, ejecutar y sistematizar de actividades.	N° de actividades programadas/ N° de actividades realizadas	Generar un Diagnóstico interno y externo del estado actual de participación social a nivel local.	Matriz endo y exo sistema. Encuesta por sector de participación social. Evaluación de equipos y comunidad de niveles de participación social. Diagnóstico participativo de adolescente	Encargada de participación social y equipo de participación social.	Sector(SOME, Verde , Azul, Rojo). Equipo técnico, CDL, centro de padres Sótero del Río, y Colegio San Carlos, Organización social Rayen mapu.	x	x	x	x	x	x	Proceso enriquecedor para equipo de participación social.
	Continuar con reuniones mensuales de CDL del CESFAM Trinidad	reunión mensual de CDL.	Apoyo técnico y metodológico a directiva de CDL.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar mayor numero de asistentes a reuniones de CDL, estimulando los canales de difusión y comunicación con la comunidad.	Actas y listas de asistencias de reuniones de CDL	Encargada de participación social Y Presidenta de CDL.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad.	x	x	x	x	x	x	No se realiza Reunión en Mayo por Cuenta Pública y en el mes de...por actividad Municipal
	Mantener Proceso de Cuenta Pública Participativa	reuniones previas a Cuenta Pública Participativa	Exponer orientaciones programáticas de CPP, instalar un buzón de preguntas en OIRS, contar y sistematizar preguntas del buzón, realizar entrevistas con usuarios, para crear video expositivo en cuenta pública, articular la red y gestionar muestra artística de la comunidad.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Involucrar a otros actores sociales en el Proceso de la CPP	Lista de asistencia a CPP, Material Audiovisual.	Director del CESFAM. Presidenta de CDL y Encargada de participación social.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad Y Autoridades.							
	Mantener participación de CDL del CESFAM Trinidad en elaboración del Plan de Salud Comunal.	Jornada de trabajo	Proceso de discusión de temáticas de salud con representantes de los CDL a nivel comunal, mesas de trabajo divididas por ciclo vital y unidades transversales.	N° De jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas	Considerar la opinión de la comunidad en el proceso de elaboración y sistematización del Plan de Salud Comunal.	Lista de asistencia, y material audiovisual	Unidad técnica Comunal.	Unidad técnica, Directores CESFAM, representantes de los equipos técnicos de APS La Florida, jefes de sector, representantes de CDL, organizaciones sociales.				x			
	Mantener reuniones de consejo técnico, con representantes del CDL del CESFAM Trinidad	Reunión de Consejo Técnico, con participación del CDL.	Capacitación equipo técnico, con representante de CDL sobre meta 7, trabajo de matriz exo y endo sistema de participación social.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar estrategias de trabajo relacionadas con la información, para la avanzar en la consulta y toma de decisiones.	lista asistencia, sistematización de la matriz.	dirección, Equipo de participación social	dirección del CESFAM, consejo técnico, CDL, organizaciones sociales(3), Equipo de participación social.		x			x		
	Mantener Comité de Gestión de Consultas Ciudadanas del CESFAM Trinidad	Reunión Mensual Comité de Solicitudes Ciudadanas	Análisis mensual de los reclamos, que considere al menos: evaluación por área, causas principales, y oportunidad de la respuesta.	N° de reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar acciones de trabajo en base a la mejora continua en CESFAM Trinidad.	Actas y listas de asistencias de reuniones de Comité de solicitudes Ciudadanas. Evaluación trimestral de las solicitudes ciudadanas.	Dirección, Directiva de CDL, Encargada de participación social.	Dirección del CESFAM. Encargado de calidad, Presidenta de CDL, funcionario y Encargada de participación social.	x	x	x	x	x	x	No se realiza Reunión en enero y febrero por período de feriado legal.

Ampliar Redes de Participación Social	Vincular a la Organización Mapuche Rayen Mapu, con el CESFAM Trinidad	Reuniones de vinculación y coordinación entre equipo de participación social y organización social.	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades de la organización Mapuche Rayen Mapu	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Mantención en el tiempo del vinculo y trabajo comunitario con la organización social Rayen Mapu	Listas de asistencia, mapa de estrategia y evaluación de nivel de participación social, material audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	x	x	x	x	x	x	Se realizo buena vinculación entre la organización social con el CESFAM y otras orgaciones sociales.
	Elaborar proyecto de huertos medicinales con Organización Mapuche Rayen Mapu	reuniones y elaboración de proyecto Huertos Medicinales.	Apoyo técnico y metodológico a directiva de Organización Social Rayen Mapu.	N° de proyectos programados / N° de proyectos realizados.	Involucramiento de la comunidad en el proyecto de Huerto Medicinal.	Documento de proyecto elaborado, materia audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	Equipo de participación social y directiva de organización social, presidenta unidad vecinal N° 12.	x			x	x	x	
	Involucrar al Equipo de Participación Social del CESFAM Trinidad, con Centros de Padres y apoderados del Colegio Sótero del Río y San Carlos	Visitas en terreno a nuevas organizaciones sociales	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	mantención en el tiempo del vinculo y trabajo con la comunidad, con la organización social Centro de Padres y apoderados Colegios Sótero del Río y San Carlos	Listas de asistencia, mapa de estrategia y evaluación de nivel de participación social, material audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de los Centros de Padres	Equipo de participación social y directiva de Centro de Padres	x	x	x	x	x	x	Se ha logrado buena vinculación con los centros de padres y apoderados. Ambas organizaciones no son formales.
	Realizar Diagnóstico participativo sectorizado en el CESFAM Trinidad	Jornada de Diagnóstico participativo sectorizada .	Presentación epidemiológica del CESFAM Trinidad y Modelo de Salud Familiar, Mesas de trabajo por sector y organizaciones sociales, plenario, evaluación de la actividad.	N° de diagnósticos Participativos programados/N° de diagnósticos Participativos realizados	Acoger necesidades de la comunidad y funcionarios.	Lista de asistencia, papelógrafo, material audiovisual.	Jefe de sector, representante de CDL, equipo de Participación.	Equipo gestor, Socios del CDL, organizaciones sociales, funcionarios ,equipo de participación social.						x	Evaluación en enero 2017 y entrega de resultado en marzo 2017
	Conocer opinión de adolescentes de los Colegios Sótero del Río y San Carlos correspondientes al territorio del CESFAM Trinidad	Diagnóstico Participativo en Colegio San Carlos y Sótero del Río	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades de adolescentes, usando técnicas ajustada a su ciclo vital.	N° de diagnósticos Participativos programados/N° de diagnósticos Participativos realizados	Acoger necesidades de los adolescentes y traducirlo a actividades del CESFAM	Orientaciones de Diag. Participativo, Programa de actividad, afiches, material audiovisual	Referente técnico Participación social comunal, Equipo de Participación, Referente técnico Programa de Adolescentes CESFAM Trinidad	Alumnos de 7° y 8° básico colegio San Carlos, alumnos de 7° Colegio Sótero del Río. Equipo docente, Referente técnico Participación social comunal, Equipo de Participación, Referente técnico Programa de Adolescentes CESFAM Trinidad				x			Innovar en la metodología es primordial, los adolescentes están en los colegio, quizás es mas fácil llegar a ellos de lo que pensamos. Actividad tremendamente enriquecedora
	Lograr mayor participación de usuarios en reuniones de CDL del CESFAM Trinidad	Difusión por escrito, realizar carta a todos los socios e intersector, entrega en domicilio.	Se redacta carta formal y se envía por estafeta a cada uno de los socios y representantes de instituciones correspondientes al territorio.	N° de socios y representantes de instituciones programados a reuniones de CDL/N° de socios y representantes de instituciones asistente a reuniones de CDL	Abrir los canales de difusión y lograr que más usuarios y representantes del intersector asistan a reuniones de CDL	Actas, lista de asistencia, material audiovisual	Directiva del CDL y encargada de Participación Social	Directiva del CDL, socios del CDL, ´Operaria OIRS, equipo de Participación Social		X	X	X	X	X	Los socios han validado esta metodología, lo siente como un proceso formal, a pesar que aún no se manifiesta autonomía. Trabajo que genera mayor esfuerzo, para presidenta del CDL, operaria OIRS y Encargada de Participación Social.

Ampliar Redes de Participación Social	Vincular a la Organización Mapuche Rayen Mapu, con el CESFAM Trinidad	Reuniones de vinculación y coordinación entre equipo de participación social y organización social.	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades de la organización Mapuche Rayen Mapu	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Mantención en el tiempo del vinculo y trabajo comunitario con la organización social Rayen Mapu	Listas de asistencia, mapa de estrategia y evaluación de nivel de participación social, material audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	x	x	x	x	x	x	Se realizo buena vinculación entre la organización social con el CESFAM y otras orgaciones sociales.
	Elaborar proyecto de huertos medicinales con Organización Mapuche Rayen Mapu	reuniones y elaboración de proyecto Huertos Medicinales.	Apoyo técnico y metodológico a directiva de Organización Social Rayen Mapu.	N° de proyectos programados / N° de proyectos realizados.	Involucramiento de la comunidad en el proyecto de Huerto Medicinal.	Documento de proyecto elaborado, materia audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de organización social.	Equipo de participación social y directiva de organización social, presidenta unidad vecinal N° 12.	x			x	x	x	
	Involucrar al Equipo de Participación Social del CESFAM Trinidad, con Centros de Padres y apoderados del Colegio Sótero del Río y San Carlos	Visitas en terreno a nuevas organizaciones sociales	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	mantención en el tiempo del vinculo y trabajo con la comunidad, con la organización social Centro de Padres y apoderados Colegios Sótero del Río y San Carlos	Listas de asistencia, mapa de estrategia y evaluación de nivel de participación social, material audiovisual.	Equipo de participación social y directiva de los Centros de Padres	Equipo de participación social y directiva de Centro de Padres	x	x	x	x	x	x	Se ha logrado buena vinculación con los centros de padres y apoderados. Ambas organizaciones no son formales.
	Realizar Diagnóstico participativo sectorizado en el CESFAM Trinidad	Jornada de Diagnóstico participativo sectorizada .	Presentación epidemiológica del CESFAM Trinidad y Modelo de Salud Familiar, Mesas de trabajo por sector y organizaciones sociales, plenario, evaluación de la actividad.	N° de diagnósticos Participativos programados/N° de diagnósticos Participativos realizados	Acoger necesidades de la comunidad y funcionarios.	Lista de asistencia, papelógrafo, material audiovisual.	Jefe de sector, representante de CDL, equipo de Participación.	Equipo gestor, Socios del CDL, organizaciones sociales, funcionarios ,equipo de participación social.						x	Evaluación en enero 2017 y entrega de resultado en marzo 2017
	Conocer opinión de adolescentes de los Colegios Sótero del Río y San Carlos correspondientes al territorio del CESFAM Trinidad	Diagnóstico Participativo en Colegio San Carlos y Sótero del Río	Generar vinculación, lazos de confianza, levantamiento de necesidades de adolescentes, usando técnicas ajustada a su ciclo vital.	N° de diagnósticos Participativos programados/N° de diagnósticos Participativos realizados	Acoger necesidades de los adolescentes y traducirlo a actividades del CESFAM	Orientaciones de Diag. Participativo, Programa de actividad, afiches, material audiovisual	Referente técnico Participación social comunal, Equipo de Participación, Referente técnico Programa de Adolescentes CESFAM Trinidad	Alumnos de 7° y 8° básico colegio San Carlos, alumnos de 7° Colegio Sótero del Río. Equipo docente, Referente técnico Participación social comunal, Equipo de Participación, Referente técnico Programa de Adolescentes CESFAM Trinidad				x			Innovar en la metodología es primordial, los adolescentes están en los colegio, quizás es mas fácil llegar a ellos de lo que pensamos. Actividad tremendamente enriquecedora
	Lograr mayor participación de usuarios en reuniones de CDL del CESFAM Trinidad	Difusión por escrito, realizar carta a todos los socios e intersector, entrega en domicilio.	Se redacta carta formal y se envía por estafeta a cada uno de los socios y representantes de instituciones correspondientes al territorio.	N° de socios y representantes de instituciones programados a reuniones de CDL/N° de socios y representantes de instituciones asistente a reuniones de CDL	Abrir los canales de difusión y lograr que más usuarios y representantes del intersector asistan a reuniones de CDL	Actas, lista de asistencia, material audiovisual	Directiva del CDL y encargada de Participación Social	Directiva del CDL, socios del CDL, ´Operaria OIRS, equipo de Participación Social		X	X	X	X	X	Los socios han validado esta metodología, lo siente como un proceso formal, a pesar que aún no se manifiesta autonomía. Trabajo que genera mayor esfuerzo, para presidenta del CDL, operaria OIRS y Encargada de Participación Social.

