LAS CABRAS
MUNICIPALIDAD
Salud

# PLAN COMUNAL DE SALUD 2025

Trabajando juntos
por la salud familiar

# INDICE

## Contenido

INDICE ..... 2
INTRODUCCIÓN ..... 4
MISIÓN ..... 6
VISIÓN ..... 6
VALORES Y PRINCIPIOS ..... 7
ORGANIGRAMAS INSTITUCIONALES ..... 9
DEPARTAMENTO DE SALUD ..... 9
CESFAM LAS CABRAS Y POSTAS RURALES ..... 10
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL ..... 11
ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS ..... 11
ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES ..... 14
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS ..... 17
ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO DE SALUD ..... 20
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2024 ..... 21
SECTOR VERDE ..... 23
SECTOR ROJO ..... 28
SECTOR BLANCO ..... 33
SECTOR NARANJO ..... 36
SECTOR AZUL ..... 40
SECTOR AMARILLO ..... 45
PLANIFICACIÓN SANITARIA ..... 49
DOTACIÓN DE SALUD ..... 51
RECURSOS FÍSICOS ..... 53
COORDINACIÓN INTERNA Y EXTERNA ..... 55
PROGRAMAS DE SALUD Y CARTERA DE PRESTACIONES ..... 58
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL ..... 58
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI) ..... 61
PROGRAMA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES Y JÓVENES ..... 63

**PROGRAMA DE LA MUJER**....66
**PROGRAMA SALUD DEL ADULTO**....72
**PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**....74
**PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR**....79
**PROGRAMA DE SALUD ORAL**....84
**PROGRAMA SALUD MENTAL**....89
**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL**....91
**PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A FAMILIAS CON INTEGRANTE EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SEVERA**....96
**PROGRAMAS RESPIRATORIOS**....98
**LABORATORIO CLÍNICO**....101
**PROGRAMA PROMOCION DE SALUD**....103
**SERVICIOS DE URGENCIA**....108
**CLÍNICA DE DIÁLISIS MUNICIPAL**....111
**RESUMEN HISTÓRICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD**....115
**ANEXO 1: PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025**....120

# INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud de la comuna de Las Cabras es una herramienta operativa que comprende actividades planificadas por el equipo de salud, de acuerdo con las estrategias de salud local y programas impartidos por el Ministerio de Salud (MINSAL). Para el año 2025, el plan de salud se centrará en el Modelo de Salud Familiar en los distintos dispositivos de salud de la comuna, este nuevo funcionamiento se implementó desde noviembre 2020, el cuál logró como objetivo principal obtener la Certificación en el Modelo de Salud Familiar (MAIS), logrando la certificación de la totalidad de los establecimientos de salud de la comuna, CESFAM como postas rurales, marcando un hito a nivel regional, siendo la única comuna en obtener este importante logro, demostrando sistematización y estandarización en los procesos y atenciones de salud, independiente del establecimiento donde se atienda el usuario.

El diagnóstico de salud comunal para el año 2025, se centrará en el modelo de salud familiar, teniendo como eje principal la compensación de nuestros usuarios con patologías crónicas (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus II (DMII), Dislipidemias, Salud Mental), basándose en la nueva estrategia implementada desde el año 2023, Estrategia del Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), la cual aborda integralmente las enfermedades y que tiene como metodología generar controles integrales con más de un profesional en cada control, abordando con un enfoque familiar y comunitario cada patología que tienen nuestros usuarios crónicos. Otros objetivos de esta estrategia es evitar que la población sana se enferme, fortalecer promoción y prevención, mantener a las personas enfermas controladas y evitar complicaciones, incentivar involucramiento y autonomía de las personas atendidas y apoyo de los equipos de salud y por último atender a las personas con multiborbilidad de forma más integral, asegurando la coordinación de sus necesidades con nuestras prestaciones.

Durante este año 2025 se mantendrá el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario que ha dado paso a distintos modelos de funcionamiento, durante estos los últimos años, en base a sectores y jefes de sector con énfasis en la familia y participación comunitaria, modificando significativamente el modelo de atención en postas rurales, que nos permite llevar todas nuestras prestaciones de salud a los que las requieran directamente en su localidad, todo lo anterior, manteniendo las rondas de los distintos profesionales de manera semanal, que incluye de manera permanente un profesional médico por cada posta de manera permanente. En la sectorización se consideró la población inscrita de cada posta y se asignó un médico cada 2000 habitantes, cifra homologable a los índices OCDE, a continuación, se presenta la nueva distribución.

| Población Percápita | Las Cabras<br>Sector Urbano | La Panchina<br>La Cebada<br>Cocalán | Llallauquén<br>El Carmen | El Manzano | Santa Inés<br>El Durazno |
|---|---|---|---|---|---|
| 100% | 36% | 11% | 16% | 18% | 19% |
| **28.871** | **10.394** | **3.176** | **4.619** | **5.197** | **5.485** |

En resumen, consideramos que el 2025 será un año marcado por la ejecución del Modelo de Salud Familiar. Para poder desarrollar todo lo anterior, que ha generado una carga asistencial nunca antes vista, es necesario contar con un presupuesto que permita solventar todas las necesidades anteriormente mencionadas. Como nueva iniciativa, después de renovar las Postas de Salud de El Carmen, Llallauquén, Llavería y Santa Inés, el próximo año se implementará sillón dental en Posta Cocalán, prestación muy requerida por la comunidad y que hasta ahora sólo se realizaba en Posta El Manzano y CESFAM Las Cabras, cabe decir que el año 2024 comenzaron a funcionar sillones dentales en las Postas de Llavería y Llallauquén con resultados excelentes a nivel de cobertura y percepción de la comunidad.

# MISIÓN

Otorgar a la población beneficiaria la puerta de entrada al sistema público de salud y puente para el nivel secundario de atención.

Para ello, contamos con 9 establecimientos de salud y equipos multidisciplinarios capacitados y de gran calidad humana, comprometidos con otorgar prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de alto nivel con enfoque en el modelo de salud familiar para toda la comunidad.

# VISIÓN

Tener nuestros establecimientos de salud acreditados y con aseguramiento en calidad en todas las prestaciones de salud otorgadas en nuestra comuna, brindando una atención digna y de calidad centrada en las personas e integrando a la familia y comunidad.

# VALORES Y PRINCIPIOS

## Respeto

Sentimiento básico de consideración y reconocimiento a nuestros usuarios y colaboradores, sobre sus derechos y su dignidad, tratando con empatía y tolerancia frente a la diversidad.

## Dignidad de la atención

La dignidad se refiere al mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias.

Poder vivir con dignidad emana del respeto de los derechos humanos básicos, en particular:

- La protección contra la violencia y el abuso
- La protección contra la discriminación
- La autonomía y libre determinación
- La inclusión en la vida de la comunidad
- La participación en la formulación de políticas
- Derecho a ser respetado y valorado como integrante y usuario de nuestro CESFAM
- Trabajo en equipo

## Ética

“Considera el buen actuar, los valores morales, una doctrina moral positiva y el buen vivir” … “Del secreto profesional: Actitud de reserva frente a las condiciones psicopatológicas del usuario y entorno social”.

## Trabajo en equipo

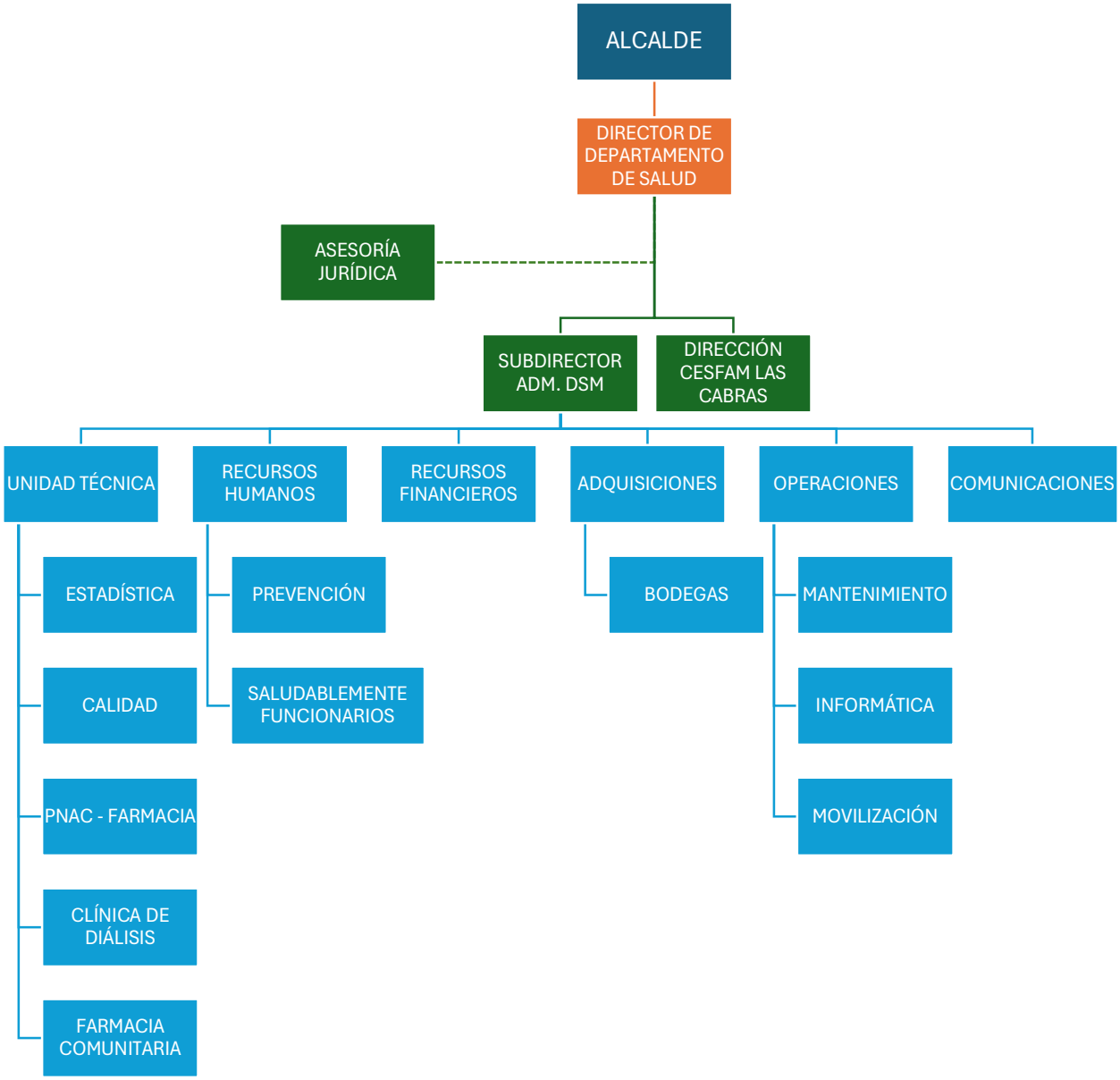
Capacidad del equipo de coordinarse en las diferentes áreas en función de metas compartidas y trabajar integradamente para lograr un fin común.

## Responsabilidad

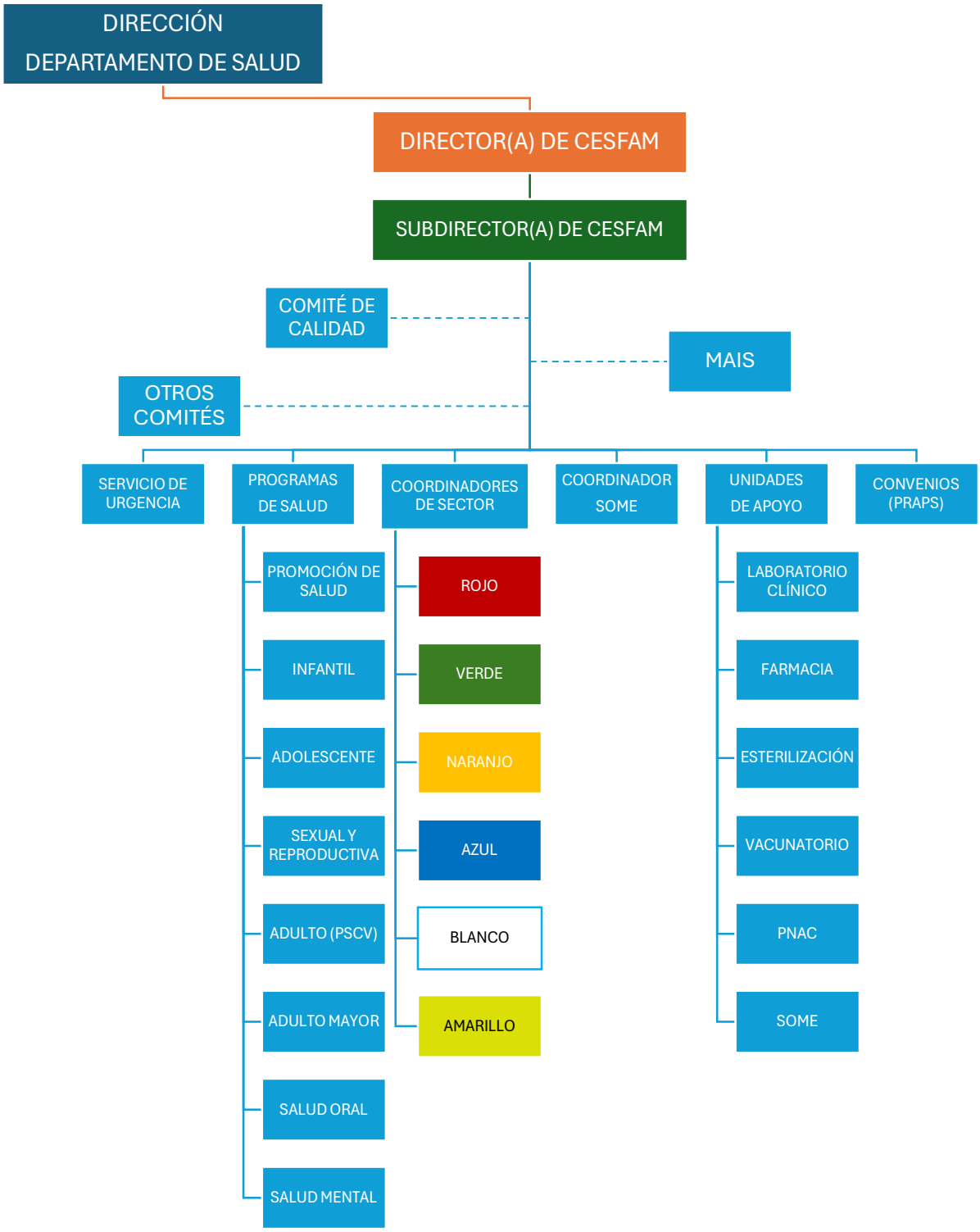
“Asumir con seriedad y rigurosidad el cumplimiento de las labores asignadas alineadas con el compromiso de la institución y actuando con autocrítica y disciplina”.