Año 2017																								
Línea Estratégicas	Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Indicador de resultado	Indicador impacto	Medio verificador	Responsable	Participante	Enero	febrero	marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Observaciones
Gestión Participativa	Continuar con reuniones mensuales de CDL del CESFAM Trinidad	Reunión mensual de CDL.	Apoyo técnico y metodológico a directiva de CDL.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar mayor numero de asistentes a reuniones de CDL y motivar al nivel de consulta	Actas y listas de asistencias de reuniones de CDL	Encargada de participación social Y Presidenta de CDL.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad, Intersector.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Mantener Proceso de Cuenta Pública Participativa del CESFAM Trinidad	Reuniones previas a Cuenta Pública Participativa	Exponer orientaciones programáticas de CPP, realizar entrevistas con usuarios, para crear video expositivo en cuenta pública, articular la red y gestionar muestra artística de la comunidad.	N° de usuarios (as) involucradas en este proceso/N° de usuarios (as) programadas para este proceso	Ver reflejado un proceso autónomo de la comunidad, y lograr un trabajo en conjunto con dirección del CESFAM.	Lista de asistencia a CPP, Material Audiovisual.	Director del CESFAM. Presidenta de CDL y Encargada de participación social.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad Y Autoridades, intersector.				x	x								
	Manter Comité de Gestión de Consultas Ciudadanas del CESFAM Trinidad	Reunión Mensual Comité de Solicitudes Ciudadanas	Análisis mensual de los reclamos, que considere al menos: evaluación por área, causas principales, y oportunidad de la respuesta.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar acciones de trabajo en base a la mejora continua en CESFAM Trinidad.	Actas y listas de asistencias de reuniones de Comité de solicitudes Ciudadanas. Evaluación trimestral de las solicitudes ciudadanas.	Encargada de participación social.	Dirección del CESFAM. Encargado de calidad, Presidenta de CDL, funcionario y Encargada de participación social.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No se realiza Reunión en enero y febrero por periodo de feriado legal.
	Manter reuniones de consejo técnico, con representantes del CDL del CESFAM Trinidad	Reunión de consejo técnico mas CDL.	Análisis de buzón de ideas del CESFAM Trinidad.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Materialización de las propuestas sistematizadas del buzón	Lista asistencia, sistematización de la matriz.	Dirección, Equipo de participación social	Dirección del CESFAM, consejo técnico, CDL, organizaciones sociales, Equipo de participación social.					x			x			x		
	Mantener participación de CDL del CESFAM Trinidad en elaboración del plan comunal de Salud.	Jornada de trabajo	Proceso de discusión de temáticas de salud con representantes de los CDL a nivel comunal, mesas de trabajo divididas por ciclo vital y unidades transversales.	N° De jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas	involucrar a la comunidad en el proceso de elaboración del plan comunal de salud.	Lista de asistencia, y material audiovisual	Unidad técnica Comunal.	Unidad técnicas, Directores CESFAM, representantes de los equipos técnicos, jefes de sector, representantes de CDL, Organizaciones sociales.										x			
	Mantener horarios protegidos del equipo de participación social, para programación y gestión de actividades 2017.	Coordinación equipo de participación social.	Reuniones periódicas de coordinación y gestión de trabajo en participación social.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas	validación de parte de los funcionarios y de la comunidad como equipo de participación social.	Actas, material audiovisual, documentos de avance de trabajo.	Dirección, Jefe de sector, Equipo de participación	Equipo de participación.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Mantener vinculación con organizaciones sociales en terreno, incorporados en Plan de Participación Social	Trabajo comunitario en terreno de equipo de participación social.	Visitas comunitarias a sedes u organizaciones sociales.	N° De visitas programadas/ N° de visitas realizadas	Generar estrategias de nivel de consulta respecto a temáticas de salud.	Actas, material audiovisual, sistematización del trabajo.	Equipo de participación social y organizaciones sociales.	Equipo de participación social y organizaciones sociales.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Actualizar catastro por sector de organizaciones sociales e intersector del territorio aledaño al CESFAM Trinidad	Gestionar y programar mesas territoriales.	Salidas a terrenos en la comunidad.	N° De visitas programadas/ N° de visitas realizadas	Vinculación entre la comunidad y los equipo de cabecera.	Carta Gantt. Acta reuniones, lista de asistencia, material audiovisual.	Jefes de sector, equipo de participación	Jefes de sector, equipo de participación social, organizaciones sociales e intersector.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Ampliar Redes de Participación Social	Obtener información estadística de usuarios según etnia y nacionalidad del CESFAM Trinidad	Realizar catastro de número de inscritos según etnia y nacionalidad	Documento estadístico de numero de usuarios inscritos según etnia y nacionalidad	N° de actividades programadas/ N° de actividades realizadas.	porcentajes de usuarios según etnia y nacionalidad, con el fin de generar estrategias de trabajo.	Documento estadístico.	Jefe de SOME.	Organización social RAYEN MAPU y equipo de participación social	x	x										x			
	Conformar mesas territoriales a nivel sectorial, promoviendo la participación social en salud del CESFAM Trinidad	Reuniones con Intersector, con organizaciones sociales y con CDL por sector	Programar reuniones trimestrales con el intersector, organizaciones sociales, CDL y funcionarios del sector	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas	Conocer las necesidades locales en salud y crear planes sectoriales en función de ellas.	Actas, lista de asistencia, material audiovisual	Jefe de sector, representante de CDL por sector y Equipo de Participación.	Jefe de sector, representante de CDL por sector, representantes del intersector, organizaciones sociales, funcionarios y Equipo de Participación.				x			x				x			Evaluar con la mesa si es necesario programar más reuniones.
Información y educación en participación social ciudadana en salud	Informar a los usuarios sobre derechos y deberes en el CESFAM Trinidad	Entrega de información sobre Derechos y Deberes de usuarios	stand informativo en sala de espera por directiva de CDL, y apoyo técnico de equipo de participación social.	N° de actividades programadas/ N° de actividades realizadas.	Lograr usuarios informados sobre la Ley de deberes y derechos de los usuarios.	Encuesta, material audiovisual.	Directiva de CDL.Equipo de participación social. Funcionario de primera línea.	Usuarios del CESFAM.				x			x				x			
	Sensibilizar a los equipo de cabecera sobre la cosmovisión mapuche en el CESFAM Trinidad	Realizar capacitación de funcionarios sobre cosmovisión mapuche	Jornada de capacitación para funcionarios del CESFAM.	N° De jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas	Internalizar la cultura mapuche en los funcionarios del CESFAM.	Lista de asistencia, encuesta de satisfacción, material audiovisual	Directiva de organización social Rayen Mapu.Equipo de participación social.	Funcionarios del CESFAM.	X	X	X										
	Incorporar el dialecto mapuche en dependencias del CESFAM Trinidad	Implementar señalética en dialecto mapuche en CESFAM.	Creación de señaléticas en dialecto mapuche del CESFAM Trinidad.	N° de punto de referencia que tienen señalética en español en CESFAM /N° de punto de referencia que tienen señalética Mapudungun en CESFAM	Internalizar la cultura mapuche en los usuarios del CESFAM.	Check List de puntos de referencia, material audiovisual	Directiva de organización social Rayen Mapu.Equipo de participación social.	Usuarios del CESFAM.												X	
	Conocer la opinión de los usuarios respecto al CESFAM Trinidad	Instalar buzón de ideas para los usuarios del CESFAM Trinidad	Instalación del Buzón de ideas. Sistematizar cada dos meses obtenidas del buzón. Realizar análisis en reuniones de consejo técnico en conjunto con CDL.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Obtener una mayor accesibilidad a las necesidades de la comunidad resto a mejoras del CESFAM.	Lista de asistencia, acta, análisis de resultado.	Dirección, Directiva de CDL.Equipo gestor.	Dirección, consejo técnico, CDL y Usuarios.			x	x									

Información y educación en participación social ciudadana en salud	Educar y capacitar a los dirigentes sociales correspondientes al territorio del CESFAM Trinidad en temáticas de salud	Capacitación de monitores de salud en la comunidad	Referente técnico del programa del Adulto u otro profesional del CESFAM Trinidad, entrega técnicas y realiza actividades practicas a dirigentes sociales.	N° de asistentes a la capacitación / N° de asistentes que termina la capacitación.	Tener monitores de salud en la comunidad del territorio del CESFAM Trinidad.	Listas de asistencia, evaluación de la actividad.	Referente técnico del programa del Adulto.	Socios del CDL, organizaciones sociales.					x			x			x			Solicitud realiza por un equipo de sector y por CDL (ambas peticiones en trabajo de mapa de estrategias)
	Informar a los usuarios sobre el modelo de salud familiar y los diferentes programas de salud en CESFAM Trinidad	Entregar folletos informativos sobre Modelo de Salud Familiar y los diferentes programas de salud	Stand informativo en sala de espera por referentes t{técnicos, y apoyo técnico de equipo de participación social.	N° de actividades programadas/ N° de actividades realizadas.	Lograr usuarios informados y educados sobre lo que es el Modelo de Salud Familiar y los diferentes programas de salud con que cuenta el CESFAM Trinidad	Encuesta, material audiovisual.	Equipo de referentes técnicos. Equipo de participación social.	Usuarios del CESFAM.		x			x		x		x		x			
	Informar y educar a los usuarios sobre cuidados de los pacientes postrados del CESFAM Trinidad	Capacitación de cuidadores de pacientes postrados hacia la comunidad	Jornada de capacitación comunitaria para usuarios CESFAM Trinidad	N° de jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas.	Capacitar a usuarios para generar cuidadores comunitarios.	Listas de asistencia, evaluación de la actividad.	Encargada de postrados, equipo de participación, CDL.	Usuarios del CESFAM.				X	X								
	Incorporar en CESFAM distintas técnicas de trabajo con usuarios Migrantes	Entrega de información a usuarios inmigrantes	Establecer contacto con Red de inmigración para informar a los usuarios inmigrantes sobre sus derechos en salud y cuales deben ser las redes que deben conocer.	N° de material escrito entregado/ N° de material escrito programado	Inmigrantes informados sobre sus derechos en salud, incluir estrategias de idioma para generar mayor vinculación con usuarios extranjeros.	material escrito, documento de abordaje de tema de inmigración en el CESFAM.	SOME, Equipo de Participación Social	usuarios inmigrantes, personal de módulos, SOME, equipo de participación social							x	x	x	x	x	
	Informar a los usuarios del CESFAM Trinidad, a a través de Redes Sociales	Creación Facebook CESFAM Trinidad	Abrir una cuenta en Facebook del CESFAM Trinidad, para informar sobre actividades, realizar consultas y abrir canales de comunicación más fluidos	N° de usuarios encuestados que conozcan red social del CESFAM Trinidad para estar informados/ Inscritos 15 a 44 años (n)	Sobre el 30 % de los usuarios encuestados de la población objetivo se informan a través de las Redes Sociales	Encuesta de satisfacción usuaria	Dirección, equipo gestor, equipo de participación social	Usuarios del CESFAM Trinidad, dirección, equipo gestor, equipo de participación social	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Informar a los usuarios del CESFAM Trinidad, a a través de videos educativos	Exposición de material audiovisual educativos de salud en televisores de salas de espera del CESFAM Trinidad	Solicitar apoyo a departamento de comunicaciones de la Corporación Municipal de La Florida, para crear un material educativo sobre prevención y promoción de la salud	N° de usuarios encuestados que se informen a través de videos educativos en la sala de espera del CESFAM Trinidad/ N° de usuarios encuestados en la sala de espera	Sobre el 30 % de los usuarios de la población objetivo se informan a través de videos educativos en salas de espera del CESFAM Trinidad	Encuesta de satisfacción usuaria	Equipo de comunicación COMUDEF, Equipo de participación social	Usuarios CESFAM Trinidad, equipo de comunicaciones COMUDEF, equipo de participación social CESFAM Trinidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Realizar Ferias de Salud, en espacios públicos del sector aledaño al CESFAM Trinidad	Instalar están en el espacio público, de difusión en salud.	Entrega de material informativo de las prestaciones asistenciales de salud, de estilos de vida saludable y de participación social en la comunidad.	N° de ferias de salud programadas/ N° de ferias de salud realizadas	Generar mayor educación en la población y llegar a usuarios que no asisten al CESFAM Trinidad.	folletería entregada y material audiovisual	Jefe de sector, representante de CDL por sector y Encargada de Participación.	Comunidad, Jefes de sector, equipo de cabecera, encargada de participación								x	x	x			

Año 2018																							
Línea Estratégicas	Objetivos Estratégicos	Actividades	Descripción metodológico	Indicador de resultado	Indicador impacto	Medio verificador	Responsable	Participante	Enero	febrero	marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Observaciones
Gestión Participativa	Continuar con reuniones mensuales de CDL del CESFAM Trinidad	Reunión mensual de CDL.	Apoyo técnico y metodológico a directiva de CDL.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar la participación de nuevos asistentes a reuniones de CDL, demostrar representación de la comunidad organizada y no organizada y motivar al nivel de la toma de decisiones	Actas y listas de asistencias de reuniones de CDL	Encargada de participación social y Presidenta de CDL.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad, Intersector.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Mantener Proceso de Cuenta Pública Participativa del CESFAM Trinidad	Reuniones previas a Cuenta Pública Participativa	Exponer orientaciones programáticas de CPP, realizar entrevistas con usuarios, para crear video expositivo en cuenta pública, articular la red y gestionar muestra artística de la comunidad.	N° de usuarios (as) involucradas en este proceso/N° de usuarios (as) programadas para este proceso	Autonomía de la comunidad, en co-construcción de la toma de decisiones con la dirección del CESFAM.	Lista de asistencia a CPP, Material Audiovisual.	Director del CESFAM. Presidenta (e) de CDL y Encargada de participación social.	Usuarios, socios de CDL, equipo gestor CESFAM Trinidad Y Autoridades, intersector.				x	x								
	Mantener Comité de Gestión de Consultas Ciudadanas del CESFAM Trinidad	Reunión Mensual Comité de Solicitudes Ciudadanas	Análisis mensual de los reclamos, que considere al menos: evaluación por área, causas principales, y oportunidad de la respuesta.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Generar acciones de trabajo en base a la mejora continua en CESFAM Trinidad.	Actas y listas de asistencias de reuniones de Comité de solicitudes Ciudadanas. Evaluación trimestral de las solicitudes ciudadanas.	Encargada de participación social.	Dirección del CESFAM. Encargado de calidad, Presidenta de CDL, funcionario y Encargada de participación social.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No se realiza Reunión en enero y febrero por periodo de feriado legal.
	Mantener reuniones de consejo técnico, con representantes del CDL del CESFAM Trinidad	Reunión de consejo técnico mas CDL.	Análisis de nodos o estrategias a trabajar a nivel intersectorial, en conjunto con el CDL	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas.	Articulación de Redes Locales (intersector) y organizaciones sociales, que dialoguen con equipo técnico	Lista asistencia, sistematización de la matriz.	Dirección, Directiva del CDL, Equipo de participación social	Dirección del CESFAM, consejo técnico, CDL, organizaciones sociales, Equipo de participación social.					x			x			x		El CDL incorporado como una figura del Equipo técnico, instruido también en la toma de decisiones
	Mantener participación de CDL del CESFAM Trinidad en elaboración del plan comunal de Salud.	Jornada de trabajo	Proceso de discusión de temáticas de salud con representantes de los CDL a nivel comunal, mesas de trabajo divididas por ciclo vital y unidades transversales.	N° De jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas	involucrar a la comunidad en el proceso de elaboración del plan comunal de salud.	Lista de asistencia, y material audiovisual	Unidad técnica Comunal.	Unidad técnicas, Directores CESFAM, representantes de los equipos técnicos, jefes de sector, representantes de CDL, Organizaciones sociales.										x			
	Mantener horarios protegidos del equipo de participación social, para programación y gestión de actividades 2017.	Coordinación equipo de participación social.	Reuniones periódicas de coordinación y gestión de trabajo en participación social.	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas	validación de parte de los funcionarios y de la comunidad como equipo de participación social.	Actas, material audiovisual, documentos de avance de trabajo.	Dirección, Jefe de sector, Equipo de participación	Equipo de participación.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Mantener vinculación con organizaciones sociales en terreno, incorporados en Plan de Participación Social	Trabajo comunitario en terreno de equipo de participación social.	Visitas comunitarias a sedes u organizaciones sociales.	N° De visitas programadas/ N° de visitas realizadas	Generar estrategias de toma de decisiones respecto a temáticas de salud.	Actas, material audiovisual, sistematización del trabajo.	Equipo de participación social y organizaciones sociales.	Equipo de participación social y organizaciones sociales.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Ampliar Redes de Participación Social	Mantener mesas territoriales a nivel sectorial, promoviendo la participación social en salud del CESFAM Trinidad	Realizar reuniones con Intersector, con organizaciones sociales y con CDL por sector	Programar reuniones trimestrales con el intersector, organizaciones sociales, CDL y funcionarios del sector	N° De reuniones programadas/ N° de reuniones realizadas	Articular las Redes Locales y comunales para dar respuesta a las necesidades locales en salud de nuestra comunidad	Actas, lista de asistencia, material audiovisual	Jefe de sector, representante de CDL por sector y Equipo de Participación.	Jefe de sector, representante de CDL por sector, representantes del intersector, organizaciones sociales, funcionarios y Equipo de Participación.				x			x			x				Evaluar con la mesa si es necesario programar más reuniones.
	Crear proyecto sectorial que involucre a la comunidad del CESFAM Trinidad	Actividad masiva que involucre participación de organizaciones sociales, intersector, CDL y equipos de salud	Redactar proyecto basado en necesidades locales territoriales y presentarlo en forma masiva en espacio público de la comunidad ,	N° de proyecto presentado/N° de proyecto programado	Generar mayor vinculación territorial, compromiso y uso del espacio público	Documento de proyecto, material audiovisual	Jefe de sector, representante de CDL por sector, organización social por sector y Equipo de Participación.	Jefe de sector, representante de CDL por sector, representantes del intersector, organizaciones sociales, funcionarios y Equipo de Participación.									x	x	x		
Información y educación en participación social ciudadana en salud	Educar y capacitar a los dirigentes sociales correspondientes al territorio del CESFAM Trinidad en temáticas de salud	Capacitación de monitores de salud en la comunidad	Referente técnico del programa del Adulto u otro profesional del CESFAM Trinidad, entrega técnicas y realiza actividades prácticas a dirigentes sociales.	N° de asistentes a la capacitación / N° de asistentes que termina la capacitación.	Tener monitores de salud en la comunidad del territorio del CESFAM Trinidad.	Listas de asistencia, evaluación de la actividad.	Referente técnico del programa del Adulto.	Socios del CDL, organizaciones sociales.					x			x			x		Solicitud realiza por un equipo de sector y por CDL (ambas peticiones en trabajo de mapa de estrategias)
	Informar a los usuarios sobre el modelo de salud familiar y los diferentes programas de salud en CESFAM Trinidad	Entregar folletos informativos sobre Modelo de Salud Familiar y los diferentes programas de salud	stand informativo en sala de espera por referentes técnicos, y apoyo técnico de equipo de participación social.	N° de actividades programadas/ N° de actividades realizadas.	Lograr usuarios informados y educados sobre lo que es el Modelo de Salud Familiar y los diferentes programas de salud con que cuenta el CESFAM Trinidad	Encuesta, material audiovisual.	Equipo de referentes tecnicos.Equipo de participación social.	Usuarios del CESFAM.		x			x			x		x				
	Informar y educar a los usuarios sobre cuidados de los pacientes postrados del CESFAM Trinidad	Capacitación de cuidadores de pacientes postrados hacia la comunidad	Jornada de capacitación comunitaria para usuarios CESFAM Trinidad	N° de de jornadas programadas/ N° de jornadas realizadas.	Capacitar a usuarios para generar cuidadores comunitarios.	Listas de asistencia, evaluación de la actividad.	Encargada de postrados, equipo de participación, CDL.	Usuarios del CESFAM.				X	X								

Información y educación en participación social ciudadana en salud	Mantener informados a los usuarios del CESFAM Trinidad, a través de Redes Sociales	Actualización constante Facebook CESFAM Trinidad	Abrir una cuenta en Facebook del CESFAM Trinidad, para informar sobre actividades, realizar consultas y abrir canales de comunicación más fluidos	N° de usuarios encuestados que conozcan red social del CESFAM Trinidad para estar informados/ Inscritos 15 a 44 años (n)	Sobre el 60 % de los usuarios encuestados de la población objetivo se informan a través de las Redes Sociales	Encuesta de satisfacción usuaria	Dirección, equipo gestor, equipo de participación social	Usuarios del CESFAM Trinidad, dirección, equipo gestor, equipo de participación social	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Mantener informados a los usuarios del CESFAM Trinidad, a a través de videos educativos	Actualizar material audiovisual educativos de salud en televisores de salas de espera del CESFAM Trinidad	Solicitar apoyo a departamento de comunicaciones de la Corporación Municipal de La Florida, para crear un material educativo sobre prevención y promoción de la salud	N° de usuarios encuestados que se informen a través de videos educativos en la sala de espera del CESFAM Trinidad/ N° de usuarios encuestados en la sala de espera	Sobre el 60 % de los usuarios de la población objetivo se informan a través de videos educativos en salas de espera del CESFAM Trinidad	Encuesta de satisfacción usuaria	Equipo de comunicación COMUDEF, Equipo de participación social	Usuarios CESFAM Trinidad, equipo de comunicaciones COMUDEF, equipo de participación social CESFAM Trinidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Realizar Ferias de Salud, en espacios públicos del sector aledaño al CESFAM Trinidad	Instalar están en el espacio público, de difusión en salud.	Entrega de material informativo de las prestaciones asistenciales de salud, de estilos de vida saludable y de participación social en la comunidad.	N° de ferias de salud programadas/ N° de ferias de salud realizadas	Generar mayor educación en la población y llegar a usuarios que no asistente al CESFAM Trinidad.	folletería entregada y material audiovisual	Jefe de sector, representante de CDL por sector y Encargada de Participación.	Comunidad, Jefes de sector, equipo de cabecera, encargada de participación									x	x	x			

COMUDEF	**PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL 2016-2018 CENTRO DE SALUD FAMILIAR VILLA O'HIGGINS**	Código de acreditación: Versión: 1 Fecha de elaboración: octubre del 2016 Fecha de vigencia : octubre del 2018 N° de páginas :

PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL 2016-2018

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

VILLA O'HIGGINS

SANTA JULIA # 870
TELEFONO 232023300

Elaborado por:	Revisado	Aprobado
Nombre: Erika Tapia Cargo: Encargada de participación y promoción Unidad o sección: Nombre: Mónica Espinoza Cargo: jefa sector HENUA Unidad o sección: Nombre: Susana Muñoz Cargo: jefa sector TAI Unidad o sección	Nombre: Marcela Marmolejo Cargo: Asesora calidad. Unidad o sección: Calidad	Nombre: Francia Salgueiro M Cargo: Directora

Temario

1) **Introducción**
2) **Contexto de la participación ciudadana en salud.**
3) **Desarrollo de etapas de participación.**
4) **Líneas estratégicas y objetivos estratégicos.**
5) **Metodología y elaboración del plan.**
6) **Seguimiento y evaluación.**
7) **Anexos**
8) **Bibliografía revisada.**
9) **Matriz**

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta una síntesis de las características esenciales del desarrollo de la participación social que se ha ido estableciendo paulatinamente, pero en forma progresiva, en los en los últimos años en el CESFAM Villa O´Higgins. Su resultado representa el esfuerzo por generar un plan estratégico de participación social en salud, que determinará las líneas de acción desde el año 2016 al 2018.

Para el desarrollo de este documento se entenderá el concepto de participación social, como "un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la gestión de salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud". [1]

Este ejercicio de ciudadanía, se puede llevar a cabo con niveles de implicancia variables en la Gestión de Salud, abarcando desde un nivel informativo hasta la toma de decisiones completa por parte de los ciudadanos. En nuestro CESFAM, la participación Social ha estado centrada en el Consejo de Desarrollo Local, con grados variables de participación y evolución, expresados en la formalización de la organización (personalidad jurídica, 2012), la adjudicación de proyectos de promoción y la definición de implementación e infraestructura para el CESFAM. Sin embargo, este proceso de participación ha sido conducido y liderado la mayor parte del tiempo por el equipo de salud, dado que a pesar de que la constitución y la puesta en marcha se ha desarrollado con la participación de los líderes de las distintas organizaciones que la componen, el proceso no ha sido acompañado de un fortalecimiento explícito de la capacidad de autogestión y empoderamiento de la organización. Se percibe además, cierta resistencia del equipo de salud para entregarle completa autonomía y mayor poder de decisión en el proceso de gestión del CESFAM, por el riesgo de control social que implica.

El contexto legal y el marco institucional actual en el ámbito sanitario, establecen orientaciones y políticas ministeriales dirigidas a promover la participación explicita y concreta de la ciudadanía en las instituciones prestadoras de salud. Este escenario nos presentó un desafío importante para seguir avanzando en materia de participación,

[1] Participación Ciudadana en Atención Primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y la satisfacción usuaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria.

requiriendo la necesidad de generar mayor apertura en la gestión directiva, para conducir simultáneamente al equipo de salud a un proceso de sensibilización para reconocer la importancia de la participación ciudadana y comunitaria como un determinante social de la salud.

Si bien la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria se está instalando en el quehacer profesional del equipo de salud desde el año 2005 (por el cambio del enfoque sistémico promovido en la Reforma de Salud, 2004) y uno de sus ejes fundamentales es la participación social, la respuesta a este nuevo desafío, evidencia la necesidad de contar con mayores herramientas de capacitación, de manera que los equipos y las organizaciones puedan analizar su situación actual y ampliar la mirada a una participación más efectiva, que incorpore todos los elementos, herramientas, mecanismos y estructuras, para avanzar en el empoderamiento de la comunidad hacia una participación concreta en el proceso de gestión, estableciendo relaciones de confianza entre los distintos niveles y actores (equipo directivo, funcionarios, organizaciones, etc.).

Con este propósito se solicitó este año al SSMSO una capacitación de Participación Social en Salud dirigida al equipo gestor del centro, en materias relacionadas con políticas, derechos, mecanismos, definición y niveles de participación social. El resultado de esta capacitación determinó la necesidad de constituir un equipo de trabajo para conducir un proceso de diagnóstico con todos los agentes involucrados (comunidad, funcionarios y equipo directivo). El objetivo era identificar el nivel de participación social ejercido en el CESFAM, para establecer una línea de base que oriente la elaboración de los objetivos estratégicos que proyectarán nuestro que hacer en materia de participación social, los siguientes tres años. Este plan, por lo tanto, recoge la mirada de todos los actores involucrados y sienta las bases para el desarrollo de un trabajo colectivo que contribuirá a la participación activa y empoderada de la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de los planes y programas orientados a su salud.

CONTEXTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA SALUD

Participación social en APS y contexto jurídico

La participación ciudadana en la gestión pública, ha sido un desafío permanente para los Gobiernos que han transitado en las últimas décadas en nuestro país. Para cumplir con este objetivo, sistema estatal ha diseñado, implementado y modificado diversas Políticas Públicas y Normas Constitucionales, desde un enfoque de derechos, que asegure y garantice a las personas la posibilidad de participar de la gestión de Salud. Dentro de este marco legislativo se pueden mencionar, la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Ley 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Ley 20.285 de Acceso a la Información Pública, Norma N°712 de Participación Ciudadana en el Ministerio de Salud, Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Salud y Ley 20.730 que Regula el Lobby y las Gestiones de Intereses Particulares; que regulan y establecen los términos de la participación Social en Salud y promueven desarrollo de comunidades con capacidad de interlocución y decisión, con poder para ejercer control social y avanzar en el ejercicio de sus derechos.

El año 2015 se dicta la Norma N° 31 de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, en concordancia con la Agenda Pro Participación Ciudadana 2014-2018, del nuevo periodo de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. [2] Definida también, como una estrategia política que fortalece la relación horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud. En el artículo 70 de esta norma, se establece que cada órgano de la administración estatal debe establecer las modalidades formales y específicas de participación, conformando estas instancias, a través de la definición de diferentes Mecanismos de Participación.

Descripción de aspectos relevantes de mecanismos de participación:

Cuentas Públicas Participativas: Instancias donde los órganos del sistema rinden cuenta anual de su gestión a la ciudadanía. Se espera que los contenidos y el formato sean definidos en conjunto con la comunidad. Destacar que este proceso es de responsabilidad de los/as directores/as de establecimientos, quienes deben liderarlo.

[2] Plan Estratégico de Participación Social en Salud. Servicio de salud Metropolitano Sur oriente. Periodo años 2015 al 2018. Puente alto, Diciembre 2015.

Consejos de la Sociedad Civil: Son órganos de carácter representativo y participativo en que actores sociales inciden en la gestión pública. Las instituciones deben asegurar autonomía, representatividad territorial y funcional, diversidad y efectividad de los Consejos.

Consejos Consultivos, de Usuarios o de Desarrollo Local: Organizaciones donde la comunidad organizada participa. Se espera que tengan incidencia en la formulación, implementación y evaluación de políticas vinculadas con el ámbito de su interés.

Acceso a la Información Pública: Las instituciones deben asegurar el acceso a la información pública en función de lo señalado en la Constitución Política y en la Ley 20.285 sobre Acceso a la Información Pública.

Presupuestos Participativos: Cuando corresponda, se debe asegurar la participación de la ciudadanía en la definición del uso de los recursos públicos en salud, a través de mecanismos deliberativos, propositivos y resolutivos.

Diálogos y Consultas Ciudadanas: Los diálogos y consultas ciudadanas se realizan en relación a ofertas programáticas, temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nueva tecnologías, entre otros. Se esperan relaciones de carácter vinculante, para asegurar la capacidad de incidencia en la toma de decisiones.

Comités y Mesas de Trabajo: Los órganos del sistema constituyen estas instancias con la sociedad civil y actores relevantes de los temas a tratar para apoyar el logro de los objetivos sanitarios y trabajar en torno al diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.

Apoyo al Voluntariado en Salud: Las instituciones de salud apoyan a las organizaciones de voluntariado disponiendo espacios y mecanismos de articulación con el sistema.

Estrategias Comunitarias: Los órganos del sistema buscan la incorporación activa de la comunidad en el desarrollo de estrategias que contribuyan al logro de los objetivos sanitarios y resultados en salud, favoreciendo la sistematización de experiencias positivas.

Audiencias Públicas: Las autoridades deben disponer de espacios de atención directa a representantes de la población, asegurando el seguimiento de acuerdos y compromisos adoptados en esas instancias.

Cabildos Ciudadanos, Territoriales y Sectoriales: Los directivos pueden realizar encuentros con comunidades locales para recoger opiniones en relación a sus necesidades y formas de actuar y conocer las respuestas del sector en relación a las demandas expresadas.

Sistema Integral de Atención Ciudadana: El sector salud debe mantener un sistema de atención ciudadana que integre los distintos puntos de contacto de la población (presénciales, virtuales, telefónico, etc.), bajo el enfoque de ventanilla única. Este sistema vela por la adecuada recepción y derivación de las solicitudes ciudadanas.

Plataformas Digitales Participativas: Las instituciones deben procurar el contar con plataformas digitales que permitan ampliar la participación directa en procesos de consultas ciudadanas, acceso a información, vinculación con redes, entre otros.

Contexto de la participación ciudadana en el CESFAM VOH.

La conformación del CESFAM Villa O'Higgins, es el resultado de la necesidad y demanda de salud, manifestada por la población hace más de 45 años. Desde sus inicios se estableció una relación de participación y colaboración con la comunidad, constituyéndose los comités de salud y la formación de voluntarios/as comunitarios, de los cuales muchos se desempeñaron con posterioridad en el servicio de salud. En la actualidad el CESFAM, cuenta con 32.602 inscritos validados por FONASA (dato obtenido en el último informe corte per cápita, septiembre 2017). Atiende a un total de 8.937 familias, de las cuales, 4.208 pertenecen al sector HENUA Y 4.729 al Sector TAI (dato informado en Serie P, junio 2016)

Desde su constitución, el centro ha transitado por distintas etapas hasta establecerse como un CESFAM. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, fue implementado en el CESFAM en una primera etapa como experiencia piloto de un proyecto fondecyt; patrocinado por la escuela de psicología de la universidad Católica (entre los años 1994 y 1996) y se consolidó con implementación de la Reforma de salud, el año 2004. El cambio de Modelo de Atención, implicó el desarrollo de distintas estrategias para motivar e

involucrar a los equipos en el proceso de implementación, inicialmente con la sectorización de la población y la conformación de los equipos de cabecera. Posteriormente con la implementación de un programa de capacitación, iniciado el año 2005, pero que en el transcurso de los años se ha convertido en un proceso capacitación continua para los equipos de salud, en el manejo conceptual del modelo sistémico, el desarrollo de habilidades y herramientas para la intervención familiar y comunitaria, y en herramientas metodológicas para el desarrollo de acciones de promoción y participación comunitaria. El año 2010 se obtiene la certificación como Centro de Salud Familiar de Nivel Medio Superior y el año 2013, se certifica como Centro de Salud Familiar Nivel Superior. Se destaca el reconocimiento a nivel nacional, el año 2014, en que se obtiene el primer lugar como Centro de Salud Familiar de Excelencia. Este recorrido ha estado ha estado acompañado simultáneamente por un trabajo y una alianza progresiva con la comunidad, continuar avanzando y fortaleciendo la relación existente con los distintos agentes comunitarios, sigue siendo uno de nuestros desafío permanentes.