# ORGANIGRAMAS INSTITUCIONALES

## DEPARTAMENTO DE SALUD



## CESFAM LAS CABRAS Y POSTAS RURALES



# DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

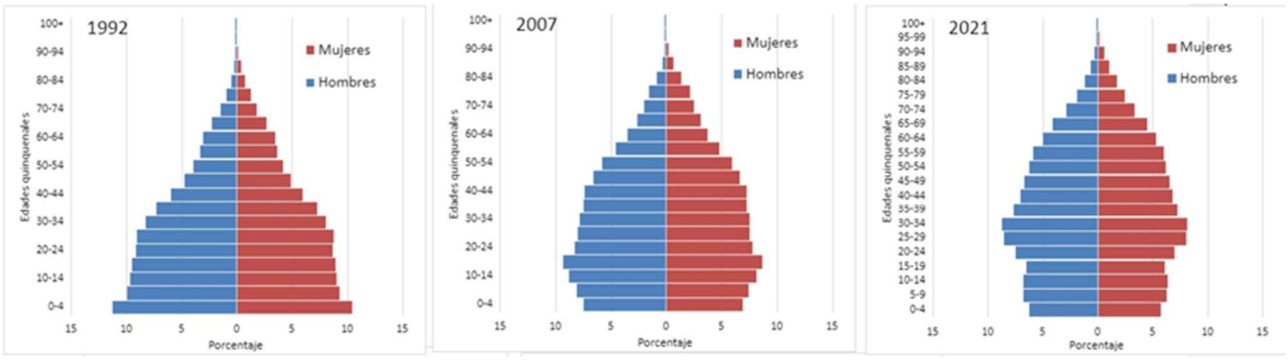
## ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

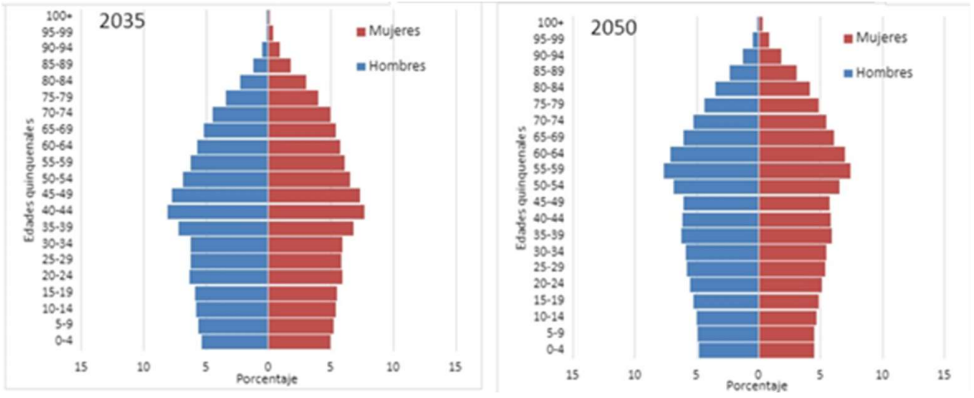
Nuestra comuna de Las Cabras posee según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, una población total proyectada INE de 27.749 (año 2024) habitantes. La distribución de la población por género indica que el 49,4% corresponde a mujeres y el 50,6% a hombres, con una distribución del 59.5% sector rural y un 40.5% sector urbano.

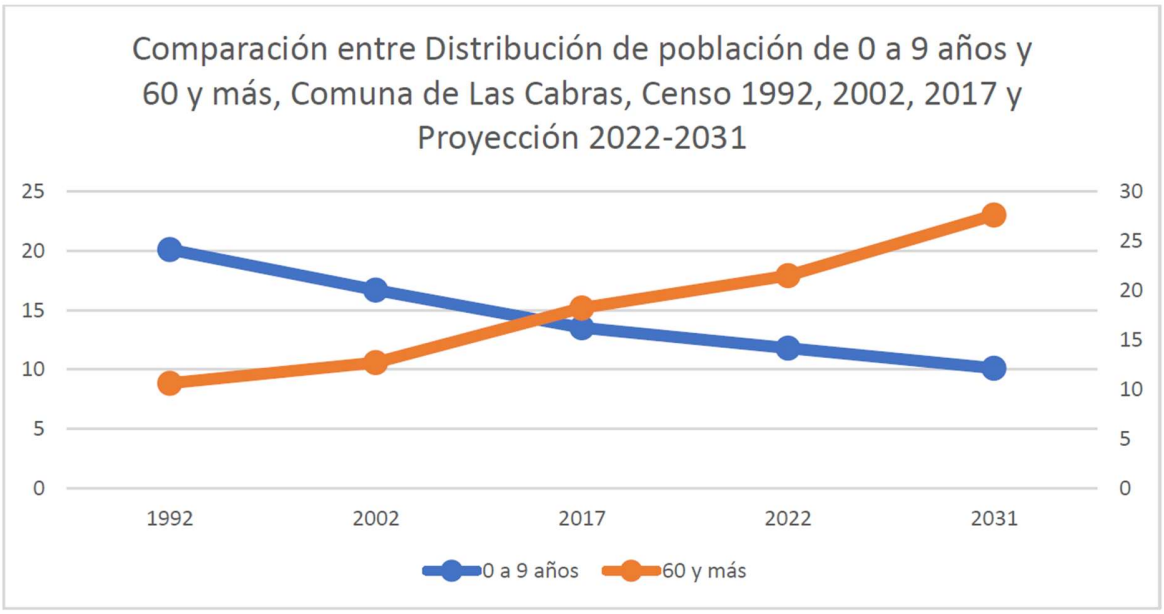
Del total de población comunal según INE (27.749), más del 100% corresponde a población inscrita en nuestro CESFAM y validada por FONASA a través del per cápita que equivale a 28.871 usuarios.

Siguiendo la tendencia mundial de los países desarrollados y en vías de desarrollo nuestro país está en un periodo de transición demográfica, al igual que la comuna, como se evidencia en las siguientes pirámides poblacionales, en las cuales se refleja el estancamiento de la natalidad y aumento de expectativa de vida, lo que lógicamente produce un incremento de la población adulto mayor. En los cuadros siguientes se demuestra en el primero el estancamiento de la natalidad y aumento de expectativa de vida de manera comparativa en tres periodos. En el segundo cuadro se demuestra de manera porcentual el aumento de la población adulto mayor en el país lo cual va en directa relación con nuestra realidad local.

**Cuadro 1**






La presencia de pueblos originarios dentro de la comuna se encuentra representada mayoritariamente por la etnia mapuche y en menor número Aymará y Quechua, no aparecen datos de otras etnias en nuestros registros. Estos pueblos corresponden al 1.8% de la población inscrita a nivel comunal. Es importante destacar que los datos obtenidos sobre las etnias se realizan a través de entrevista directa de acuerdo con la percepción de pertenencia que refiera de manera voluntaria el usuario entrevistado.

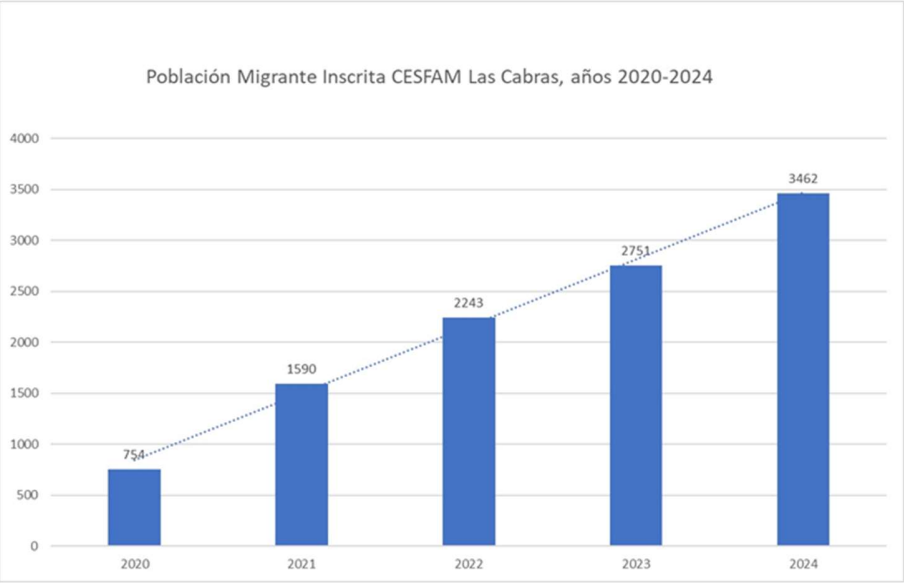
| ETNIA | INSCRITA PERCÁPITA |
|---|---|
| Aymará | 9 |
| Mapuche | 516 |
| Quechua | 6 |
| **TOTAL POBL. INDÍGENA** | **531** |

Fuente: Inscripción Percápita 2024.

Otro factor demográfico importante que se ha ido presentando durante estos últimos años, ha sido la migración al país de personas de diferentes nacionalidades latinoamericanas. De manera especial podemos nombrar a Bolivia, debido a la gran barrera cultural que presentan los migrantes de este país. Esta realidad no está alejada se nuestra realidad comunal, en la siguiente tabla podemos ver cómo se distribuyen los migrantes en nuestra comuna.

| Nacionalidad | Inscripción Per Cápita |
|---|---|
| Argentina | 23 |
| Boliviana | 1.446 |
| China | 12 |
| Cubana | 12 |
| Ecuatoriana | 110 |
| Europea | 8 |
| Otras nacionalidades | 705 |
| Otros países latinoamericanos | 881 |
| Peruana | 265 |
| **Total** | **3.462** |

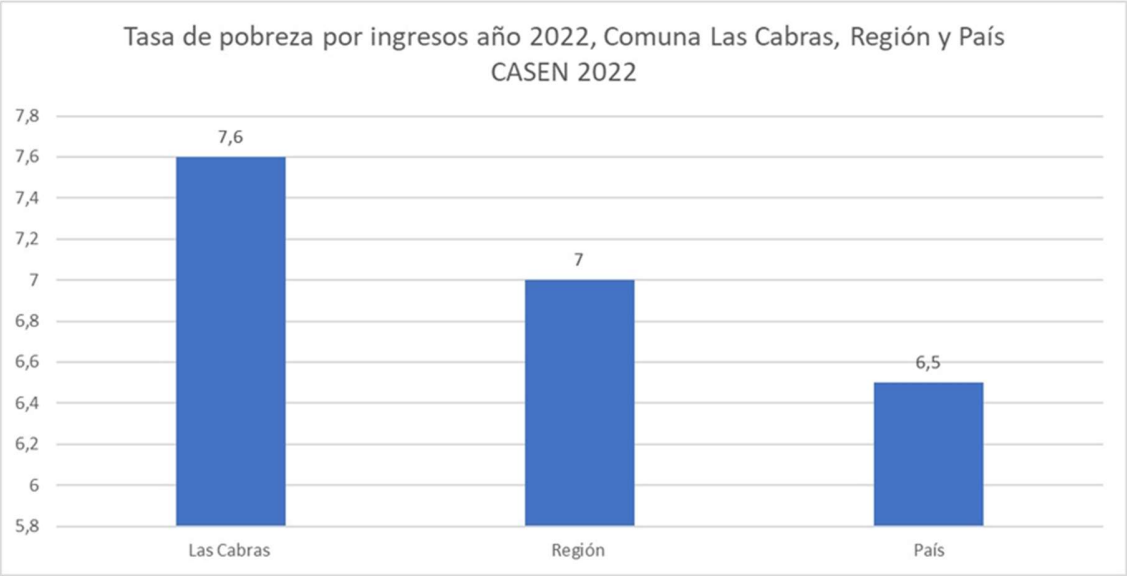
Fuente: Inscripción Percápita 2024.