Dentro de los mecanismos de participación más reconocidos y validados por el Centro de Salud y la Comunidad, se encuentran los diagnósticos participativos, que tiene por objetivo identificar y definir las principales necesidades de la población. La participación consiente y crítica de los sujetos en el reconocimiento de sus problemáticas y la definición de sus propias necesidades, permite que los actores sociales formen parte del proceso que conduce a la toma de decisiones. En respuesta a sus requerimientos (que surge en una de esta instancia participativas), destaca la implementación del espacio comunitario para la atención de salud, en una de las unidades vecinales más afectadas por la construcción de la autopista Vespucio Sur y la construcción de la línea 4 del metro (U.V. 21), ya que dicha construcción dificultó el acceso de una población significativa y con un alto número de adultos mayores. El diagnóstico participativo ha sido uno de los insumos utilizados de referencia, para orientar las líneas de acción del CESFAM, ya que la finalidad de esta actividad es mejorar la calidad de vida de la comunidad

Relevante también en materia de participación social, ha sido la transición de la organización de la comunidad de usuarias y usuarios del CESFAM, constituyéndose inicialmente como comité de salud, el año 2007, posteriormente como Consejo Consultivo de Usuarios y actualmente como Consejo de Desarrollo Local, con personalidad jurídica desde el año 2012 (1194). El CDL está integrado por usuarios y usuarias, instituciones y organizaciones territoriales (formales e informales) y funcionarios del centro de salud. Cuenta con una nueva directiva, vigente desde junio del 2016, con metas y desafíos para consolidar la alianza con el CESFAM durante el transcurso del año (2017), mediante la

solicitud de apoyo mutuo para la postulación a futuros proyectos del CDL u otras organizaciones que lo componen. También generando actividades conjuntas, orientadas a la difusión entre los usuarios y usuarias de las distintas formas de participación existentes en el centro de salud; ampliando la convocatoria y promoviendo permanentemente la participación de la comunidad. Otro desafío importante para el CDL, es posesionar en sus espacios de discusión, temas contingentes para la salud de la población, como el envejecimiento, sus características y desde su perspectiva, estrategias para el abordaje.
La participación activa del CESFAM en el CDL, da cuenta de una relación cooperativa, en la cual el CESFAM ha sido reconocido y valorado como un pilar importante dentro de la red comunitaria.

Actualmente, se espera el inicio de la construcción de un Servicio de Atención de Alta Resolutividad (SAR), en respuesta a la alta densidad poblacional que se atiende en el CESFAM y a la demanda por un aumento en la capacidad resolutiva. Una de la expectativas en este plan, es pode establecer algunos lineamientos para hacer de esta implementación, un proceso de participación y colaboración de y con la comunidad.

EL año 2018 el sector Villa O'Higgins cumplirá 50 años desde su asentamiento, hoy la compone mayoritariamente una población de adultos mayores, que luchó por acceder a una vivienda y trabajó para mejorar las condiciones de vida de sus familias y de su entorno, accediendo a luz, agua, alcantarillado, pavimentos, atención en salud, etc. El resultado de esta historia de lucha y de fuerte organización de pobladores, es la existencia de un importante tejido social y un ejemplo de su capacidad organizativa, es el despliegue de toda la comunidad para desarrollar "El carnaval de la Villa O'Higgins" durante nueve años consecutivos. La preocupación de los dirigentes sociales, es la falta de renovación y recambio con nuevas generaciones, que de acuerdo a las razones aludidas por ellos, coinciden con el desinterés transversal en la sociedad por participar en espacios formales, debido a la desconfianza en las instituciones, el sistema; que ha favorecido el individualismo y temor, y las políticas subsidiarias de gobierno. Esta preocupación no ha desalentado a los dirigentes que tienen un fuerte sentido de pertenencia, identidad y solidaridad con la Población Villa O'Higgins, continuando en la búsqueda de apoyo y respaldo para no ceder espacios de participación. Este plan pretende ser un aporte en esta búsqueda conjunta de nuevos mecanismos y formas de participación social, que movilicen a la población nuevamente, en torno a sus intereses y necesidades actuales.

DESARROLLO Y ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO DE PARTICIPACIÓN

Para la elaboración de este Plan Estratégico de Participación Social, se han utilizado las orientaciones del SSMSO e incorporado las definiciones de los mecanismos de participación social incluidas en su propio plan estratégico. Estas definiciones orientaron un proceso participativo de diagnóstico, discusión y análisis con todos los involucrados en salud (equipo directivo, organizaciones sociales/CDL y funcionarios del CESFAM), a fin de establecer los mecanismos de participación social desarrollados en el CESFAM. En este diagnóstico también se incluyó el nivel de participación social, identificado por los diferentes actores sociales, basados en el modelo de Sherry Arnstein (1969), con el objetivo de establecer las bases de la participación y proyectar desde ahí las acciones concretas que se llevarán a cabo en esta propuesta estratégica.

Niveles de participación:

Si bien por participación social se entiende la injerencia de la ciudadanía en la toma de dediciones de las políticas y acciones de salud que les afectan, esta se puede desarrollar en diferentes niveles, ya sea sólo en una instancia informativa o participando activamente en deliberación y en la toma de una decisión. La "Escalera de la Participación" del modelo de Sherry Arnstein, muestra los diferentes niveles de participación en función de menor o mayor intervención de la ciudadanía y será utilizado en este proceso de diagnóstico para establecer mediante estas variables, el nivel de participación y contribución de la comunidad al proceso de gestión y de toma de decisiones en el CESFAM.

1. Información de calidad: Informar a los ciudadanos acerca de sus derechos, responsabilidades y opciones es un primer paso clave para avanzar en la participación. Es relevante que esta información sea completa, de fácil acceso, atingente y entregada a tiempo. A la vez se espera que los canales de comunicación den opciones para la retroalimentación por parte de los receptores, de modo que sobre esa relación se pueda construir poder de negociación e influencia por parte de la comunidad.

2. Consulta: Invitar a que la comunidad manifieste su opinión sobre los planes, políticas, decisiones de autoridades y otras materias, además de crear los espacios para que esta actividad se desarrolle de una manera inclusiva y eficiente, es un paso más para conseguir una participación efectiva.

3. Toma de decisiones: En este estadio la ciudadanía detenta la capacidad de tomar decisiones (amplias o acotadas), ya sea porque ha desarrollado su propio poder o éste le ha sido delegado por alguna autoridad en un ámbito específico. La opinión de la comunidad se vuelve vinculante e influye directamente en la gestión pública. Del mismo modo, los ciudadanos se hacen responsables de las decisiones que toman.

4. Control Social: Cuando el empoderamiento de la comunidad avanza y se consolida las personas pueden influir en la gestión, tomar decisiones, monitorear los cumplimientos, exigir rendiciones de cuentas y solicitar medidas correctivas cuando las autoridades no desempeñan su labor adecuadamente o no cumplan sus compromisos. La ciudadanía empoderada logra. Organizarse, auto gestionarse y, desde su propia orgánica, se articula con las instituciones públicas para hacer una gestión participativa.

Desarrollo del Diagnóstico

Uno de los objetivo de la elaboración de este Plan de Participación Ciudadana, es proporcionar a la comunidad capital social para ejercer y exigir progresivamente su derecho a participar directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida

(co-gestor de servicios públicos)[3]. Por lo tanto, antes de iniciar el diagnóstico de participación del CESFAM, el equipo directivo reconoció la necesidad de capacitar al consejo técnico en la definición de conceptos y modelos de participación, para guiar desde ahí, la conducción participativa de un proceso de diagnóstico con los actores involucrados en salud (comunidad y equipos), que sentaran las bases para la construcción de futuros procesos participativos.

En marzo del 2016, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, realizó un taller de Participación Social en Salud, dirigido a los integrantes del consejo técnico. El objetivo de la capacitación, fue aumentar las herramientas del equipo gestor, para responder al nuevo desafío sanitario (meta 7), que define la elaboración de un Plan de Participación Social a tres años (2016-2018), distribuyendo la responsabilidad; que históricamente había sido del CDL, a todos los actores involucrados (comunidad, administración directiva y funcionarios del centro).

De esta capacitación se desprende la necesidad de generar un equipo de participación, para realizar un diseño inicial del plan de participación y replicar los conocimientos adquiridos a los usuarios, a la comunidad organizada y a los funcionarios del CESFAM.

Dentro de los contenidos de la capacitación se encuentran:

- Derecho a participar
- Política de Estado y Ministerial
- Mecanismos de participación
- Niveles de participación
- Modelo de salud familiar
- Diferencia entre participación y promoción

El taller de capacitación de SSMSO, fue presentado a la comunidad y a los funcionarios del CESFAM y desde ahí se dio inicio al análisis de las experiencias participativas de la comunidad, se estableció una mirada integrativa del contexto para comenzar con el diseño del plan de participación y se definieron los lineamientos estratégicos del CESFAM para alcanzar mayores niveles de participación social en los próximos años.

[3] Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en salud Familiar y Comunitaria (Dirigido a Equipos de Salud). Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria

Resultados de diagnóstico de participación

En una primera instancia se desarrolló un diagnóstico participativo con el Consejo de Desarrollo Local para identificar mecanismos y niveles de participación y el resultado de este ejercicio se detalla en el siguiente cuadro:

NIVELES DE PARTICIPACIÓN	CONSEJO DE USUARIOS	CUENTA PÚBLICA PARTICIPATIVA	OIRS
INFORMACIÓN	X	x	X
CONSULTA		x	X
TOMA DE DECISIONES			X
EVALUACIÓN Y CONTROL			

El CDL reconoció como mecanismos de participación, El Consejo de Usuarios, La Cuenta Pública Participativa y el Sistema Integral de Atención Ciudadana, representado en la OIRS. En estos espacios, consideró que el nivel de participación social en el CDL, está orientado en acciones y actividades dentro de un nivel informativo y educativo, en la Cuenta Pública, se incluiría el nivel consultivo sobre determinados temas de interés. Y finalmente, en el Sistema Integral de Atención Ciudadana, el nivel de participación alcanzado, establece una relación de mayor injerencia, promoviendo áreas de decisión compartida y de corresponsabilidad con los gestores de Salud.

El taller de capacitación presentado por SSMSO fue utilizado para orientar el diagnóstico de participación del CESFAM. Este trabajo se desarrolló en torno 5 preguntas para introducir la discusión, generando la reflexión posterior en grupos de discusión y que se detalla en el siguiente cuadro (opinión "textual" de las conclusiones de cada grupo).

Preguntas	**Equipo directivo 30-03-2016**	**Funcionarios 05-07-2016**	**Comunidad 16-08-2016**
¿Por qué y cómo me debo preocupar de la participación de los usuarios en mi establecimiento?	Las personas participan para dar a conocer su opinión, compartir con otras personas, puede ser recreativo, pero casi siempre participan con un fin concreto, participan porque es un derecho.	Las personas, participan, para tener más control. El equipo considera que tenemos algunas aprensiones con la participación que a veces es mal entendida por los usuarios, en algunas oportunidades se hace un mal uso o uso personal y no colectivo.	Mantenerse informado sobre los derechos y sobre los deberes, representar a su organización mejorar la comunicación con los usuarios, conocer los problemas que hay en el CESFAM y para ayudar a mejorar, potenciar el tipo en redes y ayudar a bajar la información a las familias, a los dirigentes les llegan los problemas que hay en el CESFAM porque les afectan a su población.
¿Con qué fin participan los usuarios en el establecimiento y de qué manera lo hacen?	La participación de los usuarios es necesaria, para que se comprometan con su propia salud. El CESFAM utiliza algunos mecanismos de participación como la cuenta pública, consejo de desarrollo local, OIRS y comités de consultas ciudadanas, Etc.	Para empoderar a las personas de los derechos, una nueva forma de relacionarse, sentirse parte, incidir.	Hay distintas motivaciones, pero tienen que ver con mejorar la calidad de vida de las personas conocer cuáles son las necesidades en salud, mejorar el servicio, cuidar de su salud, buscar pares y sentido encontrar contención.
¿Hay vínculos o relación entre	Conocer la opinión de los usuarios genera una	La opinión de las personas tiene un	El 80% de las personas vienen a atenderse y

Salud Familiar y Participación ciudadana?	mejora continua. Son más activos en su tratamiento.	poder en la gestión. Sin participación hay cosa que no van a mejorar.	no les interesa nada mas no muestra preocupación por la comunidad y por lo tanto no participan, pero lo mejor es mejorar la información que hay en el centro, para los usuarios. Por eso no hay un conocimiento de los sectores o de salud familiar
¿Participación social y Promoción de la salud: lo mismo, semejante o diferente?	Muchos integrantes del consejo técnico pensaban que esto era lo mismo, pero quedaron claras las diferencias.	Son diferentes, pero complementarias, para hacer educación. Además hay que revisar las estrategias de promoción de entrega de información deben ser más efectivas de entrega de información, más eficiente, no solo entregar folletos si no, también educar, conversar etc.	La promoción se hace en los colegios y es necesaria.
¿En qué nivel de participación se encuentran los mecanismos de participación del centro?	Y consideramos que en general nos encontramos en un nivel informativo tendiendo a lo consultivo, pero aún lejos de un nivel de toma de toma de decisiones o de control social.	Toma de decisiones (2) Consulta (2) Consulta hacia toma de decisión (2)	Nos encontramos en un nivel de consulta y entrega de información.

Se incluyen además, las estrategias propuestas por los distintos actores sociales, como insumo fundamental para la elaboración del plan (opinión "textual" de las propuestas de cada grupo).

Estrategias propuestas		
Equipo directivo	funcionarios	Comunidad
Es importante que los usuarios conozcan bien qué es la participación en salud, hay que replicar esta capacitación a otros espacios. Es importante poder mejorar como entregamos la información del CESFAM para que los usuarios estén lo más informados posibles y nos manejemos en un mismo nivel de información, por lo que se piensa es necesario realizar capacitaciones en participación como escuela ciudadanas. En las cuentas públicas se hace una consulta previa para saber que les interesa conocer a los usuarios de la gestión del CESFAM, las cosas que se discuten en el diagnóstico participativo o el comité de consultas ciudadanos se incorpora al plan de satisfacción usuaria del CESFAM.	Crear y capacitar a líderes de la comunidad Contactar a representantes de la comunidad Darle más protagonismo al CDL Mayor difusión de las instancias de participación Fortalecer la gestión del CDL Reforzar e informar acerca de actividades que atañe directamente la salud de la comunidad. Ampliar la gama de servicios ofrecidos a la comunidad, lo que implica un mayor conocimiento de los servicios extra sistema del CESFAM y que son de responsabilidad del paciente. Favorecer la toma de decisiones en instancias básicas de salud, como por ejemplo, talleres de parto, de alimentación saludable, etc. Fomentar el sentido de pertenencia a la comunidad con el CESFAM, que le permita organizarse, proponer e exigir	Preocuparse de los jóvenes en relación a problemas de salud mental Conocer lo que hay en el centro, como jornadas de inducción del centro. Conocer el plan de salud Escuelas de salud para los usuarios Informar los mecanismos de participación Entregar la información que se recoge Involucrar a los usuarios a los consejos técnicos Tener un mural con información a la comunidad Trabajar en promoción y prevención Gravar talleres y replicarlos. La meta es lograr que las instituciones y los usuarios trabajen de manera comprometida, remar para el mismo lado Hacer las reuniones más masivas de usuarios

	innovaciones y/o presupuestos destinados a su propia salud y bienestar. Reuniones con gestores sociales de la comunidad y los organismos de salud comunales que permitan visualizar sus necesidades desde el dentro, ej.: Plenarios comunal. Plataforma virtual, con certificación de usuario beneficiario del CESFAM, lo que lo habilitaría para acciones de información, consulta y toma de decisiones. Personas de la comunidad organizada participen en la reunión técnica (CDL). Utilización de medios técnicos como internet, para fomentar la participación. Consultas de temas acotados para tomas de decisiones. Formación en problemas de salud Elegir representantes informados y empoderados de la comunidad.	Usar un nivel adecuado de lenguaje entendible Difundir espacios que hay de taller o espacio saludables en facebook Entregar información por tema de salud Respecto de las consultas ciudadanas hay muchas personas que no les gusta escribir, les da vergüenza por falta de ortografía, debería poder hacer consultas ciudadanas verbales Focus grup de consultas de funcionamiento del centro de salud Importancia del contacto personal, más individual Puerta abierta para expresar problemas Primero mejorar o tener bien estas etapas mejorar información y consulta. Adquirir otra máquina de electro

Conclusión Diagnóstico del nivel de participación

Se puede establecer que existe un consenso en el diagnóstico de participación de los tres grupos incluidos, estableciendo la participación social del CESFAM en un nivel informativo, que no está completamente consolidado y que presenta desafíos

importantes para mejorar la calidad y eficiencia de la información. También existe coincidencia en la necesidad y deseo de avanzar hacia un nivel colaborativo y consultivo, aumentando paulatinamente el nivel de compromiso y empoderamiento de la comunidad.

Las estrategias recogidas en este diagnóstico, serán incluidas en el desarrollo del Plan de Participación Social en Salud 2016- 2018, para orientar las acciones del CESFAM destinadas a avanzar en el desarrollo de niveles de mayor participación y complejidad, no sin antes reconocer, que el avance no es rápido y que requiere de un trabajo sistemático, estratégico y colaborativo, para consolidar los niveles básicos de participación: información de calidad y consulta, y avanzar en forma gradual, hacia una relación de mayor confianza entre los actores sociales en salud.

Diagnóstico de mecanismos de participación del CESFAM

Este diagnóstico presenta los mecanismos de participación social que se están desarrollando actualmente a nivel local y algunas de sus características (contextos, experiencias exitosas, desafíos pendientes, etc.).

Mecanismos de participación	**Estado**
Acceso a la Información Pública	El Centro de Salud, garantiza a la comunidad, el acceso a la información Pública reglamento interno/remuneraciones, etc.), en base a lo señalado en la ley 20.285, sobre Acceso a la Información Pública, que regula el principio de transparencia. Para esto se han utilizado diversos dispositivos de información y difusión. La entrega de información de solicitudes específica, la realiza formalmente la Dirección de Centro.
Cabildos ciudadanos, territoriales y sectoriales.	Los Diagnósticos participativos de salud, son jornadas de trabajo territoriales que se

	realizan cada dos años (en el CESFAM, desde el 2009), para conocer las necesidades y características de la población perteneciente al territorio e identificar, en una dinámica que se desarrolló dentro de una metodología participativa, los determinantes sociales que influyen su calidad de vida y de salud. Actualmente el proceso se desarrolla por unidades vecinales e incorpora el diagnostico de distintos grupos etarios, para ampliar la mirada del contexto e intentar asegurara la participación y representación de toda la comunidad. A lo largo de los años, el desarrollo de los diagnósticos participativos ha intentado trascender, instaurando este año mesas de trabajo territoriales para analizar el resultado de los diagnósticos y diseñar planes de trabajo para abordar las problemáticas priorizadas por la comunidad. Desde el 2014 los resultados del diagnóstico se presentan a la comisión de salud del Consejo Municipal, con el fin de ampliar la responsabilidad y agilizar la respuesta a la comunidad, en los problemas identificados en los distintos determinantes sociales. Continúa siendo un desafío para el CESMAF, la validación de este espacio para alcanzar un mayor nivel de participación de la comunidad.
Consejo de Desarrollo Local	Surge el año 1998, inicialmente como Comité de Salud, constituyéndose definitivamente el año 2012 como Consejo

	Consultivo de Usuarios, con personalidad jurídica vigente hasta la actualidad. Anualmente el C.D.L elabora un plan de participación social, con el cual se ha ido ganando en forma paulatina, espacios de participación en distintas instancias de decisión: cuenta pública, diagnóstico participativo, comité de consultas ciudadanas, reuniones de consejo técnico, entre otras actividades. Este mecanismo de participación es reconocido y legitimado por todo el equipo de salud y es un espacio importante de representación de la comunidad. El CDL establece una estrecha relación de colaboración con el centro de salud y ha contribuido permanentemente con propuestas para implementar estrategias para mejorar la satisfacción usuaria. La renovación reciente de la directiva de la organización, requirió iniciar un proceso de inducción, para socializar los procesos clínicos y administrativos del CESFAM. Los últimos desafíos apuntan a trabajar colaborativamente en la mejora del acceso del servicio de urgencia (SAPU) y ejercer mayor control y seguimiento de las obras de infraestructura de pendientes. (SAR)
Cuenta Públicas	Las cuentas públicas se realizan en el CESFAM, desde el año 2008. Desde el 2013, se realizan consultas ciudadanas para saber que contenidos quiere la comunidad que sean incorporados. También se han

	desarrollado otras acciones participativas para conocer la percepción de la comunidad respecto al proceso, contenido y calidad de la información entregada, a través, de encuestas, trabajos de discusión y reflexiones grupales y plenarias. En el proceso de elaboración de las CPP, se constituye una comisión para la programación de esta actividad, que integra la representación de CDL. Además en la presentación de la CP, existe un espacio para que la Directiva de la organización pueda informar el resultado del Plan de participación anual del CDL y otras acciones desarrolladas por la organización. Los desafíos pendientes para el año 2016, relacionados con la participación fueron: • Mejorar los espacios de participación ciudadana, a partir de la elaboración y puesta en marcha del Plan de Participación Social. • Diseño y puesta en marcha de página web del CESFAM • Mejorar procesos de información a nuestros usuarios. • Construcción SAR Villa O'Higgins. • Reposición sillón dental dado de baja. • Seguir avanzando en nuestro proceso con enfoque de calidad.

Diálogos y Consultas Ciudadanas	El CESFAM no realiza Diálogos Ciudadanos, pero sí participa de estos espacios participativos, convocados por el Área de Salud Comunal (COMUDEF). Uno de los avances importantes en materia de participación, ha sido la incorporación progresiva de las consultas ciudadanas, para conocer la percepción del usuario en relación al desarrollo de las actividades, priorización de problemas y satisfacción con la atención otorgada. Estas consultas se recogen mediante encuestas, opiniones en buzones dispuestos en módulos de atención en los distintos sectores, etc. La aplicación de encuestas ha sido un mecanismo establecido y formalizado en el último año en un documento del sistema de evaluación, que establece la periodicidad con que serán aplicadas las encuestas, el proceso de sistematización y la socialización de los resultados, el análisis y evaluación de los resultados (incluyendo evaluación de indicadores de calidad SERQ), y por último la elaboración de planes de mejora participativos y la evaluación de los impactos. - Encuesta de cumplimiento de Derechos de los Usuarios. - encuesta de Protocolo de atención Presencial. - Encuesta de satisfacción usuaria. Uno de los desafíos para CESFAM, es continuar ampliando este mecanismo de participación social, incluyendo algunas

	consultas ciudadanas de mayor injerencia en el gestión (diseño, implementación y evaluación de planes y programas de salud). Otro de los desafíos importantes para en centro, es ampliar la participación directa en el proceso de consultas ciudadanas mediante el mecanismos de **Plataformas Digitales Participativas**, asegurando permanentemente la actualización de la información de la página web del Centro (implementada este año) y difundiendo su existencia en la comunidad hasta convertirla en un espacio de consulta ciudadana. Activar e incentivara la comunidad a utilizar otros mecanismos digitales del CESFAM, como, Twitter, Facebock de algunos programas específicos del CESFAM (Espacio amigable, grupo más), Vida Sana, correo electrónico institucional.
Sistema integral de atención ciudadana	Está representada por la OIRS, que surge con el Decreto N° 680, durante los años 90, como puerta de entrada al Sistema Público y la primera instancia para el ejercicio de derechos de los ciudadanos en la gestión pública. Este mecanismo se ha estado trabajando permanentemente en el CESFAM y en concordancia con el proceso de calidad desarrollado en el centro, se ha elaborado un protocolo del procedimiento de consultas ciudadanas y se ha establecidos una evaluación y análisis anual participativo, para la elaboración de estrategias y planes de mejora.

	En este contexto surge el Comité de consultas ciudadanas (comité bipartito usuarios/funcionarios), que se reúne al menos 4 veces al año, para revisar las tendencias de las consultas ciudadanas, identificar los nodos críticos y generan planes de mejora para complementar el plan de satisfacción usuaria del Centro de Salud.

LÍNEAS ESTRETEGICAS

Las líneas estratégicas para este plan de participación, se desprenden del espíritu de la misión y visón del CESFAM, que reconocen en el fortalecimiento del modelo de atención de salud familiar y comunitaria, la importancia de mejorar continuamente la calidad de la atención y la relación con el usuario y con una comunidad empoderada y organizada.

Visión:

- Somos un CESFAM de excelencia, que cuenta con un equipo interdisciplinario en constante capacitación y formación, de alta calidad humana, con apertura al cambio. Estamos a la vanguardia, constituyéndonos en un equipo de referencia a nivel de salud. Nos caracteriza, además, nuestra mirada intercultural, innovadora, la generación de un ambiente saludable a través de la satisfacción de necesidades de los usuarios internos y externos en forma oportuna y eficiente.

Misión

- Brindamos un servicio de atención en salud con altos estándares de calidad, que promueve el autocuidado, la prevención y promoción de salud, el desarrollo integral, a través de una atención óptima y personalizada, con roles y funciones definidos, ejerciendo docencia e investigación, e incorporando aspectos de medicina complementaria.

- Atendemos a una comunidad con necesidades variables y diversas, corresponsable, amigable, organizada y conocedora de sus derechos y deberes, con una relación de colaboración y respeto que promueve su desarrollo.

- Contamos con una infraestructura de alto nivel, acorde a las necesidades de funcionarios y usuarios, acogedora, a la vanguardia en tecnología.
- Somos un equipo interdisciplinario, abierto al cambio, comprometido con las personas, con un alto sentido de vocación de servicio, capacitados y con formación continua, que entregamos un servicio de calidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población a través de acciones preventivas, promocionales y curativas.

- Nos preocupamos por entregar una atención integral utilizando el Modelo de Salud Familiar, fortaleciendo el trabajo en equipo, optimizando los recursos y una óptima tecnología, para atender a la diversidad de la población adscrita al CESFAM, a lo largo de todo el ciclo vital. Esto inspira este plan de participación

Objetivo estratégico general:

Consolidar el nivel de participación identificado por usuarios y funcionarios del CESFAM, mejorando los canales y mecanismos de información utilizados por el centro e ir alanzando en forma gradual, pero progresiva, a niveles de participación superior que integren la opinión de la comunidad en el abordaje de sus necesidades y problemáticas de salud.

Objetivos específicos:

1. Constituir un equipo de participación, que asegure la representatividad de los distintos actores de salud (CDL, grupos de autoayuda, dirigentes de unidades vecinales, representantes de la iglesia católica, funcionarios y equipo directivo) para conducir el proceso de planificación, ejecución y supervisión del plan de participación social.

2. Evaluar la calidad y pertinencia de la información entregada a la comunidad usuaria, acerca del funcionamiento y de los procesos clínicos del CESFAM, y simultáneamente evaluar los medios y canales utilizados para este fin.

3. Fortalecer los medios utilizados para recoger la opinión y percepción de la comunidad usuaria (encuestas de satisfacción usuaria, diagnóstico participativo, consultas y solicitudes ciudadanas) y explorar nuevos mecanismos para acoger sus inquietudes, requerimientos y necesidades.

4. Monitorear y evaluar en los distintos espacios de participación reconocidos (CDL, comité de solicitudes ciudadanas, mesas territoriales, etc.) el progreso y eficacia de los planes de mejora durante su implementación y una vez que hayan finalizado, para analizar sistemáticamente los factores críticos y poder reformular estrategias y generar nuevas medidas para mejorar el diseño los planes de mejora de manera oportuna.

Las líneas estratégicas de Este Plan de Salud, apuntan a consolidar el primer nivel de participación y de acuerdo a la madurez del proceso y del desarrollo de la comunidad, avanzar hacia niveles de mayor participación e injerencia en el proceso de gestión en salud. El desafío es alcanzar el año 2018, el segundo nivel de participación: consultivo, utilizando fortaleciendo todas las instancias y mecanismos de participación que se desarrollan en el CESFAM.

Líneas estratégicas generales
Promover en la cultura organizacional la participación social en salud
Ampliar la base de representación comunitaria
Promover el ejercicio de liderazgo comunitario
Líneas estratégica específicas
Consejo de desarrollo local
Fortalecer la representatividad de la organización
Promover la convocatoria a nuevas organizaciones
Fortalecer la capacidad de autonomía y autogestión
Fortalecer su capacidad de interlocución e incidencia en la toma de decisión (capacitación en gestión participativa)
Cuenta Pública
Entregar información clara, de calidad y pertinente.
Velar por construcción y desarrollo de una cuenta pública participativa.
Sistema Integral de Atención Ciudadana
Promover y ampliar la participación de los usuarios en el comité de solicitudes

ciudadanas
Fortalecer comisión bipartita, constituida por integrantes del equipo de salud y usuarios para el análisis los aspectos más críticos.
Fortalecer su capacidad para injerir en la elaboración, monitoreo y supervisión de los planes de mejoramiento continuo del CESFAM.
Consultas Ciudadanas
Validar los mecanismo de consulta ciudadana utilizados y explorar otras forma para recoger necesidades, comentarios y sugerencias.
Incluir en el diseño de planes y programas, la opinión y los requerimientos de la comunidad a través de este mecanismo.

METODOLOGÍA Y ELABORACIÓN DEL PLAN

La Metodología utilizada en el diseño de este Plan Estratégico de Participación Social en Salud, fue un proyecto participativo en sí mismo desde su inicio. Con él se intenta contribuir a la integración y cohesión de distintas miradas sociales recogidas en este documento a través de instrumentos y dispositivos de participación como, el diagnóstico participativo.