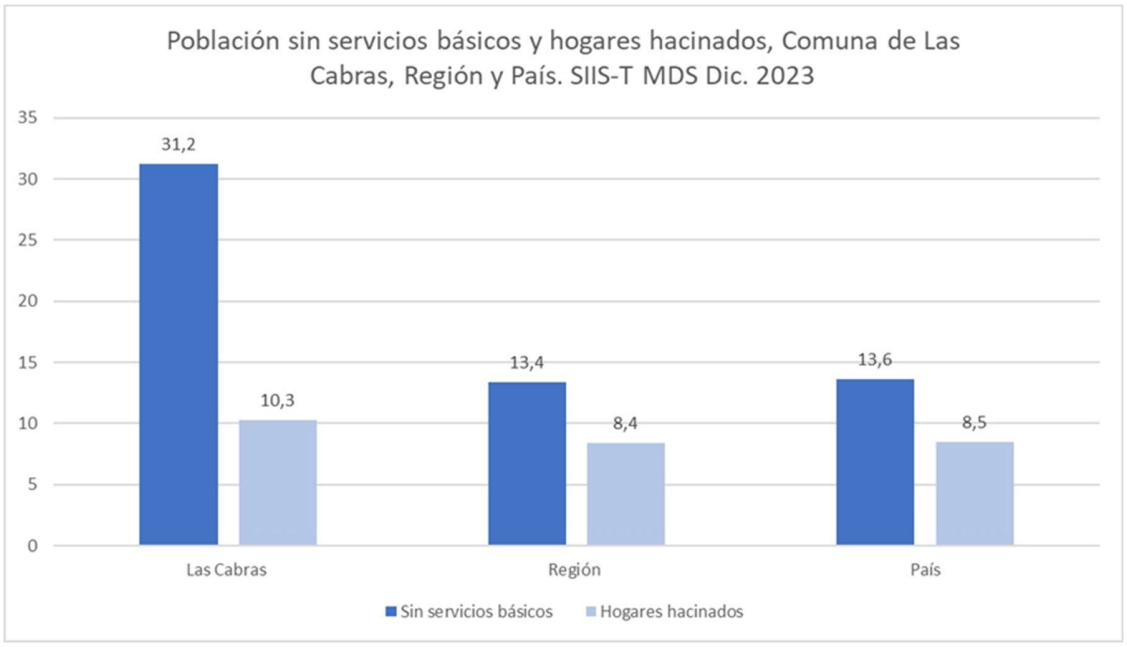



Podemos observar un aumento significativo de más 4.5 veces de la población migrante inscrita en nuestro CESFAM desde el año 2020.

## ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES

Según encuesta CASEN del 2022, la comuna posee un 7.6% de pobreza por nivel de ingresos, que se encuentra por sobre el nivel regional y país. En relación con el nivel de escolaridad esta indica que la comuna posee una tasa de 9,4 bajo los niveles regional y nacional. La participación laboral de hombres es de 70, 9% a diferencia de las mujeres que solo alcanza un 29,7. (57,3% total).




La calidad de las viviendas de la comuna es de 78% aceptable y 22% precaria, bajo los niveles nacionales (86,95, 13,1% respectivamente). Los índices de saneamiento son aceptables 55,8%, deficitarios 44,1% Bajo las condiciones a nivel país (83%; 16,9% respectivamente).

La comuna cuenta con un importante número de organizaciones sociales, lo que demuestra el alto grado de organización comunitaria que posee, existen organizaciones de tipo territorial, las juntas de

vecinos (68) y organizaciones de tipo funcionales como clubes deportivos (35), clubes de adulto mayor (40), clubes juveniles (6) y otras instituciones (120). En Las Cabras hay plazas activas financiadas por el municipio y departamento de salud, siendo 6 en la zona urbana y 8 en la zona rural.

En la comuna existe un CESFAM ubicado en la zona urbana, la distancia de las localidades rurales son las siguientes:

| Sector | Distancia en Kilómetros |
|---|---|
| Cabaña Blanca | 3 |
| Santa Julia | 6 |
| El Carmen* | 9 |
| Lago Rapel | 14 |
| El Manzano* | 17 |
| Llallauquén* | 19 |
| Las Balsas | 24 |
| El Estero | 25 |
| Valdebenito | 33 |
| Santa Inés* | 36 |
| Los Quillayes** | 90 |
| Quilicura | 8 |
| Santa Eugenia | 11 |
| La Cebada* | 13 |
| Los Aromos | 15 |
| El Durazno* | 20 |
| Cocalán* | 18 |
| El Parrón | 20 |
| La Panchina* | 22 |

* Sectores de la comuna que cuentan con Posta de Salud Rural.

** Sectores de la comuna que cuentan con Estación Medico Rural.

En las Postas de salud, el equipo realiza rondas semanalmente, esto se realizó hasta el primer semestre del 2021, desde el segundo semestre se implementó la nueva sectorización con médico de forma permanente en todas las postas de nuestra comuna, más todo el equipo profesional que lo acompaña esto es, enfermera, matrona, nutricionista, kinesiólogos, psicólogos, aumentando las atenciones y prestaciones, como ejemplo, antes cada posta tomaba una vez al mes exámenes de laboratorio, hoy se realizan una vez por semana, a la estación médico rural de Los Quillayes se iba dos veces al mes, hoy se realizan rondas semanales.

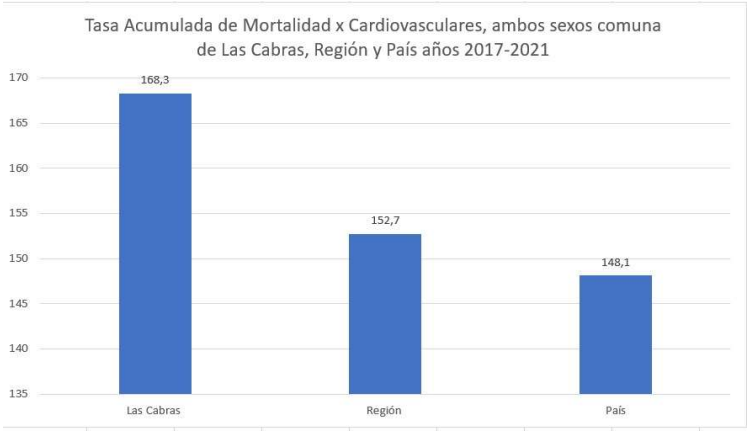
# ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

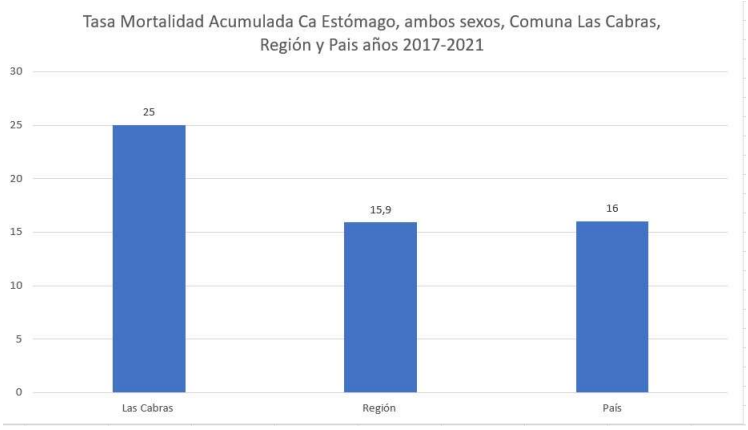
## Morbilidad y Mortalidad

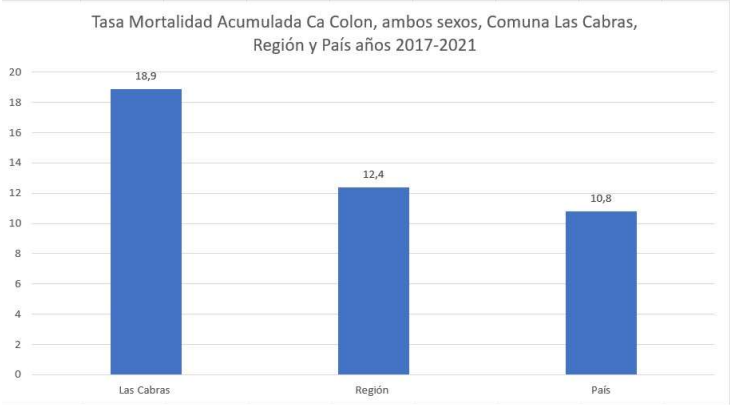
### Condiciones mórbidas en población bajo control

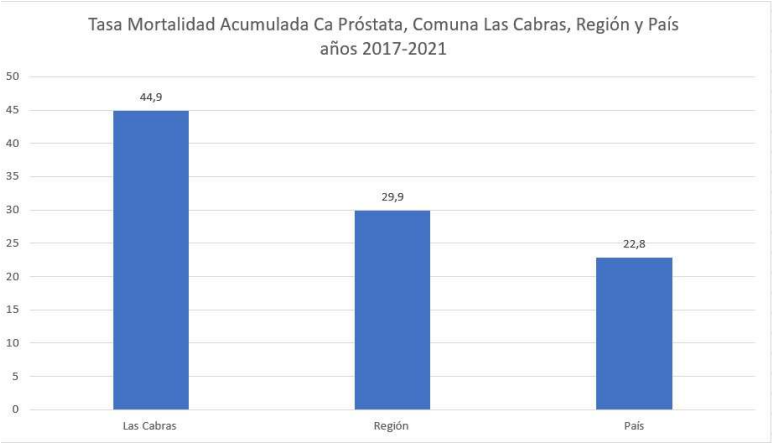
| Patología | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hipertensos | 3.014 | 3.169 | 3.453 | 3.643 | 4.007 | 3.679 | 4.055 |
| Diabéticos | 1.532 | 1.614 | 1.749 | 1.810 | 2.040 | 1.998 | 1.287 |
| Dislipidémicos | 864 | 887 | 991 | 1.054 | 1.772 | 1.752 | 1.855 |
| Tabaquismo | 191 | 227 | 262 | 285 | 313 | 287 | 336 |
| Depresión leve | 118 | 201 | 67 | 58 | 44 | 41 | 59 |

Fuente: Unidad de Estadística CESFAM Las Cabras






## Estado nutricional población infantil

| Estado | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desnutrido | 0.2% | 0.3% | 0.3% | 0.3% | 0.4% | 0.5% | 0.7% |
| Riesgo de desnutrir | 3.2% | 3.6% | 2.9% | 3.2% | 4.4% | 4.0% | 4.5% |
| Obeso | 14.7% | 14.7% | 13.5% | 14.3% | 16.4% | 18.0% | 13.9% |
| Sobrepeso / R. Obesidad | 20.4% | 23.0% | 22.1% | 23.2% | 26.4% | 22.8% | 22.3% |
| Normal | 60.8% | 58.3% | 59.5% | 57.2% | 52.5% | 54.7% | 58.7% |

Fuente: Unidad de Estadística CESFAM Las Cabras

## Motivo Consultas Médicas

| Tipo de Consulta | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IRA Alta | 2.236 | 1.629 | 1.249 | 302 | 185 | 370 | 2.528 |
| SBO | 214 | 209 | 110 | 13 | 7 | 70 | 243 |
| Neumonía | 87 | 78 | 76 | 12 | 3 | 11 | 50 |
| Asma | 82 | 81 | 58 | 22 | 29 | 56 | 105 |
| EPOC | 33 | 34 | 29 | 19 | 21 | 25 | 54 |
| Otras respiratorias | 590 | 617 | 292 | 71 | 40 | 67 | 673 |
| Obstétricas | - | 1 | 4 | 14 | 8 | 2 | 9 |
| Ginecológicas | 1 | 3 | 4 | 12 | 1 | - | 11 |
| Salud Mental | 270 | 158 | 180 | 184 | 1.047 | 1.176 | 755 |
| Cardiovascular | - | 44 | 179 | 278 | 344 | 848 | 1.366 |
| Otras morbilidades | 13.573 | 15.443 | 14.963 | 11.468 | 15.860 | 22.147 | 20.286 |
| **Total Patologías** | **17.086** | **18.297** | **17.144** | **12.395** | **17.545** | **24.772** | **26.080** |

Fuente: Unidad de Estadística CESFAM Las Cabras

# ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO DE SALUD

La comuna presenta un total de 27.749 habitantes según proyección 2024 (INE). La población inscrita validada en nuestro CESFAM asciende a 28.871 usuarios, lo que representa un 104% del total de habitantes, según datos obtenidos del per cápita del establecimiento de salud a septiembre de 2024. De lo anterior, se desprende que, la totalidad de la población tiene como primera opción de acceso a la salud a nuestro CESFAM, contar por sobre el 100% de inscritos, se debe a que la proyección INE se realizó el año 2017, sin considerar la gran cantidad de migración ciudad-campo que se produjo durante la pandemia 2020-2022, lo que ha generado un aumento considerable en nuestros inscrito y por ende en nuestra carga asistencial.

La distribución de la población según el rango etario se encuentra principalmente en la población considerada como adulta alcanzando a un 75,2% del total de inscritos en el CESFAM, cuyo valor coincide con lo proyectado por el INE a nivel regional. Es importante destacar que la población de adultos mayores va en constante aumento siguiendo la tendencia nacional y de los países desarrollados y en vías de desarrollo, alcanzando actualmente a un 16.7 %.