Para avanzar en el desarrollo metodológico desde el conocimiento (situación inicial), a la elaboración de este documento, se constituyó un equipo de participación, compuesto por Jefas de Sector y Encargada de Promoción y Participación. Originalmente el equipo fue pensado, con la participación de Encargada de Calidad, Jefa de UAU, Encargada de la Unidad de Apoyo, Encargada SAC- SAPU y Coordinadora Modelo de Acogida, por razones programáticas el grupo se redujo al equipo señalado anteriormente.

En este equipo de participación se plantea la necesidad de capacitar inicialmente al equipo directivo, para iniciar la construcción participativa desde la sensibilización del Equipo Gestor y Técnico, en la importancia de fomentar la participación social y la corresponsabilidad en la gestión de salud por parte de la comunidad, para avanzar en la consolidación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y responder al marco legislativo que rige actualmente para las Instituciones Públicas, en demanda de mayor injerencia de la comunidad en las acciones orientadas a su salud.

Esta capacitación fue replicada en la comunidad y en funcionarios del CESFAM y el resultando de esta experiencia fue la contextualización de la participación en el CESFAM (identificación de mecanismos y niveles de participación) y el levantamiento de propuestas de mejora desde los participantes, que son los insumos que sientan las bases de la elaboración de este plan.

Para asegurar mayor representatividad en la comunidad, se invitó a los grupos de autoayuda, a través de un representante, para que se integrarán el trabajo que se desarrolló en el CDL, también se convocó a usuarios inmigrantes y se sostuvieron algunas conversaciones con instituciones de la Iglesia Católica.

De esta experiencia participativa surge la necesidad de establecer un equipo de participación representativo y estable, para asegurar el desarrollo del proceso de difusión, seguimiento y evaluación en un contexto de participativo.

La participación e implicancia de todos los actores sociales en este proceso, es clave para implementar las estrategias propuestas en este plan y convertirlo en una experiencia exitosa para favorecer las relaciones de confianza entre el equipo de salud y la comunidad.

Equipo de Participación Social

Para constituir este equipo, se convocó a representantes de las organizaciones e instituciones que participaron en la capacitación y diagnóstico de niveles y mecanismos de participación. Para asegurar la participación de los funcionarios del centro, se definieron sus funciones previamente para luego calcular su rendimiento y programar sus horas, sin interrumpir o afectar lo menos posible la programación sanitaria del CESFAM.

Funciones de Equipo de Participación

1. Asistir a reuniones programadas para el equipo de participación y propender participar de otros espacios como, comité de solicitudes ciudadanas, mesa territorial, Consejo de Desarrollo Local, etc.

2. Ser un grupo asesor y consultivo de las mejoras que se quieren implementar en el centro de salud o de las dificultades que se presentan.

3. Participar del proceso de planificación y organización de la cuenta pública (difusión, recolección de datos, presentación de la información, logística, metodología participativa utilizada, evaluación del proceso).

4. Difundir Plan de Participación Social en Salud en distintos espacios de reunión (CDL, sectores y unidades del CESFAM).

5. Coordinar capacitación en Gestión Participativa para los líderes territoriales y apoyar otras iniciativas educativas que surjan de la comunidad.

6. Coordinar e implementar espacios educación en participación social y funcionamiento del centro de salud en las distintas unidades vecinales. 10, 11, 21, 21-B y 22.

7. Organizar y participar en jornadas de evaluación del proceso de implementación del plan de participación social.

8. Sistematizar la experiencia de participación en las distintas etapas de desarrollo y elaborar informes de proceso, para alimentar el análisis de todos los actores involucrados en la evaluación de impacto del plan en los niveles de participación.

9. Generar estrategias, para mejorar la información y comunicación que entrega el centro de salud a los usuarios y usuarias a través de los distintos medios audiovisuales, actualizar permanentemente la información en la página web, diseñar material impreso didáctico y educativo, agilizar la puesta en marcha de circuitos cerrado de TV etc.

10. Incorporar en espacios, como reuniones de sector, consejo técnico a participantes del equipo de participación, para involucrase del funcionamiento del CESFAM. Desde lo experiencial.

Constituido el equipo, se elaboró un cronograma de actividades con algunas acciones programadas en fechas establecidas y otras actividades con fechas tentativas, pero con participantes y responsables de su ejecución. Las actividades se detallan en el cronograma anexado al final del documento.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para asegura que en el proceso de evaluación y seguimiento se mantenga una dinámica de participación y colaboración entre los actores involucrados, se contará con horas profesionales protegidas y se continuarán fortaleciendo las instancias de encuentro y los mecanismos de participación existentes.

El equipo de participación conformado por la Dirección del Centro de Salud, las Jefas de Sector, Encargada de participación, Encargada de Modelo Atención al Usuario, funcionarios de distintas unidades, CDL, grupos de autoayuda, dirigentes de unidades vecinales y representante de la iglesia católica, serán los responsables de supervisar, orientar, acompañar y sistematizar la información que surja en el proceso de implementación.

La evaluación de las actividades del Plan de Participación, se realizará cada 4 meses, para corregir, rediseñar, eliminar o incluir estrategias, ya que a pesar de los compromisos adquiridos, la conformación del equipo y todo el diseño del Plan de participación, está sujeto a modificación de acuerdo los cambios del contexto local, comunal y nacional.

A partir del resultado del diagnóstico de participación del CESFAM, se estableció trabajar y avanzar en 4 mecanismos de participación reconocidos por la comunidad, para los cuales se plantearon objetivos estratégicos y actividades (desarrolladas en la matriz adjunta) que se irán evaluando de acuerdo a las orientaciones y fechas exigidas por el SSMSO.

El indicador para evaluar el cumplimiento de la meta sanitaria, es dicotómico (se realizó/no se realizó). El porcentaje de cumplimiento en la ejecución de las actividades solicitada por el Servicio es el siguiente:

- 100%: Presentación de planificación año 2017
- –100%: Informe cierre de brechas del Plan para 3 años (producto de evaluación del Plan presentado a octubre del 2016, por parte del servicio)
- –80%: Ejecución de las actividades planificadas para el año, por eje estratégico.
- –100%: Diagnóstico participativo según corresponda.
- –100%: Dos evaluaciones participativas del Plan durante la ejecución 2017

En e**ste documento está contenida la Planificación anual del Plan y la corrección solicitada por el Servicio para acortar el resultado de brechas arrojado en su evaluación del 2016.**

Semestralmente (30 de junio 2017 y 30 de Noviembre 2017), se informará al SSMSO el resultado de la evaluación de las actividades del Plan de participación. Para contar con mayores insumos, ampliar la visión y mantener el desarrollo de la participación hacia niveles ascendentes, se propone realizar una jornada anual (noviembre), que reúna a todos los sectores de Salud involucrados (Equipo de participación, Equipo directivo y gestor, otro funcionarios del centro funcionarios y organizaciones comunitarias). La construcción de un índice de participación y las recomendaciones de ajustes en cronogramas, responsables, etc. se recogerán de este proceso. En este mismos contexto, se sugiere que los equipos de Sector, revisen sus prácticas, complementes sus conocimientos con otras herramientas de participación social para apoyar la consolidación del Modelo de salud Familiar y comunitaria y que también evalúen cada 4 meses, las actividades que de acuerdo a su que hacer, han sido definidas en este plan como de responsabilidad de los equipos de Sector.

Se utilizarán como medios verificadores las actas, registro fotográfico, nómina de asistencia u otros que dé cuenta de la ejecución de las actividades. El informe final de

evaluación de la ejecución del plan (proceso) e impacto en los niveles de participación, según formato entregado por el Ministerio de Salud, deberá ser entregado el 31 de diciembre de 2017.

Firman para dejar constancia que toman conocimiento del plan de participación social en salud 2016-2018

_____ Francia Salgueiro Directora CESFAM Villa O'Higgins	_____ Erika Tapia Encargada de participación CESFAM Villa O' Higgins
_____ Luis Saavedra Tesorero Consejo de desarrollo local CESFAM Villa O' Higgins	_____ Juan Cantillana Presidente Consejo de desarrollo local CESFAM Villa O' Higgins
_____ Susana Muñoz Jefa sector TAI CESFAM Villa O' Higgins	_____ Mónica Espinoza Jefas de sector HENUA CESFAM Villa O' Higgins
_____ Carolina Bustamante Jefa de UAU CESFAM Villa O' Higgins	_____ Marcela marmolejo funcionaria Consejo de desarrollo local

_____ Verónica Paredes Encargada de calidad CESFAM Villa O' Higgins	_____ Verónica Leiva Encargada modelo de acogida. CESFAM Villa O' Higgins

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

ORD. N° 001011, Plan de participación social Período 2016 – 2018 Orientaciones de presentación de documento fecha 02.08.2016.

1 Participación ciudadana en atención primaria un aporte al desarrollo del modelo de atención Integral de salud familiar y comunitaria y la satisfacción usuaria.

Plan estratégico de participación social en salud, servicio de salud metropolitano sur oriente periodo 2015 al 2018. Diciembre 2015.

Último informe corte perca pita 30 de septiembre del 2016.

Informe cuenta pública 2015.

Plan estratégico CESFAM Villa O'Higgins 2013-2016.

Taller de participación social en salud SSMSO.

Planes de participación del CDL.

Programa de inducción.

Manual de acreditación.

Pauta de recertificación Modelo de atención integral (MAIS).

Sistematización de resultados de niveles de participación del CESFAM Villa O' Higgins.

Anexos

Anexo 1.
Cronograma de actividades Equipo de Participación Social

Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Quienes Participan	Lugar
Campaña de difusión de: cartera de servicio del CESFAM, mecanismos de participación del CESFAM, ley derechos y deberes, en sala de espera	3 10	10	8	12	3	7	4	9	13	4	Luis Saavedra Juan Cantillana Erika Tapia Aurora Uribe Vero Leiva Vero González	Sala de Espera
Reunión Directiva CDL 10:00 a 12:00	6	10	8	12	3	7	4	9	13	4	Erika Tapia Juan Cantillana Luis Saavedra	Sala Modular
Reunión de Equipo de Participación 10.30 a 13:00	16	6	4	8		3	7	5		7	Marcela Marmolejo Cristian Arriagada Nicol Fuentes Verónica Paredes	Sala Modular

											Carolina Bustamante **Francia Salgueiro** **Juntas de Vecinos** **Rosa Gaete Círculo Perfecto** **Padre Francisco Iglesia Santa Cruz de Mayo** **Manuel Muñoz Club Salud y Esperanza** **dirigentes de las juntas de vecinos** **Aurora Uribe** **Frans Dorvillus** **Luis Díaz Programa Vida Sana**	
Jornada Evaluación de Plan de Participación 10.30 a 13:00					**6**				**2**		**Mónica Espinoza** **Verónica Leiva** **Marcela Marmolejo** **Cristian Arriagada** **Nicol Fuentes** **Verónica Paredes** **Carolina Bustamante**	**Sala Modular**

											Francia Salgueiro **Juntas de Vecinos** **Rosa Gaete Círculo Perfecto** **Padre Francisco Iglesia Santa Cruz de Mayo** **Manuel Muñoz Club Salud y Esperanza**	
Reunión Consejo de Desarrollo Local **10:30 a 13:00**	**21**	**18**	**16**	**20**	**11**	**8**	**12**	**17**	**21**	**12**	**Mónica Espinoza** **Verónica Leiva** **Marcela Marmolejo** **Nicol Fuentes** **Luis Saavedra** **Erika Tapia**	**Sala Modular**
Reunión Comité de Consultas Ciudadanas **15:30 a 17:30**	**24**			**22**			**21**			**21**	**Verónica Paredes** **Mónica Espinoza** **Verónica Leiva** **Francia Salgueiro** **Jaime Salazar** **Carolina Bustamante** **Jelic Sáez** **Juntas de vecinos** **Rosa Gaete**	**Por Definir**

											Circulo perfecto **Manuel Muñoz Club Salud y Esperanza**	
Comisión de Preparación de Cuenta Pública Por definir		**x**	**x**	**x**							**Cristian Arriagada** **Nicol Fuentes** **Marcela Marmolejo** **Rosa Guerrero** **Solange Ríos** **Erika Tapia** **Verónica Paredes** **Luis Saavedra** **Juan Cantillana** **Francia Salgueiro**	**Por Definir**
Mesas Territoriales TAI 15:30 a 17:30		**25**		**20**		**22**		**17**			**Verónica Leiva** **Lorena Weinreich** **Paola Mena**	**Lolenco 634**
Mesas Territoriales HENUA 15:30 a 17:30		**11**			**4**						**Mónica Espinoza** **Denisse Herrera** **Ximena Acevedo**	**Santa Julia 1111**
Seguimiento Planes de Trabajo de Mesas	**x**		**x**		**x**		**x**		**x**	**x**	**Mónica Espinoza** **Verónica Leiva** **Funcionarios**	**Por Definir**

Territoriales. Por Definir											**de Sector definidos por Jefaturas**	
Jornadas en la Unidades Vecinales del Funcionamiento del CESFAM, Cartera de Servicios, Trabajo en Calidad y Mecanismos de Participación. 15:30 a 17:00											**Mónica Espinoza Verónica Paredes Verónica Leiva Erika Tapia Funcionarios de Sector**	**Sede Unidades Vecinales: 10,11 21,21-B y 22**
Cuenta Pública 14:30 a 17:30			**3**								**Consejo Técnico Cristian Arriagada Marcela Marmolejo usuarios Nicol Fuentes**	**Bibiano Magdaleno**
Entrega al SSMSO de correcciones del Plan de Participación y Cronogram	**30**										**Marcela Marmolejo Erika Tapia Francia Salgueiro**	**Por Mail al SSMSO**

a Año 2017 .												
Informes de Seguimiento del Plan de Paticipación					**30**				**30**		**Marcela Marmolejo** **Erika Tapia** **Francia Salgueiro**	**Por Mail al SSMSO**
Informes de Evaluación Anual del Plan de Participación meta 7 para el SSMSO										**30**	**Marcela Marmolejo** **Erika Tapia** **Francia Salgueiro**	**Por Mail al SSMSO**
Presentación de Plan de Participación Social en Salud. En consejo técnico		**12**									**Erika Tapia** **Francia Salgueiro**	**Sala modular**
Capacitación en Gestión Participativa. En Consejo Técnico 11:00-13:00					**14**						**Equipo Técnico** **Equipo de Participación**	**Sala Modular**
Replicar Capacitació					**11**						**Equipo de Participación**	**Sala de Reunio**

n en Gestión Participativa en Reunión General. 16:00 - 17:30											**SSMSO** **Todos los Funcionarios**	**nes**
Dar cuenta de resultado de Encuestas: De Satisfacción Usuaria local, Pauta de Evaluación de Atención Presencial y informes semestrales de consultas ciudadanas. Por Definir	**22**				**x**						**Consejo Técnico** **Mesas Territoriales** **Consejo de Desarrollo Local**	**Por Definir**

COMUDEF	**PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL 2016-2018 CENTRO DE SALUD FAMILIAR VILLA O'HIGGINS**	Código de acreditación:
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: octubre del 2016
		Fecha de vigencia : octubre del 2018
		N° de páginas :