En cuanto a la distribución geográfica de la población de la comuna, esta se concentra principalmente en zonas rurales siendo un 59.5% del total, esto coincide con la realidad de la comuna, ya que el único centro urbano es la ciudad de Las Cabras, siendo el resto de la comuna rural, solo con pequeños asentamientos en distintos sectores mayormente periféricos de la comuna.

La presencia de pueblos originarios dentro de la comuna está representada por la etnia Mapuche y Aymará, quienes se encuentran principalmente en el sector de Santa Inés, según información obtenida del per cápita de nuestro CESFAM. Es importante mencionar que un alto porcentaje de población flotante de pueblos originarios realiza labores de temporada en trabajos de tipo agrícola, sin embargo, no existe información oficial respecto a la cantidad de población flotante.

De los datos obtenidos desde el departamento de estadísticas del establecimiento, se observa que a través de los años persiste un aumento permanente de enfermedades cardio vasculares (ECV), como hipertensión (HTA) y diabetes tipo II (DMII) y dislipidemias DLP, salvo el año 2022, que se aprecia una baja en la tendencia, esto se explica ya que durante este año se realizó una actualización y revisión de la población bajo control de todas las enfermedades crónicas, depurando la población y quedando sólo los usuarios que estén activos en los distintos programas de control crónico.

Este año, quisimos dar énfasis en los distintas patologías que tienen altas tasas de mortalidad en nuestra comuna y que incluso se encuentran por sobre las tasas regionales y del país, destacan la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago, cáncer de colon y cáncer de próstata, este último, lo quisimos abordar ya que no existe ninguna política preventiva respecto a esta enfermedad a nivel de salud pública y como una acción concreta desde el año 2024 se implementaron exámenes preventivos para todo los hombre por sobre 40 años de edad o menores de 40 años con antecedentes familiares o clínicos sugerentes de esta patología

En relación con el programa de salud infantil, en la población bajo control menor de 6 años, se puede observar que los porcentajes de niños eutróficos se mantienen durante los últimos cinco años y, por otro lado, el porcentaje de obesidad va en alza en relación con los años anteriores, lo que concuerda con la tendencia nacional. Por lo anterior, el equipo ha decidido potenciar las estrategias actuales, dándole mayor énfasis a las actividades de promoción y prevención, involucrando a la familia y entorno.

# DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2024

## Introducción

El Diagnóstico Participativo es una instancia para que los equipos de salud puedan contactarse con la comunidad, y abrir espacios para el encuentro y el dialogo, en materias de interés común con sus usuarios. Es el primer eslabón en un proceso de planificación de Plan de Salud.

El diagnóstico participativo es una herramienta fundamental para identificar necesidades, problemas y recursos de una comunidad desde la perspectiva de sus propios integrantes. Al involucrar a la comunidad en el proceso de diagnóstico, se promueve un análisis colectivo y colaborativo que permite

comprender mejor la realidad local y priorizar intervenciones que respondan a las necesidades específicas del grupo. Este enfoque fomenta el sentido de pertenencia, empoderamiento y corresponsabilidad, factores clave para asegurar el éxito y sostenibilidad de futuras acciones.

## Metodología

En esta instancia participaron el director de CESFAM, los coordinadores de Sector y Profesionales del Centro de Salud Familiar Las Cabras y Postas Rurales, cuyo objetivo fue identificar y priorizar la solución de problemas de salud en conjunto a líderes comunitarios, dirigentes sociales y ciudadanía en general, agentes claves de la comunidad de Las Cabras.

**METODOLOGÍA DE TRABAJO:** Cada coordinador de sector y su equipo de trabajo, invita a líderes comunitarios de distintas áreas y organizaciones sociales de nuestra comuna, a una jornada de trabajo de análisis práctico, en donde se generan a través de focus group una lista de los problemas más importantes identificados y propuestos por la comunidad, estos son posteriormente priorizados y se buscan en conjunto soluciones, construyendo nuevas propuestas de mejora a aquellos problemas que aún no han logrado un nivel de solución completo.

El método de trabajo de la jornada de diagnóstico participativo que se utilizó es el siguiente:

1. Presentación: El equipo de salud se presenta al grupo, se solicita a cada participante que se presente diciendo su nombre y a qué institución, organización comunitaria o sector que representan.
2. Exposición: “APS, CESFAM y Red de Salud O’Higgins”.
3. Exposición: “Qué es Diagnóstico Participativo” definiciones y priorización de problemas. Donde se explica la metodología de trabajo.
4. Trabajo en equipo: Los asistentes agrupados según su sector, elaboran una lista de los problemas más importantes de salud que ellos identifican en la comunidad y que pueden ser abordados por actores locales.
5. La lista de problemas es presentada por un representante de cada sector a todos los asistentes.
6. La lista general de problemas es priorizada según Matriz decisional-Método de Hanlon, considerando 4 variables, graduadas en puntos de 1 a 5, donde se explica a continuación:

| CRITERIO | CONCEPT0 | EN PALABRAS SIMPLES | PUNTUACIÓN |
|---|---|---|---|
| **Magnitud** | Frecuencia, relevancia del tema en términos de morbilidad o mortalidad. | Que tan probable es que enferme o muera a causa del problema. | 1 a 5 puntos<br>Donde 1 es poco y 5 es demasiado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Trascendencia** | Significa el impacto que el problema tiene en la salud de la población. | A cuantas personas de la comuna les afecta este problema de salud. | 1 a 5 puntos<br>Donde 1 es poco y 5 es demasiado |
| **Vulnerabilidad** | Refleja la posibilidad que el equipo cree tener de modificar el problema, eliminarlo o disminuirlo. | Como vecinos creemos que podemos resolver este problema. | 1 a 5 puntos<br>Donde 1 es poco y 5 es demasiado |
| **Costo/Beneficio** | Señala la posibilidad o no de contar con los recursos necesarios para influir sobre el problema. | Como vecinos disponemos de herramientas y/o recursos al problema. | 1 a 5 puntos<br>Donde 1 es poco y 5 es demasiado |

7. En esta oportunidad durante la priorización y exposición de las problemáticas de cada grupo, los asistentes realizaron algunas propuestas de soluciones para los problemas expuestos.

## SECTOR VERDE

### Ejecución

Realizado el viernes 3 de mayo de 2024, a las 18:00 horas, en sede Junta de Vecinos Vicente San Martin, Las Cabras.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N°1**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total | Posible solución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | | |
| 1 | Más horas dentales | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | 1 Médico dental atienda todo el día urgencias |
| 2 | Más horas de salud mental (psicólogos) | 5 | 5 | 4 | 3 | 17 | Contratar más psicólogos |
| 3 | No hacer fila para tomar hora de médicos para adultos mayores | 4 | 5 | 4 | 1 | 14 | Llamada por teléfono o agendar en horario diferido a adultos mayores |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Más visitas de Médicos a domicilio (postrados) | 3 | 4 | 4 | 5 | 20 | Más Médicos en practica |
| 5 | A pacientes crónicos llamen más seguidos por recetas | 4 | 4 | 4 | 1 | 13 | Sea en todos los controles o avisen a tiempo |
| 6 | Siempre haya una 3ra ambulancia activa (urgencias) | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Tener un conductor de llamado |
| 7 | Farmacia popular atienda todo el viernes | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 | Horario extensión los viernes |
| 8 | Tener equipo para sacar radiografías | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Muy necesario |

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N°2**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total | Posible solución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | | |
| 1 | Horas pérdidas | 4 | 5 | 4 | 1 | 14 | Confirman telefónicamente la asistencia de los pacientes |
| 2 | Sedentarismo | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Aumentar actividades físicas participativas en la comunidad y que no sea solo cuando se celebra el día de la actividad física. |
| 3 | Aumentar educación sobre alimentación saludable en establecimientos educacionales | 5 | 5 | 3 | 5 | 18 | Talleres, actividades recreativas, etc. |
| 4 | Aumentar educación por parte de distintos profesionales de la salud en establecimientos educacionales , Matrona, T.O., Nutricionista | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Talleres educativos de más profesionales de la salud para la población escolar |
| 5 | Mejorar horas médicas y dentales | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Poner personal idóneo para que se preocupe solo de dar horas medicas mensuales |
| 6 | Mejorar protocolo de salud mental | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Poner atención a las personas que explican el poque van y no inyectar cualquier medicamento |
| 7 | Embarazos infantiles | 4 | 5 | 5 | 5 | 19 | Que las madres no le den tanta libertad a sus hijos o ponerlos en manos de profesionales matrona o ginecólogos. |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

### Grupo N°3

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total | Posible solución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | | |
| 1 | Necesidad de disminuir tiempo de espera (urgencia) | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Gestión municipal (Darle prioridad en consejo municipal) |
| 2 | Aclarar forma de solicitar horas online | 3 | 3 | 4 | 4 | 14 | Difusión forma de realizar solicitud horas online |
| 3 | Aglomeración entrada CESFAM (temprano) falla seguimiento | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 | Gestionar recursos municipales para techo |
| 4 | Abran más temprano dependencias CESFAM (personas llegan 6 AM) | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | Podría ser que guardia o nochera abriera más temprano CESFAM, resguardar a las personas |
| 5 | Gran cantidad de personas (enfermedad salud mental) | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 | Gestionar llegada de psiquiatra en CESFAM |
| 6 | En los colegios necesidad charlas Terapeuta Ocupacional | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | Sugerencia en los Colegios visitas de Terapeuta Ocupacional para padres e hijos |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

### Grupo N°4

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total | Posible solución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | | |
| 1 | Negligencia atención infarto al miocardio | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Derivación rápida y oportuna |
| 2 | Falta locomoción para Hospital | 5 | 4 | 5 | 5 | 19 | Falta locomoción directa que lleven a Hospital |
| 3 | Horas medicas adultos mayores | 4 | 4 | 5 | 5 | 18 | Seguimiento horas |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

### Grupo N°5 Quilicura

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total | Posible solución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | | |
| 1 | Falta de terapia, hora de rehabilitación | 5 | 5 | 2 | 5 | 17 | Aumentar horas de profesionales y taller para adultos mayores |
| 2 | Viajar a hacer radiografías, lentes, mamografías | 5 | 5 | 2 | 5 | 17 | Que el convenio se realizará en la comuna de Las Cabras |
| 3 | Aumento de horas dentales y medicas | 5 | 5 | 2 | 5 | 17 | Cupos reservados para Quilicura, talleres de colegios para cuidados a los niños (dental) |
| 4 | Locomoción, no hay locomoción pública | 5 | 5 | 2 | 5 | 17 | Furgón de acercamiento |
| 5 | Horas médicas para adultos mayores se dan muy temprano y no quedan | 5 | 5 | 4 | 4 | 19 | Entregar las horas más tarde para los adultos mayores |
| 6 | Que las personas no son amables (salvo la señora Paty les da solución) | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | Cambiar las personas del SOME salvo la señora Paty |
| 7 | Hay muchos adultos mayores, solo visitan las juntas de vecinos | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | Aportar desde la junta de vecinos al traslado de adulto mayor junto a la comunidad |
| 8 | Que vuelva la clínica móvil dental | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 | Que vaya a diferentes sectores de la comuna, no solo a postas |

# Análisis

Este análisis permite desarrollar un plan de acción integral y orientada a las necesidades específicas de cada sector de la comunidad, aumentando la efectividad de los recursos y servicios disponibles.

Análisis por Grupo de Prioridades

**Grupo 1 - Necesidades Dentales, Salud Mental y Urgencias**

Puntos más destacados: La necesidad de atención en urgencias y visitas médicas a domicilio fueron las más críticas, cada una con 20 puntos. La urgencia de contar con una tercera ambulancia y un equipo radiográfico reflejan la necesidad inmediata de mejorar la capacidad de respuesta en emergencias.

Conclusión de Grupo: Este grupo muestra la importancia de aumentar horas de profesionales en áreas como salud mental y dental, con soluciones prácticas como más contrataciones. Existe una demanda de mayor cobertura en atención a domicilio, lo cual podría cubrirse con médicos en práctica.

**Grupo 2 - Educación y Salud Preventiva**

Puntos más destacados: Sedentarismo y educación en alimentación saludable tuvieron máxima prioridad (20 puntos), mostrando que hay una percepción fuerte de que la prevención y la educación son pilares esenciales para la salud comunitaria.

Conclusión de Grupo: Las actividades educativas en salud podrían tener un impacto significativo, ya que abordan problemas crónicos a largo plazo. La implementación de programas en establecimientos educacionales con profesionales de salud diversos parece ser una estrategia óptima para este grupo.

**Grupo 3 - Gestión de Tiempo y Aglomeración**

Puntos más destacados: La necesidad de reducir tiempos de espera en urgencias obtuvo 20 puntos, mientras que la apertura temprana de las dependencias del CESFAM alcanzó 19 puntos, destacando la importancia de mejorar la gestión y el acceso temprano.

Conclusión de Grupo: Hay una clara necesidad de ajustar la apertura de servicios y gestionar el flujo en áreas comunes del CESFAM. La implementación de un sistema digital de reserva de citas y mayor atención temprana serían estrategias beneficiosas para este grupo.

**Grupo 4 - Casos Críticos y Movilidad**

Puntos más destacados: La necesidad de atención rápida en casos de infarto y la mejora en la disponibilidad de locomoción hacia el hospital obtuvieron puntajes altos (20 y 19 puntos, respectivamente).

Conclusión de Grupo: La capacidad de respuesta en emergencias graves y la logística de traslado hacia centros de atención secundaria son áreas que requieren intervención inmediata. La solución apunta hacia el fortalecimiento de la red de emergencias y movilidad.

**Grupo 5 - Quilicura y Servicios Especializados**

Puntos más destacados: Destaca la demanda de la clínica móvil dental y la necesidad de servicios en la misma comuna para evitar traslados, ambos con puntajes máximos (20 puntos).

Conclusión de Grupo: Es crucial descentralizar servicios y facilitar el acceso a tratamientos básicos en la misma comunidad de Quilicura. La ampliación de horas de profesionales para rehabilitación y acceso a servicios especializados ayudaría a mitigar estas necesidades.

## Conclusión

La matriz de priorización revela una demanda elevada en:

1. Atención de Emergencia y Reducción de Esperas, donde la disponibilidad de ambulancias, médicos y mejoras en tiempos de espera son esenciales.
2. Educación y Prevención en Salud con un enfoque en la implementación de programas educativos y preventivos en alimentación y actividad física.
3. Servicios Descentralizados y Movilidad, que refleja la necesidad de evitar traslados a otras comunas y mejorar la cobertura de atención domiciliaria y transporte para atención médica.

Para una mejora efectiva, se recomienda implementar acciones escalonadas que se enfoquen primero en emergencias, seguido de la integración de programas de salud preventiva, y finalmente en optimizar la logística y accesibilidad de servicios en la comunidad. Esto contribuirá a una mejor satisfacción de los usuarios y una atención de salud más integral y accesible.

# SECTOR ROJO

**EJECUCIÓN**

Realizado el viernes 26 de abril de 2024, a las 18:00 horas, en sede Junta de Vecinos Villa La Rosa, Las Cabras.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N°1**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Inyección (inmediatas) | 2 | 2 | 3 | 1 | 8 |
| 2 | Acceso a inscripción al CESFAM | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 |
| 3 | Toma de muestra (sin hora) y prestación exámenes en la comuna | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| 4 | Saber cantidad de horas dental por sector | 2 | 4 | 1 | 2 | 9 |
| 5 | Tomas de hora adulto mayor | 3 | 4 | 2 | 3 | 12 |
| 6 | Información más clara de cada profesional | 2 | 2 | 3 | 1 | 8 |
| 7 | Fijar cantidad de cupos | 2 | 4 | 1 | 3 | 10 |
| 8 | Falta salas de espera | 2 | 4 | 1 | 3 | 10 |
| 9 | Informar acerca de categoría de la gravedad (urgencias) | 2 | 3 | 1 | 2 | 8 |
| 10 | No hay urgencia dental c/radiología, urgencia matrona c/ecografía | 4 | 4 | 2 | 3 | 13 |
| 11 | Calidad humana de la atención a usuarios | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| 12 | Criterio del SOME | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 |

**Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:**

3) Toma de muestra sin hora y por orden de llegada y que las prestaciones de imagenología se trasladan a Las Cabras a algún privado.

7) Fijar cantidad de cupos médicos y sean todos los días los mismos o informar apenas se hace la fila los cupos disponibles con algún cartel y poner otro cartel con los doctores por sector.

10) Que haya 1 dentista y 1 matrona en urgencias, durante toda la tarde noche.

12) La cara visible del CESFAM muchas veces se toma atribuciones y opinan, no entregan información, como sugerencia ponen fotos del equipo rojo y verde visible.

**Grupo N°2**

En el diagnóstico de años anteriores fue tema la tenencia de perros callejeros y hoy podemos decir que esto ha bajado un 80% reubicándolos, esterilizándolos, todo a través de nuestra agrupación con recursos propios (90%) y solamente 1 ayuda anual del municipio que nos dura 1 mes. Entonces por eso nos enfocamos ahora en hablar de la salud de las personas encontrando 12 problemáticas.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Inseguridad en el barrio | 4 | 5 | 2 | 1 | 12 |
| 2 | Falta de pavimentación en sector | 4 | 3 | 2 | 1 | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Aumento de accidentes por exceso de velocidad | 5 | 5 | 2 | 1 | 13 |
| 4 | Falta de iluminación en vía publica | 4 | 3 | 2 | 1 | 10 |
| 5 | Mal uso de lugares de recreación (plaza) | 4 | 4 | 2 | 1 | 11 |
| 6 | Falta de poda, riesgo de accidentes | 5 | 4 | 2 | 1 | 12 |
| 7 | Falta de alcantarillado | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| 8 | Dificultad para el acceso de vehículos calle San Martín días sábado | 4 | 2 | 2 | 1 | 10 |
| 9 | Acopio basura y horarios | 3 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 10 | Veredas en mal estado | 5 | 3 | 2 | 1 | 11 |
| 11 | Baja participación de AM en actividades por enfermedades, falta de red de apoyo | 5 | 4 | 4 | 2 | 12 |
| 12 | Mucho tiempo de espera en el llamado para la hora de atención post exámenes, horario muy temprano para solicitud de horas | 5 | 5 | 2 | 1 | 13 |

**Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:**

1) Aumentar fiscalización por autoridades.
2) Comunicar problemática a autoridades.
3) Aumentar fiscalización por autoridades.
4) Comunicar problemática a autoridades.
5) Aumentar fiscalización por autoridad (municipalidad, carabineros, seguridad pública). Inseguridad en las plazas, consumo de drogas, sexo en vía pública (adolescentes), hablar a la autoridad, dejar denuncias para estadísticas de carabineros.
6) Comunicar la problemática a JJ VV para que gestione poda con CGE.
7) Comunicar problemática a autoridad.
8) Comunicar a autoridad para buscar otro lugar de feria.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N°3**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Cantidad de adultos que no participan en clubes | 3 | 4 | 4 | 5 | 15 |
| 2 | Vida sana, recreación, falta de espacios | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 3 | Salud mental, más horas con especialistas | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 |
| 4 | Nutricionista horas | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 |
| 5 | Problemas aplicación para sacar horas | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 |
| 6 | Urgencia diagnósticos erróneos | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Desconocimiento en programas dentales, horas | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 |
| 8 | Radiografías en caso de accidentes | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| 9 | Fondo de ojo mas operativo | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 10 | Información para diagnostico para geriatra, adulto mayor | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| 11 | Doctor derivación a especialistas | 4 | 3 | 3 | 4 | 14 |
| 12 | Disminución de las filas en la intemperie | 3 | 3 | 4 | 5 | 15 |

**Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:**

1) Dar charlas con adultos mayores, informar por radio, junta de vecinos.
2) Más actividades deportivas, corridas, etc.
3) Contratar otro profesional (salud mental).
4) Charlas a adultos mayores, junta de vecinos.
5) Teléfono red fija para tomar horas.
6) Un doctor fijo especializado en diferentes áreas.
7) Información por tv CESFAM, radio.
8) Convenios con centros médicos de la comuna.
9) Hacer o convenir para otros operativos.
10) Charlas para saber inicio, síntomas, etc.
11) Tener convenio para la comuna u otra.
12) Dar información por pantalla CESFAM, afiche, radio, según morbilidad o patología para ir horario acorde.

## Análisis

La matriz de priorización de los problemas identificados en tres mesas de trabajo refleja las diversas necesidades y preocupaciones de la comunidad, agrupadas principalmente en dos grandes áreas: **infraestructura y seguridad comunitaria** (Mesa 1) y **salud pública** (Mesas 2 y 3). A continuación, se hace un análisis detallado de los datos y las propuestas de solución:

**Grupo N° 1: Infraestructura y Seguridad Comunitaria**

Los problemas principales detectados en esta mesa se relacionan con la inseguridad, el aumento de accidentes, y las condiciones inadecuadas en el entorno físico (falta de pavimentación, poda, iluminación, etc.). Los tres problemas con mayor puntaje total fueron:

- **Aumento de accidentes** (13 puntos): destaca por su alta magnitud y trascendencia, lo que refleja una problemática grave de seguridad vial.

- **Inseguridad en el barrio y falta de poda** (12 puntos cada uno): estos problemas afectan directamente la calidad de vida de los residentes, generando un entorno de riesgo y falta de seguridad en las áreas públicas.

En términos de costo-beneficio, los problemas parecen tener soluciones que, aunque simples, requieren una coordinación con las autoridades y actores clave, como el municipio y carabineros. Las propuestas de solución apuntan a la gestión colectiva mediante juntas de vecinos, protestas y solicitudes formales, lo que refleja un enfoque participativo de la comunidad.

**Grupo N° 2: Salud Pública y Bienestar**

En esta mesa se priorizaron temas relacionados con la salud, en particular la atención a adultos mayores y el acceso a servicios de salud. Entre los problemas más graves están:

- **Diagnósticos erróneos en urgencias** (20 puntos): sugiere un problema crítico en la atención médica que podría tener consecuencias serias para la salud de la comunidad.
- **Problemas con la aplicación para sacar horas y falta de horas nutricionistas** (17 y 18 puntos respectivamente): denotan un déficit en la atención médica y en el uso de herramientas tecnológicas.

Las soluciones propuestas incluyen convenios con Centros Médicos locales y privados, y mejoras en los procesos de asignación de citas y urgencias. Además, las largas filas de espera y el mal uso de la tecnología representan barreras clave que deben abordarse mediante mejoras organizativas y tecnológicas.

**Grupo N° 3: Salud Comunitaria**

En esta mesa se abordaron problemas relacionados con la atención médica en el CESFAM y la experiencia de los usuarios:

- **Falta de urgencias dentales y de matrona** (13 puntos): representa una necesidad crítica para los usuarios.
- **Toma de muestras y acceso a inscripciones** (12 y 10 puntos): estos problemas muestran fallas en la infraestructura y en la organización de servicios médicos.

Las soluciones propuestas sugieren la mejora en la distribución de cupos, la categorización (TRIAGE) para priorizar la atención de urgencias, y una mejor comunicación entre los usuarios y los funcionarios del centro de salud.

## Conclusión

El análisis de las tres mesas de trabajo muestra que la comunidad enfrenta problemas relacionados con la **infraestructura**, la **seguridad** y la **salud pública**, que afectan de manera directa su

calidad de vida. La priorización de problemas refleja la urgencia de abordar cuestiones como la seguridad vial, la atención médica deficiente y la falta de recursos en los servicios públicos.

Las soluciones propuestas, que involucran tanto a los ciudadanos como a las autoridades locales, muestran un enfoque colaborativo, buscando mejorar la situación a través de la organización comunitaria y la gestión participativa. Se recomienda que estas propuestas se ejecuten de manera conjunta con las autoridades, fomentando la **comunicación entre comunidad y gobierno**, y priorizando aquellas soluciones que brinden beneficios rápidos y efectivos, como la mejora en el acceso a la salud y la seguridad en los espacios públicos.

## SECTOR BLANCO

### EJECUCIÓN

Realizado el viernes 27 de agosto de 2024, a las 16:00 horas, en sede Comunitaria El Manzano, Las Cabras.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N° 1**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Cantidad de cupos de morbilidad (esperas en la madrugada) | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 |
| 2 | Mejoras comunicación en urgencias (no contestan, mal atención) | 4 | 2 | 3 | 2 | 11 |
| 3 | Realización de exámenes en urgencias | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 4 | Agua potable (no hay factibilidad en el sector) | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 5 | Cambios de horas recurrentes | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 6 | Rotación de médicos | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 7 | Gimnasia rítmica para adultos mayores permanentes | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| 8 | Seguridad en temas de OH, drogas, y prostitución | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 |
| 9 | Electricidad (perjudica atención, entrega de medicamentos) | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 10 | Puntos de basura colapsados y poca rotación de camión | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 11 | Desayunos saludables (taller) | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| 12 | Aumentar servicios locomoción | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 |

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N° 2**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Más horas médicas | 3 | 4 | 3 | 2 | 12 |
| 2 | Más horas podóloga | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 |
| 3 | Más especialistas | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| 4 | Más traslado en ambulancia | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 5 | Poder pedir hora por teléfono para personas mayores | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 6 | No estoy de acuerdo que a las personas les den tantos remedios | 4 | 4 | 1 | 4 | 13 |
| 7 | Deberían preguntar si pueden comprar un remedio afuera que sea mejor | 3 | 3 | 3 | 5 | 14 |
| 8 | Los cambios de hora después de esperar tanto | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| 9 | Pocas horas para medico | 3 | 4 | 1 | 4 | 12 |
| 10 | Problema con la basura en los callejones a causa de eso llegan las enfermedades | 4 | 4 | 1 | 4 | 13 |

Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:

| • Problemática | Solución o propuesta |
|---|---|
| Horas de médicos de morbilidad | Mejoramiento de toma de hora de morbilidad, evitar las largas filas tan temprano.<br>Posibilidad de toma de hora por teléfono. |
| Falta de comunicación con urgencia, no se contesta el teléfono o suena apagado. | Mejorar gestión de comunicación |
| Acopio de basura | Aumentar frecuencia de retiro de basura |

## Análisis

Este análisis permite desarrollar un plan de acción integral y orientada a las necesidades específicas de cada sector de la comunidad, aumentando la efectividad de los recursos y servicios disponibles.