Lineas Estrategicas Generales CESFAM Villa O'Higgins - Periodo 2016 - 2018

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metrodologico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016		2017		2018		OSBERVACIONES
Promover en la cultura organizacional la participación social en salud	Generar espacios de sencibilización y reflexión en el equipo de salud, con el propósito evlaluar las estrategias utilizadas para enfretar los objetivos sanitarios, identificar los factores de tipo cultural, social y económicos inolucrados y replantear la necesidad de involucrar la opinión de la comunidad en las acciones de salud	Jornadas de sencibilización y reflexión al interior de los equipos de salud, para evaluar el desempeño del CESFAM en proceso de desarrollo y consolidación del modelo de salud ecológico, sistémico e integral (individuo, familia y comunidad), centrado en el individuo y en la satisfacción de sus necesidades (satisfacción usuaria)	Se puede realizar un análisis FODA en un espacio masivo (reunión general) o en reuniones por unidad para identificar y analizar las fortalezas y debilidades del equipo, las amenazas y oportunidades a las que se han enfrentado en el proceso de implementación, desarrollo y consolidación del modelo de salud integral. También se puede utilizar como herramienta una línea de tiempo (por años) para identificar los acontecimientos más relevenates que han marcado el proceso desde la implementación del modelo y sobre la línea ubicar los aspectos negativos y bajo ella los positivos.	Sistematización de la experiencia de partcipación: 1. Evaluación del proceso 2. Estrategias para enferentar ostaculizadores. 3. Plan de mejora e insumo para plan de satisfacción usuaria	1. Informe de sistematización. 2. Listado de asistencia. 3. Registro fotográfico	Equipo Técnico y Directivo	Todos los funcionarios de CESFAM		X		X		X	
	Fortalecer la relación existente con la comunidad y promover una relación de confianza que reconozca el empoderamiento de las organizaciones territoriales, para convertirlas en alidados estratégicos en los procesos de toma de decisiones y de gestión del CESFAM.	1. Diagnóstico participativo. 2. Cuenta Pública participativa. 3. Evaluación de planes y programas de mejora, en CDL y comité de solicitudes ciudadanas	Se utilizarán metodologías participativas (arból de problemas, lluvia de ideas, flujogramas) para integrar a la comunidad en el diseño, implementación ó desarrollo y evaluación de los procesos, definiendo en conjunto contenidos, problemas, soluciones y resultados.	Sistematización de las experiencias de participación y de los resultados obtenidos.	1. Informe de sistematización. 2. Listado de asistencia. 3. Registro fotográfico. 4. Acta de reuniones de planificación y evaluación	Equipo Técnico y Directivo	CDL, Comité de solicitudes ciudadnas, equipo de particpación, equipo técnico y directivo.	X	X	X	X	X	X	Los diagnosticos participativos cada dos años
Ampliar la base de representación comunitaria	Fortalecer la participación de las organizaciones comunitarias existentes en el CDL y promover la convocatoria a nuevas organizaciones.	1. Campañas de difusión de los distintos mecanismos de participación existentes en el centro de salud. 2. Catastro de organizaciones formales e informales existentes del territorio. 3. Convocatoria masiva para participar en los distintos espacios de participación con los que cuenta el CESFAM.	Se utilizarán todos los espacios de promoción destinados a la comunidad (operativos, difusión de examenes preventivos y de campñas, ferias de salud, etc.), el Programa de Acogida y los talleres y grupos de autoayuda, para informar e invitar a los usuarios a formar parte de los espacios de participación cidadana formales en el CESFAM (boca a boca, folletería, pagina web u otros medios de información propuestos por equipo de partcipación). Con apoyo del CDL, se elaborará un catastro de las organizaciones formales e informales del territorio.	1. Material informativo 2. Catastro de organizaciones territoriales.	1. Material informativo 2. Catastro	CDL, Encargada de participación y promoción y Encargada de el Programa de Acogida	Equipo de particpación, CDL y encargada de prmoción y partcipación	X	X	X	X	X	X	hay que hacerlo permanentement e , para poder involugrary contar con mas usuarios y usuarias
	Involucrar a todos los actores sociales en forma gradual, en el proceso participativo, no sólo desde el punto de vista informativo y consultivo, sino como una asesoría estratégica para el diseño de las actividades de salud preventivas, promocionales y de partcipación, destinadas a la comunidad.	Conformación de Equipo de Participaión Social en Salud, constituido por representantes de la comunidad, funcionarios y Dirección del Centro.	Se definirán las funciones del equipo, se distribuíran la tareas para establecer responsabilidades y se realizarán reuniones mensulaes para planificar y monitorear las actividades propuestas en el Plan de participación.	Informes de evalaución de proceso de las distintas actividades propuesta en el Plan.	1. informes 2. Acta de reuniones. 3. Listado de aistencia	Equipo directivo, CDL y Encargada de participación y promoción	Dirigientes vecinales, representantes de instituciones, CDL, Grupos de autoayuda, funcionarios del CESFAM, representantes del Euipo técnico y Directivo.		X		X		X	
Promover el ejercicio de liderazgos comunitarios	Apoyar la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector de la política pública, en sus distintos niveles de actuación. Mesas Territoriales, Consejo Técnico, Consejo Municipal, CIRA, etc.	Apoyo y coordinación de capacitación para la comunidad, en temas relacionados con gestión participativa (escuelas de líderes comunitarios del SSMSO) y otros como, objetivos sanitarios, particpación social, alfabetización digital, formulación de proyectos, funcionamiento del CESFAM y otros temas de Salud Familiar.	Se apoyará la implementación de una escuela de lideres comunitarios, coordinando con el SSMSO una capacitación en gestión participativa y recogiendo de la comunidad otras necesidades de educación para apoyar su labor social.	Escuela de lideres sociales o comunitarios	1. Listado de asistencia 2. Contenidos temáticos 3. Registro fotográfico 4. Acta de reuniones de coordinación y Planificación	Equipo Técnico y Directivo, CDL y Encargada de participación y promoción			X	X	X	X	

Cuentas Publicas CESFAM Villa O'Higgins - Periodo 2016 - 2018														
Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metrodologico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medios verificador	Responsables	Participantes	2016		2017		2018		OSBERVACIONES
Entregar informacion clara, de calidad y pertinente.	Proporcionar a la comunidad la información obligatoria en la rendición pública, correspondiente a la gestión del CESFAM en el periodo 2016 (gasto presupuestario, cumplimiento de obejtivos sanitarios, dificultades y desafíos pendientes), integrando a la vez, los resultados del Plan de partcipatición (responsabilidad del CDL en la elaboración y cumplimiento de las actividades, hasta el año 2016), logros y desafíos del Centro para avanzar en el fortalecimiento de la partcipación cuidadana en el CESFAM.	Reuniones de coordinación con el equipo de participación en salud (constituido por repersentantes de la comunidad y funcionarios del CESFAM), para : 1. Socializar con el equipo las orientaciones ministeriales vigentes para cuentas públicas 2.Definir los contenidos que se abordarán y el órden de su presentación. 3. Definir la participación del equipo en la elaboración del informe de la cuenta pública, en la difusión y convocatoria.	Se realizarán reuniones de coordinación y planificación con el equipo de participación social para proponer mecanismos que permitan recoger e integrar la opinón de la comunidad en relación a los contenidos que serán abordados en la cuenta pública. En este espacio se definirán los medios utilizados para difundir la actividad y los que se utilizán para publicar el informe de la Cuenta Pública, facilitando el acceso y la disponibilidad de la presentación a toda la comunidad (pagina Web del CESAFAM, OIRS, CDL, etc.). De estas reuniones deberan surgir las ideas y propuesta para el diseño de las invitaciones (que incluirá el resumén ejecutivo con las principales temáticas que serán abordadas. También la fecha y lugar defindo para la actividad). Se abrirá un espacio para recoger sugerencias de los representantes de organizaciones e instituciones y las personas que serán convocadas (considerando además, a todos los usuarios informados en el CESFAM). De esta forma se intentará asegurar una cobertuta y particpación reprsentativa.	1. Informe de la cuenta Pública 2. Resumén ejecutivo 3. Programación de la actividad 4. Diseño de invitación para convocatoria. 5. Listado de organizaciones	1. Acta de reuniones y lista de asistencia. 2. Resumen ejecutivo 3. Invitación a la actividad. 4. Informe de cuenta Pública.	Dirección del CESFAM y equipo de partcipación social	Equipo Técnico y directivo, Equipo de participación social	X		X		X		
Velar por la construccion y desarrollo de una cuenta pública participativa	Incluir a representantes de la sociedad civil, comunidad organizada y funcionarios del CESFAM (Equipo de partcipación en salud) en el diseño, implementación y evalaución de las actividades que implica la cuenta pública.	1. Reuniones de coordinación y elaboración de cuneta Pública en equipo de partcipación para definir algunas responsabilidades y apoyos requeridos, tareas y funciones para la ejecución de la Cuenta Pública.	Se dialogará con los participantes para definir responsables y colaboradores de la disfusión y entrga de invitaciones, encaragados de medios audiovisuales de apoyo, encargados de la logística (anfitriones, locución, mesón saludable, etc.).	Tareas y responsables	1. Acta de reuniones y lista de asistencia. 2. Programa de la actividad	Dirección del CESFAM y equipo de partcipación social	Equipo Técnico y directivo, Equipo de participación social	X		X		X		

Velar por la construccion y desarrollo de una cuenta pública participativa	Generar un espacio de debate para recoger la opinión y evalaución de los asistentes a la Cuenta Pública, respecto a los logros, avances y desafíos pendientes del CESFAM, en materia de partcipación social.	1. "Taller particpativo". En este espacio de la cuenta pública, se promoverá la partcipación de los asistentes para expongan sus inquietudes, comentarios y propuestas para mejorar la gestión del CESFAM en relación a la participación social. Se orientará el diálogo en algunas temáticas vinculdas con la satisfacción usuaria, mecanísmos y medios de información, mecanísmos de participación, etc., contenidos que se irán afinando en las reuniones de coordinación con equipo de particpación, pero que irán en la línea de complementar y recoger insumos para el plan de participación social y para el plan de satisfacción usuaria. 2. Cierre, sistematización y evaluación de la Cuenta pública. Finalizado el espacio de diálogo entre los participantes, incluyendo a la Directora del CESFAM, se recogerán los planteamientos más relevantes y los compromisos asumidos. La respuesta a las inquietudes y el resultado de la evaluación, será entregado a los aistentes y publicado en la página Web del CESFAM, al igual que en proceso de convocatoria.	1. Se escogerá alguna metodología particpativa (lluvia de ideas, árbol de problemas, matriz de problema, etc.), que permitá recoger la opinión de la comunidad y ordenar los problemas, desafío, estrategias y soluciones que orientarán la gestión del Centro en esta materia. Independiente de la metodología utilizada, el espacio de diálogo y debáte, será apoyado por facilitadores, que introducirán las ideas fuerzas y colaborarán en la moderación de la discusión. 2. Se elaborará un documento que sintece los comentarios surgidos en la actividad y la respuesta de la Dirección a casda uno de ellos. Este informe o documento de cierre, que constituye parte de la evalaución de la Cuenta Pública, se socielizará con la comunidad mediante los mismos medios utilizados para la convocatoria.	1. Acta con planteamientos y compromisos 2. Informe de cierre	1. Acta con planteamientos y compromisos 2. Informe de cierre	Dirección del CESFAM y equipo de partcipación social	Equipo Técnico y directivo, Equipo de participación social	X		X		X		

Consultas Ciudadanas CESFAM Villa O'Higgins - Periodo 2016 - 2018

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodologico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes	2016		2017		2018		OSBERVACIONES
Validar los mecanismo de consulta ciudadana utilizados y explorar otras forma para recoger necesidades, inquietudes, estratégias, comentarios y sugerencias.	Fortalecer los diagnósticos particpativos de salud, por la relevancia que representan en la orientación de las líneas de acción , tanto para en el plan estratégico del CESFAM, como en los planes anuales de salud comunal.	Jornadas de diagnósticos particpativos por unidades vecinales y con representates de los distintos grupos etareos a lo largo del ciclo vital.	Para lograr mayor participación y representación social, el proceso se realizará por unidades territoriales o vecinales, en colegios básicos y casona de los jovenes, incorporando distintos puntos de vistas en el diagnóstico del desarrollo local. La metodologia que se utilice (árbol de problemas, lluvia de ideas, matriz de problemas, etc), permitirá identificar en un proceso de reflexión colectivo, las principales problemáticas sociales y de salud y simultánemente permitirá que los actores sociales formen parte del proceso que conduce a la toma de decisiones, ya que promoverá que al interior del grupo, se generan algunas estrategias y se definan tiempos y responsables para la realización de acciones concretas en el abordaje de las problemáticas identificadas. La sistematización y el seguimiento del plan de trabajo serán socializados y el resultado será evaluado con la participación de representantes de los distintos actores sociales involucrados.	1. Diagnósticos de dasarrollo local por unidades vecinales y en distintos grupos etáreos. 2. Plan de trabajo colectivo. 3. Instrumento de evaluación.	1. Acta de reuniones de coordinación. 2. Diagnóstico local. 3. Informe de seguimiento. 4. Informe de evaluación.	Equipo Directivo, jefaturas de sector, Enargada de Participación y Promoción, Representantes de la comunidad	Usuarios, Funcionarios de CESFAM		X					
		Constitución de Mesas Territoriales para abordar plan de trabajo sugerido en Diagnóstico participativo.	Cosntituida la mesa territoral se elaborará un cronograma de todo el proceso, para contar con una visión general a corto y largo plazo del plan de trabajo. Incluirá los recusrsos con que se cuenta, fechas estimativas y las responsabilidades de cada representante de la mesa o del equipo, que se irán adecuadando de acuerdo a la continuidad en la participación o a las necesidades que puedan ir surgiendo a lo largo del proceso. En cada reunión se utilizará el cronograma para ajustar fechas y rectificar responsabilidades, pero será el insumo que orientará el seguimiento del proceso. El instrumento será utilizado además, como autoevaluación del trabajo del grupo.	1. Plan de trabajo y cronográma de actividades. 2. Instrumento de autoevaluación (cronográma).	1. Acta de reuniones. 2. Actualización de Cronográma.	Jefaturas de sector, Enargada de Participación y Promoción, Representantes de la comunidad	Usuarios, Funcionarios de CESFAM	X	X	X	X	X	X	
	Utilizar técnicas de investigación cuali-cuantitativa en la elaboración e implementación de instrumentos de medición de la satisfacción usuaria: encuestas de derechos y deberes , protocolo de atención presencial, satisfacción usuaria , etc.	1. Diseñar y aplicar con regularidad, encuestas para conocer la satisfacción usuaria (encuesta validada por el SSMSO) y su opinión en relación al cumplimiento de sus derechos y deberes y a la aplicación efectiva del protocolo de atención presencial. 2. Sistematizar la información y retroalimentar a los equipos de salud, para la reflexión, análisis y propuestas de estrategias de mejora. 3. Socializar los planes y estrategias de mejora con la comunidad en los espacios de participación validados (CDL, Comité de solicitudes ciudadanas, mesas territoriales), para someterlos a su evaluación y reestructuración en forma oportuna. 4. Publicar el resultado de las encuestas para conocimiento de la comunidad.	Se elaborará una planificación para cada una de las encuestas aplicadas, con frecuencia, responsables de la aplicación y de la sistematización. Se incluirá la periodicidad con que se informará a las jefaturas o encargados de unidad para que socialicen con sus equipos el resultado de las encuestas, generando estrategías, que se concretarán en un plan de mejoramiento en el que incluirá la perspectiva de la comunidad para favorecer la efectividad, oportunidad y pertinencia del plan. Para validar este medio de consulta a la ciudadanía, en el que no sólo se recopila como información la opinión del usuario, sino que se integra en la elaboración de planes de mejoramiento del CESFAM, tanto los resultados de las encuestas, como la evalaución de los planes serán informados a la comunidad en los espacios de participación validados y publicados en la pagina del CESFAM u otros medios de información.	1. Instrumentos de medición (encuestas). 2. Planificación. 3. Planes de mejoramiento iclusivos y pertinentes. 4. Proceso de evalaución participativo.	1. Encuestas. 2. Informes de sistematización y resultados. 3. Planes de mejoramiento y evaluaciones. 4. Actas ylistas asistencia a reuniones (de equipos de salud y de espacios de participación social). 5. Publicación de resultados (pagina web).	Consejo Técnico y Encargada de Partcipación y Promoción	Usuarios, funcionarios del CESFAM, comité de solicitudes ciudadnas, CDL y mesas territoriales.	X	X	X	X	X	X	