La matriz de priorización de ambos grupos presenta un conjunto de problemas variados, con necesidades urgentes en áreas de salud, comunicación, transporte, infraestructura, y manejo de

residuos. A continuación, se analizan los principales puntos de interés y se sugieren conclusiones en función de las soluciones propuestas por la comunidad.

**Grupo 1:**

El problema de los cupos de morbilidad y la necesidad de aumentar servicios de transporte presenta una alta magnitud y vulnerabilidad, con un puntaje total de 13 y 9, respectivamente. Esto indica la necesidad de mejorar los servicios de transporte para facilitar el acceso a servicios médicos y evitar las largas esperas. La comunicación deficiente en urgencias (no se contesta el teléfono y el trato es percibido como deficiente) recibió una calificación de 11 puntos. Este problema afecta la accesibilidad de los servicios de salud, sobre todo en situaciones de emergencia, lo cual puede traducirse en un menor uso de estos servicios cuando son necesarios.

En cuanto a la seguridad en torno a problemas de orden público como el uso de drogas y prostitución obtuvo una calificación de 11 puntos, lo cual resalta la preocupación por estos factores que influyen en la calidad de vida de la comunidad.

La falta de agua potable en ciertos sectores y los cortes de electricidad también fueron destacados como problemáticos, obteniendo 12 y 8 puntos. Estas deficiencias afectan la calidad de vida y la capacidad de respuesta de los servicios médicos, que dependen de una infraestructura estable.

**Grupo 2:**

La demanda por más horas médicas y de especialistas es uno de los temas más importantes, con un puntaje de 12 para "más horas médicas" y 10 para "más especialistas." La comunidad siente que no se cuenta con la cantidad de horas de atención médica suficientes, lo cual afecta a la población que requiere servicios continuos y específicos.

La opción de pedir horas por teléfono es especialmente importante para personas mayores y aquellas con movilidad limitada, facilitando su acceso al sistema de salud.

La acumulación de basura en los callejones y la falta de una adecuada frecuencia de recolección representan un riesgo sanitario y ambiental, sumando 13 puntos. Este problema se relaciona con la percepción de inseguridad y los posibles problemas de salud derivados de la acumulación de residuos.

## Conclusión

Los datos indican una necesidad de aumentar las horas de atención médica y los recursos en especialidades para ambas comunidades, lo cual debe ir acompañado de opciones accesibles como la solicitud de horas por teléfono. Esto optimizará el acceso de la población a servicios de salud y reducirá tiempos de espera y largas filas.

La mejora en la gestión de comunicación de urgencias es prioritaria, ya que facilita la asistencia médica en situaciones críticas.

Las soluciones propuestas, como la implementación de la toma de horas telefónica, aumento de la frecuencia de recolección de residuos y mayor seguridad en temas de orden público, son prácticas y abordan problemas específicos planteados por la comunidad. Implementarlas puede mejorar significativamente la calidad de vida y percepción de seguridad en estos sectores.

Priorizar estas soluciones, considerando la factibilidad de implementación y la opinión de la comunidad, contribuirá a un entorno más seguro y saludable, con servicios de salud más accesibles y mejor infraestructura básica.

## SECTOR NARANJO

### EJECUCIÓN

Realizado el viernes 5 de julio de 2024, a las 18:00 horas, en sede comunitaria Agua Potable Rural Tuniche, La Panchina, Las Cabras.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N° 1**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Más horas médicas | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| 2 | Horas dentales en nuestras postas | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |
| 3 | Podólogas no tan solo para diabéticos también para adultos mayores | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 4 | Terapeutas ocupacionales para adultos mayores | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| 5 | Más atención y exámenes a domicilio para adultos mayores | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 6 | Traslado para enfermos que necesitan salir de la comuna | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 |
| 7 | Que programa vida sana se implemente en las postas | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| 8 | Talleres de prevención para evitar consumo de drogas y alcohol | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 9 | Más horas de atención de psicólogo | 3 | 3 | 1 | 1 | 8 |
| 10 | Medico permanente en todas las postas | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Reformar atención en invierno para enfermedades respiratorias | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 12 | 3er TENS para postas | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

## Grupo N° 2

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Necesitamos atención en el sector AM (profesional, Tuniche) | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 2 | Atención de podóloga a todos AM en el sector | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 3 | Kinesiología y terapeuta en terreno | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 4 | Fiscalización de fertilizaciones y abonos (agricultores) | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 5 | Control de ruidos acústicos en Tuniche | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 6 | Necesidad de vehículo de acercamiento a postas (pacientes) | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 7 | Vehículo de traslado de profesionales a domicilio | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 8 | Necesidad de un SAR en Las Cabras | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 9 | 1 ambulancia en posta | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 10 | Box dental | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |
| 11 | Coordinar las horas medicas con hospitales (No atienden fono) | 5 | 5 | 5 | 1 | 16 |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

## Grupo N° 3

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Horas dentales | 5 | 3 | 4 | 5 | 17 |
| 2 | Médicos atención juntas de vecinos | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 3 | Más horas de psicólogas | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 4 | Hora de podóloga adulto mayor | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 5 | Más horas de enfermeras | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 |
| 6 | Más horas de asistente social | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 7 | Hora de nutricionistas | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| 8 | Más horas de kinesiólogo | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 9 | Actividad física en las localidades | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 10 | Actividades deportivas adultos mayores | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 11 | Toma de exámenes domicilio adultos mayores | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 12 | Personal administrativo en las postas | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |

Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:

| Problemática | Solución o propuesta |
|---|---|
| Aumentar horas dentista | Box dental fijo en sector naranjo |
| Podóloga en general | Horas podóloga en personas no DM, derivación medico (casos puntuales), atención para adultos mayores |
| Toma de exámenes a domicilio para AM | Sumar un TENS al equipo |
| Más atenciones a domicilio para AM | Hacer catastro de AM que no pueden llegar fácilmente a PSR |
| Talleres preventivos para niños y adolescentes (drogas, OH) | solicitar programa adolescente en el sector |

## Análisis

Este análisis permite desarrollar un plan de acción integral y orientada a las necesidades específicas de cada sector de la comunidad, aumentando la efectividad de los recursos y servicios disponibles. Se observa un patrón común de alta prioridad en ciertas áreas críticas de atención de salud y servicios complementarios en el ámbito de la comunidad.

Todos los grupos coinciden en la necesidad de aumentar la disponibilidad de horas médicas y la atención a domicilio, en especial para adultos mayores (AM), quienes presentan dificultades de movilidad y sin redes de apoyo. La solicitud de una ambulancia o móvil para el traslado de pacientes, por la inexistencia de transporte público en el sector, y la mejora en la coordinación de horas médicas con hospitales son demandas urgentes que afectan a varios sectores.

Existe una fuerte demanda de servicios de podología para todos los adultos mayores, horas de atención dental, de terapeutas ocupacionales y kinesiólogos para asegurar la continuidad de tratamientos. Los puntajes altos en trascendencia y magnitud demuestran que la comunidad considera estos servicios cruciales para el bienestar general.

La comunidad también demanda mayor atención psicológica y actividades de integración y salud preventiva. Actividades deportivas, físicas, y talleres de prevención enfocados en evitar el consumo de drogas y alcohol son reiterados en varios sectores como necesidad urgente para la salud mental de jóvenes y adultos mayores.

Se identifican necesidades para la mejora en los recursos de infraestructura, como la instalación de un box dental fijo, la presencia de un tercer TENS en postas, y servicios administrativos para optimizar la organización y la respuesta en atención.

La contaminación por fertilizantes y ruidos acústicos en sectores agrícolas resaltan como problemáticas que requieren la intervención de un control fiscal. Estas afectan la calidad de vida y representan riesgos ambientales que impactan a la salud general de la población.

## Conclusión

El análisis de los problemas detectados por los tres grupos permite concluir que existe la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en las postas, incluyendo la presencia de médicos, enfermeras, psicólogos y personal de apoyo administrativo. La disponibilidad de estos profesionales es esencial para abordar los problemas de salud inmediatos y crónicos de los adultos mayores, y otros grupos vulnerables de la comunidad.

La comunidad tiene una alta proporción de adultos mayores con problemas de movilidad que limitan su acceso a los servicios de salud. Las soluciones propuestas indican la necesidad de un modelo de atención integral y domiciliaria para este grupo etario, incluyendo la toma de exámenes a domicilio, talleres de actividad física y nutrición.

Los problemas de salud mental y las adicciones requieren intervenciones inmediatas, como talleres de prevención y promoción de hábitos saludables, especialmente dirigidos a niños y adolescentes. El impulso de programas de vida sana y actividades recreativas fortalecería la salud mental de la población.

La solicitud de vehículos de traslado para pacientes y profesionales, así como una ambulancia para emergencias, son necesidades críticas. Asimismo, un box dental y servicios de podología en sectores específicos ayudarían a mitigar las barreras de acceso a la atención.

La fiscalización de prácticas agrícolas y la regulación de ruido en zonas residenciales son aspectos clave para mejorar el entorno saludable de la comunidad. Esta medida es necesaria para proteger a la comunidad de la exposición a contaminantes y otros factores que afectan su calidad de vida.

# SECTOR AZUL

## EJECUCIÓN

Realizado el viernes 26 de julio de 2024, a las 18:00 horas, en sede Junta de Vecinos Santa Clarisa, Santa Inés, Las Cabras.

### Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

### Grupo N° 1 Santa Inés

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Móvil dental permanente | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 2 | Toma de electrocardiograma Santa Inés | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 3 | Deficiencia en el área tecnológica | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 4 | Afectación por herbicida (contaminación ambiental) | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 5 | Seguridad en todo sentido carabineros | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 6 | Más seguridad zona vial clarisa Santa Inés iluminación | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 7 | Más baños en la posta | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 8 | Problemática agua boldo las ciruelas santa clarisa | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 9 | Más horas de profesionales en el sector en toda área | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 10 | Más iluminación en el sector por los asaltos (Sta. Clarisa, Valdebenito, Parral) | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 11 | Más continuidad de exámenes y la ambulancia que preste servicio de noche en urgencia | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 12 | Que los controles sean todos en el mismo día para diferentes áreas | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 13 | Apoyo de tercera TENS y un administrativo para las horas Medicas | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 14 | Más talleres saludables, yoga, zumba, comidas familiares | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |

### Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

### Grupo N° 2 Llavería

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Curso o charla de cómo reaccionar ante una emergencia | 3 | 5 | 5 | 5 | 18 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Curso de yoga o relajación (salud mental) | 1 | 4 | 5 | 5 | 15 |
| 3 | Un vehículo de emergencia (ambulancia) | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| 4 | Oculistas a las postas | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| 5 | Hora dentistas | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 6 | Baile entretenido para jóvenes y adulto mayor | 2 | 4 | 5 | 5 | 16 |
| 7 | Podólogo para adulto mayor y adulto joven | 2 | 4 | 4 | 4 | 14 |
| 8 | Solicitar horas médicos por teléfono | 1 | 3 | 5 | 5 | 14 |
| 9 | Aumento en las horas médicos | 3 | 5 | 2 | 2 | 12 |
| 10 | Control del olor ambiental (guano) | 2 | 5 | 5 | 5 | 17 |
| 11 | Vigilancia carabineros por velocidad | 2 | 5 | 3 | 1 | 11 |
| 12 | Más programas entretención de jóvenes | 2 | 5 | 5 | 5 | 17 |
| 13 | Charlas vida sana, nutricionista, cocinar más sano | 2 | 5 | 5 | 5 | 17 |
| 14 | Autocuidado adulto mayor | 2 | 3 | 3 | 3 | 11 |
| 15 | Charla de administración de medicamento | 3 | 4 | 3 | 3 | 13 |
| 16 | Suministro eléctrico posta | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| 17 | Veredas en nuestras calles | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| 18 | Señal teléfono y cortes de luz | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 19 | Horas hospital presencial cambiar por correo como en pandemia hospital regional | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |

## Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon

## Grupo N° 3 Los Quillayes

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Falta de hora dental | 3 | 5 | 2 | 2 | 12 |
| 2 | Cubrir TENS en vacaciones | 5 | 5 | 2 | 2 | 14 |
| 3 | Mala conectividad móvil (señal) | 5 | 5 | 2 | 2 | 14 |
| 4 | Falta de vigilancia seguridad | 3 | 5 | 2 | 2 | 12 |
| 5 | Cubrir chofer en vacaciones | 5 | 5 | 2 | 2 | 14 |
| 6 | Falta talleres recreativos | 2 | 5 | 4 | 4 | 15 |
| 7 | Disponibilidad de ambulancia y TENS 24/7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 14 |
| 8 | Taller para adultos mayores | 1 | 3 | 5 | 5 | 14 |
| 9 | Podólogo para público general | 1 | 3 | 5 | 5 | 14 |
| 10 | Mantención poda de arboles | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 11 | Falta de ronda carabineros | 3 | 5 | 2 | 2 | 12 |
| 12 | Talleres alimentación saludable | 2 | 3 | 5 | 5 | 15 |