Incluir en el diseño de planes y programas, la opinión y los requerimientos de la comunidad a través de este mecanismo.	Integrar la opinión de la comunidad progresivamente en el proceso que conduce a la toma de decisiones de algunas políticas locales de salud y en la elaboración de planes y programas destinados a mejorar su salud.	1. Socializar con la comunidad en espacios de participación formal y a través de la plataforma virtual el Plan de Salud Comunal, el Plan Estratégico del CESFAM, el Plan de Participación Social y el Plan de Satisfacción Usuaria, para promover la participación informada de los usuarios, en los distintos mécanismos de participación del CESAFAM (CDL, comité de solicitudes ciudadanas, mesas territoriales, etc.) . 2. Informar a la comunidad a través de los mismos mecanismos y con el mismo objetivo, el resultado de las encuestas aplicadas para medir la satisfacción usuaria, el resultado de los dignósticos particpativos y el análisis de las solicitudes ciudadanas.	Se utilizarán distintos medios de difusión para socializar con la comunidad los lineamientos comunales y locales, los planes y programas de mejoramiento continuo, el resultado de las estrategias aplicadas, etc., para levantar desde una comunidad informada consultas en los espacios de particpación formales o a través de la pagina web del CESFAM, en relación a la pertinencia y efectividad de las medidas aplicadas, para corregir o adecuar oportunamente las estragias futuras.	1. Publicación de Políticas de salud comunales y locales. 2. Insumos para la elaboración de planes futuros.	1. Pagina Web 2. Acta de reuniones	Encargada de Partcipación y Promoción, Encargada de programa de acogida, Equipo de participación	Usuarios, Equipo de participación, Equipo Técnico y directivo del CESFAM.		X		X		X	

CDL CESFAM Villa O' Higgins - Periodo 2016 - 2018														
Línea Estratégica	**Objetivos estratégicos**	**Actividades**	**Descripción metodologico**	**Producto esperado o Resultado/Impacto**	**Medios verificador**	**Responsables**	**Participantes**	**2016**		**2017**		**2018**		**OSBERVACIONES**
Fortalecer la representatividad de la organización	Consolidar las instancias de participación formal, constitutas por usuarios y usuarias del CESFAM, organizaciones vecinales, sociales y comunitarias, organizaciones gremiales y funcionarios del CESFAM, "Fortalecimiento del CDL".	1. Apoyar el proceso de conformación y renovación jurídica y la directiva del CDL (para asegurar su participación, representatividad e incidencia en las políticas del Salud y en temas de interés). 2. Realización de campañas de difusión en los distintos espacios comunitarios, en actividades de prevención y promoción y a través de todos los mecanismos de participación y difusión existentes en el CESFAM, para informar y convocar a la población usuaria a participar de esta instancia, integrando de esta forma distintas corrientes de opinión, de acuerdo a características generacionales, culturales, de género, de religión, política, etc.	Se apoyará el proceso de renovación jurídica del CDL y la convocatoria de nuevos representantes de organizaciones territoriales y usuarios del CESFAM a las reuniones de la organización, orientando progresivamente el proceso a la autoorganización entre los actores existente en el CDL y los nuevos grupos, de manera que las redes puedan articularse entre si operativamente, otorgando legitimidad y representatividad a la organización.	1. CDL con renovación jurídica actualizada (Dirigentes elegidos en proceso democrático) 2. Red organizativa y tejido social consolidado.	1. Personalidad jurídica vigente 2. Gráfico de redes sociales 3. Acta de reuniones del CDL, conducida por sus dirigentes u otros miembros de la comunidad representada en la organización.	Directiva de CDL y Encargada de participación y promoción.	Usuarios y usuarias del CESFAM, organizaciones vecinales, sociales y comunitarias, organizaciones gremiales y funcionarios del CESFAM.	X	X	X	X	X	X	
Fortalecer su capacidad de interlocución e incidencia en la toma de decisiones	Apoyar la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector de la política pública, en sus distintos niveles de actuación. Mesas Territoriales, Consejo Técnico, Consejo Municipal, etc.	"Escuela de líderes comunitarios". Se implementará un de espacio educativo y participativo para el desarrollo de técnicas de liderazgo, dirigido al Consejo De Desarrollo Local, para incentivar la integración y el mejoramiento continuo en las funciones que desempeñan en su labor social.	Se gestionará con SSMSO una capacitación para los representantes del CDL en temas relacionados con gestión participativa, que formará parte del espacio educativo o escuela de lideres comunitarios implementada por el CESFAM, donde además se incluirán conocimientos e información relacionados con salud familiar, ciclos vitales, fomento de estilos de vida saludable y corresponsabilidad en salud para fortalecer sus capacidad de interlocución e incidencia en la toma de decisiones de las políticas de salud dirigidas a sus diferentes etapas del ciclo vital y a su condición biológica involucrada.	1. Espacio Educativo 2. Representantes con capacidad de interlocución	1. Cronográma de actividades 2. Contenidos temáticos. 3. Listado de asistencia	Equipo Técnico y Encargada de participación y promoción	Dierectiva de CDL, Equipo Técnico y Encargada de participación y promoción		X	X	X	X	X	

	Reconocer el empoderamiento de las organizaciones territoriales y convertirlas en aliados estratégicos en los procesos de toma de decisiones y de gestión del CESFAM.	1. Difusión de las políticas de salud comunales y locales. 2. Particpación de representantes del CDL en alguna de las reuniones del equipo Técnico del CESFAM.	Se promoverá la cogestión, generando espacios de encuentro con los distintos actores que constituyen el CDL, a través de jornadas o reuniones ampliadas, para difundir las políticas de salud locales y comunales (Plan de Salud Comunal, Plan y líneas estratégicas del CESFAM, Plan de participación y Plan de satisfacción usuaria) y convertirlos en procesos de participación desde el reconocimiento de intereses, la negociación y la propuesta de estartegias. Se avanzará en forma gradual al aumento de la representatividad de integrantes del CDL en espacios de toma de desiciones (Consejo Técnico), para articular estrategias convergentes, posibilitando que los actores sociales formen parte del proceso que conduce a la toma de decisiones en la elaboración del Plan de Salud Comunal, Diseño del Plan de Participación, Evaluación de Planes y Estrategias de Mejoramiento del CESFAM, organización de la cuenta pública y el diagnóstico participativo.	Sistematización de los encuentros (reuniones ampliadas o jornadas de trabajo): 1. Estrategias y propuetstas colectivas 2. Evaluación del proceso	1. Listado de Asistencia de reuniones de equipo técnico con de representantes del Consejo de Desarrollo Local. 2. Acta y registro de reuniones con de representantes del Consejo de Desarrollo Local, con la difusión, discusión, diseño, implementación y evalaución de planes, programas y estraetgias de Salud.	Equipo Dierectivo y Técnico	Representantes de CDL, Equipo Técnico y Encargada de participación y promoción	x	x	X	X	X	X	
Fortalecer la capacidad de autonomía y autogestión del CDL	Reforzar y potenciar el carácter consultivo y autónomo que tiene la organización en sus decisisones, acuerdos y opiniones.	1. Promover la participación de integrantes del CDL en los operativos de salud, como un espacio de información hacia la comunidad acerca de la dinámica y funcionamiento de su propia organización, para convocar a usuarios a participar de esta instancia de participación e informar y actualizar a la comunidad en temas de salud, derechos y deberes de los usuarios, organización y funcionamiento del CESFAM. 2. Apoyar las iniciativas de la organización para acceder a proyectos y a fondos concursarles de acuerdo a sus intereses y necesidades. 3. Apoyar y participar de las actividades propias de la comunidad: Carnaval Villa O´Higgins, Caminata por la Salud, Actividades de promoción al interior de Establecimientos Educacionales y Jardines Infantiles, entre otras.	Se promoverá una relación permanente de alianza, apoyo y colaboración al interior del CDL, para favorecer las distintas actividades e iniciativas, tanto de la organización, como del CESFAM o de otras instituciones o grupos comunitarios que lo componen.	1. Tejido social consolidado 2. Adjudicación de fondos concursables para proyectos sociales y comunitarios. 3. Participación y colaboración masiva en las actividades de la comunidad.	1. Registro fotográfico 2. Acta de reuniones de coordinación.	Enacragado de Promoción y particpación, Dierectiva de CDL.	Usuarios y usuarias del CESFAM, organizaciones vecianales, sociales y comunitaraias, organizaciones gremiales y funcionarios del CESFAM.	x	x	X	X	X	X	

Promover la convocatoria a nuevas organizaciones o usuarios.	Apoyar la participación de organizaciones sociales formales y conjuntamente identificar otras formas de participación (grupo de jóvenes, tribus urbanas, grupos ambientalistas, clubes deprtivos,etc.).		Se realizará un catastro de organizaciones y grupos sociales, con la información que aporten cada uno de los miembros del CDL, de los sectores que tengan mayor referencia. Con la información obtenida se realizará un ecomapa de relaciones o sociograma para identificar las relaciones que tienen entre si los distintos actores sociales presentes en el territorio. Este insumo se utilizará para acercarse a los distintos espacios y grupos sociales, como un medio para conocer sus inquietudes e intereses, para difundir los mecanismos de participación del CESFAM y convocarlos a conocer y participar en el CDL.	1. Líderes emergentes (recambio generacional). 2. Ecomapa de relaciones o sociograma	1. Catastro de organizaciones territoriales 2.Grafico de redes sociales 3. Lista de asistencia y libro de registro de las reuniones convocadas por CDL. .	Enacragado de Promoción y particpación, Dierectiva de CDL.	Usuarios y usuarias del CESFAM, organizaciones vecianales, sociales y comunitaraias, organizaciones gremiales y funcionarios del CESFAM.	x	x		X		X	

Línea Estratégica	Objetivos estratégicos	Actividades	Descripción metodologico	Producto esperado o Resultado/Impacto	Medio verificador	Responsables	Participantes	2016		2017		2018		OBSERVACIONES
Promover y ampliar la participacion de los usuarios en el comité de solicitudes ciudadanas	Trabajar colaborativamente con la comunidad en la mejora continua de los procesos de gestion clínica y de satisfaccion usuaria del centro de salud	1. Fortalecer la comisión bipartita, constituida por integrantes del equipo de salud y parte de la comunidad para el análisis los aspectos más criticos en el CESFAM y trabajo en la planificación y evaluación de actividades que aporten al mejoramiento de la calidad de atención al usuario.	Informar a los usuarios en las salas de espera del funcionamiento del comité de consultas ciudadanas Publicar Informe de C.C. en diario mural de salas de espera. Informar en espacios comunitarios como Cuenta Pública, CDL, Feria del Adulto Mayor, pagina web, etc.	Contar con un grupo de trabajo sistematico, consultivo y de fiscalizacion de las medidas implementadas, para la mejora continua del centro	Actas, fotos, y libros de asistencia	Encargada de participacion social	Directiva del CDL, representantes de grupos de la comunidad y equipo de salud jefas de sector y unidades como SAC- SAPU, Dental y UAU.							
	Difundir el mecanismo de las consultas ciudadanas, Ley Base de Procedimientos Administrativos 19.880 Ley de Derechos y Deberes de las personas en salud 20.584 Ley de Transparencia en la Gestión Pública 20.285 Ley de No Discriminación (Zamudio) 20.609 Ley Auge y Ley de Autoridad Sanitaria ley de transparencia, Ley Ricarte soto, Ley de Garantias Explicitas en salud y garantias FOFAR en Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.	1. Socializar con funcionarios y usuarios protocolo de procedimiento de Consultas Ciudadanas y sus alcances 2 Capacitación respecto a leyes a operadoras OIRS. 3 Difusión de esta información a la comunidad.	Afiche que describe acceso fácil a formularios de consultas ciudadana o módulo OIRS, puesta en los distintos sectores del CESFAM. Además de capacitaciones a funcionarios y usuarios con material visual de apoyo y cuáles son sus impactos en la atención de salud.	Contar con usuarios externos e internos con conocimientos del funcionamiento de las consultas ciudadanas y OIRS	Afiches, actas y listas de asistencia de capacitaciones, material informativo.	Encargada de participacion social orientadora OIRS y Comité de consulta ciudadana	Usuarios, usuarias y funcionarios							
Fortalecer la capacidad para incidir en la elaboracion, monitoreo y supervicion de los planes de mejoramiento continuo del CESFAM	Trabajar en forma conjunta usuarios, usuarias, equipo de salud, directivos y cremios en las mejoras que se implementan, para generar condicciones, para los cambios que se requieren.	1 Elaborar planes de mejora, para el abordaje de los principales problemas detectados, incorporando en el diseño la percepcion y sugerencias de los usuarios, 2 presentacion de planes en el comité de consultas ciudadana 3 evaluacion de los planes de mejora de satisfaccion usuaria anualmente.	Buscar estrategias con mayor pertinencia y mas efectividad, que representen las necesidades de todos los involugrados.	Contar con estrategias de soluciones que interpreten las necesidades de los usuarios y usuarias y poder avanzar en la implementacion de mejoras.	Planes de satisfaccion usuaria, listas de asistencia de mesas de trabajo, registros fotograficos , acuerdos gremiales, etc.	Comité de consulta ciudadana	Representante de los gremios, consejo tecnico y representantes del comité de cosnultas ciudadanas.							
	Incorporar a la comunidad en el proceso de acogida y resolución de los problemas o reclamos de usuarios, a fin de transparentar el proceso ante la comunidad y agilizar su resolución; Comité de Consultas Ciudadanas	Incluir en la tabla tematica de reuniones del consejo de desarrollo local o mesa territorial conjunta al equipo de salud y el analisis de reclamos por perido de corte, meses de abril, julio, octubre y diciembre	Presentacion de los informes mensuales detectando los nudos criticos y recoger estrategias para mejorar. Hacer visible lo que se implementa como mejoras, publicandola en los diarios murales del CESFAM y socializarlo en reuniones.	Que la comunidad logre visualizar los avances y tenga mayor control de la gestion de satisfaccion usuaria.	Acta de reunión, que señale claramente cómo se desarrolló la actividad, temas conversados, y si hubo acuerdos, compromisos y/o conclusiones. Anexar el informe de reclamos presentado en la reunión. Asistencia de los participantes con sus respectivas firmas y deseable registro fotográfico. Registro fotografico.	directora, jefas de sector, integrantese del comité de consultas ciudadanas, encargada de participacion social.	usuarios y usuarias del centro de salud, que participara de las mesas territoriales y Consejo de Desarrollo Local.							