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo n° 4 Los Quillayes**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Sector muy aislado | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 2 | Ambulancia no disponible en horario nocturno fin de semana y feriados | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 3 | Mala conectividad | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 |
| 4 | Poca iluminación en vía pública que hace que el lugar no sea seguro | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 |
| 5 | Corte de luz y agua (callejón las minas) | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 6 | Falta de lugares de áreas verdes para recreación | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 |
| 7 | Ausencia de carabineros | 4 | 5 | 1 | 1 | 11 |
| 8 | Falta horas disponibles de dentista y médico | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 9 | Ausencia de transporte para adolescentes para ir al liceo | 3 | 4 | 1 | 1 | 9 |
| 10 | Cierre de prestaciones en EMR, cuando TENS sale de vacaciones o licencias | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| 11 | Adultos mayores con escaza red de apoyo | 4 | 5 | 3 | 2 | 12 |

Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:

**Los Quillayes:**

| Problemática | Solución o propuesta |
|---|---|
| Falta de hora dental, no se da la continuidad del tratamiento, ya que no es solo una sesión. | 2 a 3 veces al mes, controles en el mes. |
| Cuando la TENS o chofer no este, sea cubierto. | Tener personal que cubra los días que no estén los funcionarios. |
| Problemas de conectividad, señal, llamadas, internet en todos los sectores. | Poder solucionar con municipalidad y/o superintendencia de comunicaciones. |
| Tener ambulancia 24/7 en los quillayes. | Poder contar con ambulancia y TENS fuera del horario de la posta. |

**LLavería:**

| Problemática | Solución o propuesta |
|---|---|
| Curso de yoga o relajación para manejo de la salud mental | Abuelos, niños |

| | |
|---|---|
| Necesidad de ambulancia en el sector de LLavería | Para poder trasladar a pacientes a servicio de urgencia desde el sector toda la semana |
| Podóloga para adulto mayor que no sea diabético o quien lo requiera | Poder tener atención de podóloga a todos los pacientes que lo requieran |

**Santa Inés:**

| Problemática | Solución o propuesta |
|---|---|
| Móvil dental permanente | Para horas se debe ir al manzano a control y poder dar continuidad al tratamiento |
| Que los controles sean el mismo día para la misma área | Que vayan el mismo día, por problemas de permisos laborales para pedir permiso. |

## Análisis

Este análisis permite desarrollar un plan de acción integral y orientada a las necesidades específicas de cada sector de la comunidad, aumentando la efectividad de los recursos y servicios disponibles.

**Santa Inés**

Santa Inés presenta necesidades importantes en cuanto a servicios de salud y seguridad pública. Los problemas con mayor puntaje incluyen:

- La necesidad de móvil dental permanente, para mejorar el acceso a atención dental continúa.
- Exámenes en posta como electrocardiogramas y aumento de horas de profesionales en todas las áreas.
- Mejora de la infraestructura, como baños adicionales en la posta y mejor iluminación en las calles.
- Problemas ambientales derivados del uso de herbicidas y la disponibilidad de agua, lo cual es un tema de importancia dado el impacto en la salud pública.

Las soluciones propuestas en esta comunidad incluyen:

- Implementación de un móvil dental para atención más accesible, y coordinar los controles médicos en un solo día para facilitar el acceso a quienes tienen dificultades laborales para asistir en horarios dispersos.

**Llavería**

En Llavería, las principales problemáticas están relacionadas con la salud pública, la falta de infraestructura adecuada y la seguridad comunitaria. Los problemas que obtuvieron un puntaje alto incluyen:

- La necesidad de charlas de emergencia y cursos para el autocuidado, que enfatizan la educación para la salud y la prevención.
- Demandas de mejor transporte de emergencia y acceso a servicios médicos y dentales.
- Actividades recreativas y de salud mental, así como programas de nutrición para fomentar hábitos saludables.

Entre las soluciones, se destacan:

- Cursos de yoga y relajación dirigidos a diversas poblaciones, y la implementación de un podólogo para adultos mayores, lo que refuerza la atención integral en salud.
- Mejora en el acceso a transporte de emergencia para una respuesta más rápida en situaciones críticas.

**Los Quillayes**

En Los Quillayes, las principales áreas de necesidad incluyen:

- Servicios de emergencia y atención médica: falta de disponibilidad de ambulancias y servicios médicos continuos.
- Problemas de conectividad para comunicación, lo cual limita tanto la seguridad como la respuesta a emergencias.
- Inseguridad vial y deficiencia en infraestructura urbana, como iluminación pública y zonas recreativas.

Las propuestas incluyen:

- Soluciones para la falta de personal médico mediante la cobertura de TENS y choferes en sus ausencias y la mejora de la conectividad de señal móvil en todos los sectores.
- La implementación de un servicio de ambulancia y atención 24/7 en el sector de Los Quillayes, que es especialmente importante para emergencias.

**CONCLUSIÓN**

El análisis de la matriz de priorización destaca problemáticas comunes y propuestas de solución que apuntan hacia una mejora integral en la calidad de vida de los habitantes. Las principales conclusiones son:

1. Necesidad de ampliar servicios de salud: En todas las localidades, se evidencia una fuerte demanda por servicios médicos adicionales, especialmente en áreas de atención primaria, dental y mental. La implementación de soluciones como móviles dentales, atención continua y cursos de autocuidado y emergencia serían beneficiosas.
2. Mejoras en infraestructura y seguridad: Se observa una preocupación significativa por la falta de infraestructura, como baños adicionales, iluminación pública, y conectividad de servicios básicos (agua, luz, y señal de teléfono). Estas mejoras permitirían condiciones de vida más seguras y cómodas.
3. Fomento de actividades de salud mental y recreativa: En todas las comunidades se resalta la importancia de promover actividades como yoga, baile y talleres saludables, lo cual contribuye al bienestar mental y físico.
4. Respuesta rápida en emergencias: La falta de ambulancias y la cobertura insuficiente de personal médico, especialmente en zonas aisladas o rurales, representa un riesgo significativo para estas comunidades. La implementación de medidas para contar con ambulancias 24/7 y la disponibilidad de personal para cubrir ausencias es crítica para la seguridad de la población.

En resumen, los datos revelan una necesidad urgente de fortalecer la infraestructura de salud, mejorar la seguridad pública y vial, y fomentar la salud preventiva mediante actividades recreativas y educativas. La implementación de las soluciones propuestas permitirá avanzar hacia una atención más equitativa y accesible en estas comunidades.

## SECTOR AMARILLO

### EJECUCIÓN

Realizado el viernes 31 de mayo de 2024, a las 18:00 horas, en sede Agua Potable Rural LLallauquén, Las Cabras.

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N° 1**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Salud mental | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 2 | Gestión más horas medicas | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 3 | Congestión de pacientes en la misma hora | 4 | 5 | 5 | 5 | 19 |
| 4 | Entrega de alimentos de horas en 2 ventanillas | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Detectar tema ambulancia | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| 6 | Incentivar a profesionales a quedarse en la zona | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |

**Matriz de priorización. Matriz decisional – Método de Hanlon**

**Grupo N° 2**

| N° | Problema o necesidad diagnosticada | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Costo/ beneficio | Puntaje total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 a 5 puntos | | | | |
| 1 | Pocas horas medicas diarias | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 2 | Falta de transporte público (posta) | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 |
| 3 | Transporte en horario de atención | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 4 | Poco cupo especialista | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 5 | Poco cupo | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 6 | Urgencia (posta rural) | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 7 | Falta de funcionario | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 8 | Falta de stock en medicamentos | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 9 | Falta de infraestructura | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |
| 10 | Cumplimiento de horario | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 |

Soluciones propuestas de la comunidad, en los siguientes puntos:

- Urgencias, educar a la población “que es una urgencia”.
- Entrega de medicamentos y de leche, por separado, en ventanilla diferente o en horarios diferentes, y no juntos.
- Falta de stock de medicamentos, poder aumentar stock de medicamentos.
- El no cumplimiento de horario cierra a las 12:30 horas en algunas ocasiones.
- Salud mental: aumentar las horas de psicólogo, permanencia de profesionales de la salud, avisar cuando no van a atender, estudiar antes al paciente para no volver a preguntar lo mismo siempre.
- Gestión de más horas: realizar un cobertizo para esperar y no mojarse con la lluvia, que se realice el agendamiento vía telefónica, más horas de todos los profesionales.
- Más horas de todos: apoyo en posta de un administrativo, motivación para que todas las personas de la comuna se inscriban y tener más recursos.
- Mi HC: informar a la gente, porque hay mucha gente que no conoce la aplicación.
- No llega la ambulancia cuando se llama (ambulancia se encuentra en traslado de otro paciente), que nunca la comuna quede sin ambulancia.
- Falta de transporte público para ir a las postas, en lo posible contar con un autobús que sea para trasladar pacientes.
- No hay farmacia 24/7, que quede una farmacia abierta toda la noche en la comuna.

## Análisis

Este análisis permite desarrollar un plan de acción integral y orientada a las necesidades específicas de cada sector de la comunidad, aumentando la efectividad de los recursos y servicios disponibles.

**Grupo 1**

1. Las principales necesidades identificadas en este grupo incluyen la mejora de los servicios de salud mental, la gestión de mayor disponibilidad de horas médicas, y la descongestión de los horarios de atención.
2. Existen problemas de infraestructura, específicamente con la distribución y entrega de alimentos y medicamentos en una sola ventanilla, generando aglomeraciones y tiempos de espera prolongados.
3. Se destaca la falta de incentivo o motivación, para que los profesionales permanezcan en la zona, evitando la rotación de profesionales, lo cual afecta la continuidad y estabilidad de los servicios de salud.
4. Las problemáticas prioritarias recibieron puntajes altos en la matriz, indicando la importancia y urgencia de estas necesidades, especialmente en el ámbito de salud mental y gestión de recursos médicos.

**Grupo 2**

1. En este grupo, las problemáticas identificadas incluyen la insuficiencia de horas médicas, transporte público insuficiente, falta de especialistas y recursos médicos, escasez de stock de medicamentos, y deficiencias en la infraestructura de las postas rurales.
2. La comunidad sugiere una mejor gestión en las urgencias, indicando una falta de conocimiento sobre cuándo acudir a urgencias. También se recomienda mejorar la educación comunitaria para optimizar el uso de estos servicios.
3. Las sugerencias incluyen soluciones prácticas como la diferenciación de ventanillas para la entrega de medicamentos y alimentos y el aumento en el stock de medicamentos.
4. También se propone mejorar el cumplimiento de horarios en los centros de atención, ya que se han observado inconsistencias en los tiempos de apertura y cierre, lo que limita el acceso a los servicios.
5. Existe la necesidad de contar con un transporte público específico para trasladar pacientes a las postas, y un servicio de farmacia abierta las 24 horas en la comuna, una mejora crucial dado el acceso limitado a medicamentos de urgencia.

## Conclusión

La matriz de priorización resalta problemas esenciales en el sector de salud, especialmente en cuanto a la disponibilidad de recursos médicos, la infraestructura, y el acceso adecuado a servicios y

medicamentos. La comunidad enfatiza la importancia de aumentar horas de salud mental y médicas, gestionar un mejor servicio de transporte y mejorar la infraestructura para reducir aglomeraciones.

La comunidad también ha expresado la necesidad de soluciones estructurales para la permanencia de profesionales en el área, así como de medidas que faciliten el acceso a servicios básicos, como una farmacia abierta 24/7 y más recursos logísticos para el transporte y atención de urgencias.

En conjunto, las propuestas de la comunidad y las necesidades identificadas destacan la importancia de una mayor inversión en infraestructura, recursos humanos, y la implementación de programas educativos para la población en temas de salud y uso adecuado de servicios de urgencias.

# PLANIFICACIÓN SANITARIA

Esta planificación de salud se realiza para dar respuesta a las necesidades demandadas y problemas de salud que han sido detectados durante el diagnóstico participativo y el diagnóstico de salud analizando los datos epidemiológicos, se trabajarán para el año 2025.

1. Descompensación de usuarios con enfermedades crónicas cardiovasculares hipertensión y diabetes.
2. Aumento en la prevalencia de enfermedades de salud mental la población de la comuna.

| Problema de salud priorizado | Relación con estrategia nacional de salud | Objetivo general | Objetivo especifico | Meta | Indicadores | Estrategias | Actividades | Plazo | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Usuarios con hipertensión arterial y/o diabetes mellitos sin pesquisa, ni diagnóstico.** | OE2 -OE3 | Disminuir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles | Dar cumplimiento a Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más. | Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres 20.01% y mujeres 23.91% de 20 años y más. | (N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100. | Educar e informar a la población del acceso a examen de medicina preventiva de manera gratuita en CESFAM Las Cabras y postas de Salud. | **Promoción**: emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes a toma de examen de medicina preventiva.<br>**Prevención**: Derivación interna de usuarios que cumplan con requisitos de realización de EMP | Diciembre de año en curso | Equipo de PSCV |
| | | | | | | Seguimiento de personas con factores de riesgo detectactados durante el examen de medicina preventiva. | **Diagnóstico y tratamiento:**<br>Elaborar protocolo aplicación y seguimiento de EMP<br>Realización de derivacion a programa vida sana<br>Implementacion planilla de gestion para seguimeinto de poblacion en CESFAM y Postas de Salud Rural | | |
| | | | Dar cumplimiento a Cobertura Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor realizado a hombres y mujeres de 65 años y más. | 54.98 % Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más. | fina | Educar e informar a la población del acceso a examen de medicina preventiva del adulto mayor de manera gratuita en CESFAM Las Cabras y postas de Salud. | **Promoción**: emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes a toma de examen de medicina preventiva.<br>**Prevención**: Derivación interna de usuarios que cumplan con requisitos de realización de EMP | Diciembre de año en curso | Equipo de PSCV |
| | | | | | | Seguimiento de personas con factores de riesgo detectactados durante el examen de medicina preventiva del adulto mayor. | **Diagnóstico y tratamiento:**<br>Elaborar protocolo aplicación y seguimiento de EMPAM<br>Realización de derivacion a programa más adultos mayores autovalente.<br>Implementacion planilla de gestion para seguimeinto de poblacion en CESFAM y Postas de Salud Rural | | |

| Relación con estrategia nacional de salud | Objetivo general | Objetivo específico | Meta | Indicadores | Estrategias | Actividades | Plazo | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OE2 -OE3 | Disminuir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles | Dar cumplimiento a meta de cobertura efectiva de DM2 del año en curso, de acuerdo a meta sanitaria e IAAPS | 33.4% de Cobertura efectiva de DM2 en personas de 15 años y más | Número de personas con DM2 de 15 a 79 años con HbA1c <7%/ Total de personas con DM2 de 15 a 79 años estimadas según prevalencia | Educar e informar a la población bajo control con DM2, dando énfasis en el autocuidado, adherencia e importancia de tratamiento. | **Promoción:** emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes al conocmiento, manejo y autocuidado de la DM2<br>**Prevención:** (1) Realización de 1 taller de 3 sesiones para usuarios con DM2 que han sido diagnósticados durante el último semestre: 1ª Sesión: Funcionamiento del PSCV; 2ª Sesión: Conocimiento y manejo de la patología 3ª Sesión: Autocuidado (2) Rescate de pacientes inasistentes | Diciembre de año en curso | Equipo de PSCV |
| | | | | Número de personas con DM2 de 80 años y más con HbA1c <8%/ Total de personas con DM2 de 80 y más años estimadas según prevalencia | Garantizar el cumplimiento de los lineamientos del PSCV | **Diagnóstico y tratamiento:** Realizar auditoría para verificar cumplimiento de orientación técnica de PSCV de MINSAL<br>Elaboración de Protocolo de acompañamiento a famila con integrante con DM2 descompensada. (VDI, consejeria familiar) | | |
| | | Dar cumplimiento a meta de cobertura efectiva de HTA del año en curso, de acuerdo a meta sanitaria e IAAPS | 39.95% de Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 años y más | Número de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg/ Total de personas hipertensas de 15 y más años según prevalencia | Educar e informar a la población bajo control con HTA, dando énfasis en el autocuidado, adherencia e importancia de tratamiento. | **Promoción:** emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes al conocmiento, manejo y autocuidado de la HTA.<br>**Prevención:** (1) Realización de 1 taller de 3 sesiones para usuarios con HTA que han sido diagnósticados durante el último semestre: 1ª Sesión: Funcionamiento del PSCV; 2ª Sesión: Conocimiento y manejo de la patología 3ª Sesión: Autocuidado (2) Rescate de pacientes inasistentes | Diciembre de año en curso | Equipo de PSCV |
| | | | | Número de personas hipertensas de 80 años y más con PA <150/90 mmHg/ total de personas hipertensas de 15 y más años según prevalencia | Garantizar el cumplimiento de los lineamientos del PSCV | **Diagnóstico y tratamiento:** Realizar auditoría para verificar cumplimiento de orientación técnica de PSCV de MINSAL<br>Elaboracion de Protocolo de acompañamiento a famila con integrante con HTA descompensada. (VDI, consejeria familiar)<br>Ejecución de plan de seguimiento a pacientes post ACV - IAM | | |

| Problema de salud priorizado | Relación con estrategia nacional de salud | Objetivo general | Objetivo específico | Meta | Indicadores | Estrategias | Actividades | Plazo | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Aumento en la prevalencia de enfermedades de salud mental en la población de la comuna | OE2 -OE3 | Disminuir la morbimortalidad por patologías de salud mental | Educar a la población en el autocuidado de la salud mental | Emisión de 6 cápsulas de salud mental a través de medios de comunicación disponibles. Realización de al menos 2 reuniones con duplas psicosociales de establecimientos educacionales | Cápsulas infomartivas emitidas según programación SI/NO Reuniones de coordinación con duplas psicosociales de colegios SI/NO | Informar a la población acerca del autocuidado de la salud mental | **Promoción**: (1) emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes a fortalecer el uso de recursos personales para el manejo de problemas de salud mental (2) Trabajo con colegios para talleres de prevención y promoción de la salud mental | Diciembre de año en curso | Equipo de Salud mental, Equipo de Comunicaciones |
| | | | | | | | **Prevención**: emisión de cápsulas informativas y educativas a través de medios de comunicación disponibles referentes a Crisis normatitvas y no normativas y su impacto en la salud mental. | | |
| | | | Evitar sobrediagnóstico de enfermedad de Salud Mental | Disminuir o mantener cantidad de ingresos nuevos al programa de salud mental | Prevalencia de enfermedades de salud mental | Estandarizar el manejo de patologías de salud mental por parte del equipo de salud | **Diagnóstico y tratamiento:** Aumento horas psicólogos en toda la comuma, para dar respeusta a la demanda insatisfecha detectada , 44 hrs reales | Diciembre de año en curso | Equipo de Salud mental |
| | | | Mantener bajo control a los usuarios de salud mental | Creación de protocolo de diagnóstico y tratamiento para usuarios con diagnóstico de depresión. | Protocolo de diagnóstico y tratamiento para usuarios con diagnóstico de depresión SI/NO | Estandarizar el manejo de patologías de salud mental por parte del equipo de salud | Ejecutar protocolo de diagnóstico y tratamiento para usuarios con diagnóstico de depresión | | |
| | | | | 90% de talleres programados son realizados en cada uno de los sectores. | Realización de talleres SI/NO | Contar con espacios de intervención grupal | Implementacion talleres de autoyuda para abuso de alcohol y transtornos de ansiedad en cada sector. | | |

# DOTACIÓN DE SALUD

La dotación adecuada que se requiere para el funcionamiento de todos nuestros establecimientos de la comuna y que permitirá desarrollar las actividades contempladas en el Plan de Salud Comunal se clasifican en las siguientes categorías funcionarias:

| | | |
|---|---|---|
| Categoría A | : | Médicos cirujanos, Químicos Farmacéuticos y cirujano dentista. |
| Categoría B | : | A. Social, Enfermera, Kinesiólogo, Matrona, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educadora de párvulo, profesor de educación física, Tecnólogo Médico y Otros profesionales. |
| Categoría C | : | Técnicos de Nivel Superior |
| Categoría D | : | Técnicos Paramédicos |
| Categoría E | : | Administrativos de salud. |
| Categoría F | : | Auxiliares de Servicio y conductores. |

La dotación está constituida por Contratos a Plazo Fijo y Contratos Indefinidos.

| RESUMEN DOTACIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD LAS CABRAS 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| **CATEGORIA** | **INDEFINIDO** | **PLAZO FIJO** | **TOTAL HORAS** |
| **A** | **448** | **915** | **1.363** |
| **B** | **1.821** | **1.282** | **3.103** |
| **C** | **2.508** | **1.749** | **4.257** |
| **D** | **264** | **0** | **264** |
| **E** | **924** | **440** | **1.364** |
| **F** | **1.353** | **874** | **2.227** |
| **TOTAL** | **7.318** | **5.260** | **12.578** |

**DOTACIÓN SEGÚN CARGOS Y TIPO DE CONTRATO**

| CATEGORÍA | CARGOS | TOTAL, CATEGORIA | TOTAL | TOTAL INDEFINIDO | PLAZO FIJO |
|---|---|---|---|---|---|
| | MEDICO | | **890** | 118 | 772 |
| **A** | ODONTOLOGO | **1,363** | **385** | 242 | 143 |
| | QUIMICO FARMACEUTICO | | **88** | 88 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| B | ASISTENTE SOCIAL | 3,103 | **176** | 176 | - |
| | DIRECTOR CESFAM | | **44** | - | 44 |
| | DIRECTOR DE DEPARTAMENTO | | **44** | 44 | - |
| | ED. DE PARVULOS | | **44** | 44 | - |
| | ENCARGADO DE RRHH | | **44** | 44 | - |
| | ENFERMERO/A | | **671** | 286 | 385 |
| | FONOAUDIOLOGO | | **66** | - | 66 |
| | ING. EN CONECTIVIDAD Y REDES | | **44** | 44 | - |
| | INGENIERO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS | | **44** | 44 | - |
| | INGENIERO INFORMATICO | | **33** | 33 | - |
| | KINESIOLOGO/A | | **352** | 176 | 176 |
| | MATRONA | | **259** | 157 | 102 |
| | NUTRICIONISTA | | **333** | 157 | 176 |
| | PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO | | **176** | 176 | - |
| | PROFESORA DE ED. FISICA | | **88** | 88 | - |
| | PSICOLOGO/A | | **396** | 176 | 220 |
| | T. OCUPACIONAL | | **201** | 88 | 113 |
| | TECNOLOGO MEDICO | | **88** | 88 | - |
| C | ENCARGADO DE ADQUISICIONES | 4,257 | **44** | 44 | - |
| | ENCARGADO DE FINANZAS | | **44** | - | 44 |
| | PODOLOGO/A | | **220** | 44 | 176 |
| | TANS | | **88** | 88 | - |
| | TECNICO AGRICOLA | | **44** | 44 | - |
| | TECNICO EN FARMACIA | | **132** | 88 | 44 |
| | TENS | | **3,432** | 2,024 | 1,408 |
| | TONS | | **253** | 176 | 77 |
| D | AUXILIAR DENTAL | 264 | **132** | 132 | - |
| | AUX. PARAMEDICO | | **132** | 132 | - |
| E | ADMINISTRATIVO | **1,364** | **1,364** | 924 | 440 |
| F | AUXILIAR DE SERVICIO | 2,227 | **838** | 517 | 321 |
| | CHOFER | | **949** | 660 | 289 |
| | MAESTRO EN CONTRUCCIÓN | | **352** | 132 | 220 |
| | RONDIN | | **88** | 44 | 44 |
| | **TOTALES** | **12,578** | **12,578** | **7,318** | **5,260** |

# RECURSOS FÍSICOS

Para la ejecución de las prestaciones de salud contempladas en este plan, el Departamento de Salud cuenta con los siguientes recursos físicos:

**INFRAESTRUCTURA:**

| DETALLE | DEPARTAMENTO DE SALUD | CESFAM LAS CABRAS | PSR EL CARMEN | PSR LLALLAUQUÉN | PSR EL MANZANO | PSR SANTA INES | EMR LOS QUILLAYES | PSR EL DURAZNO | PSR LA CEBADA | PSR COCALÁN | PSR LA PANCHINA | CLÍNICA DIÁLISIS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BÓX MÉDICO | | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| BOX MATERNAL | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| BOX NUTRICIONAL | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| BOX ENFERMERA | | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| BOX DE LACTANCIA MATERNA | | 1 | | | | | | | | | | |
| BOX ODONTOLÓGICO | | 4 | | 1 | 2 | | | 1 | | 1 | | |
| BOX VACUNATORIO | | 1 | | | | | | | | | | |
| BOX DE TOMA DE SIGNOS VITALES | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| BOX DE CURACIONES | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| SOME | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| SECRETARÍA | 1 | 2 | | | | | | | | | | 1 |
| BOX ENTREGA PNAC - PACAM | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| FARMACIA | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| SALAS DE ESPERA | | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| LABORATORIO CLÍNICO | | 1 | | | | | | | | | | |
| TOMA DE MUESTRA | | 1 | | | | | | | | | | |
| RADIOGRAFÍAS DENTALES | | 1 | | | | | | | | | | |
| BAÑOS | | 15 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| SALA DE ESTERILIZACIÓN | | 1 | | | | | | | | | | |
| BOX CALIFICADOR DE DERECHO | | 1 | | | | | | | | | | |
| BOX SIGGES | | 1 | | | | | | | | | | |
| SALA POLIVALENTE | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 |
| BODEGA DE PROD. ALIMENTARIOS | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | |
| BODEGA DE INSUMOS | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| BODEGA DE FARMACIA | | 1 | | | | | | | | | | |
| BOX KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA | | 2 | | | 1 | | | | | | | |
| BOX REHABILITACIÓN FÍSICA | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| BOX PODÓLOGÍA | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | | |
| BOX ASISTENTE SOCIAL | | 2 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| BOX PSICOLOGO | | 3 | | | 1 | | | | | | | |
| BOX ESTIMULACIÓN | | 1 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BOX PROG. MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA POSTRADOS | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA MAIS | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA PROMOCIÓN Y COMUNICACIONES | | 1 | | | | | | | | | | | |
| BOX ECICEP | | 1 | | | | | | | | | | | |
| BOX TERAPIAS COMPLEMENTARIAS | | 1 | | | | | | | | | | | |
| HUERTO COMUNITARIO | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA DIRECTOR DE CESFAM | | 1 | | | | | | | | | | | |
| SALA DE REUNIONES | | 2 | | | | | | | | | | | |
| OFICINA SUBDIRECCIÓN CESFAM | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OFICINAS ADMINISTRATIVAS DEPARTAMENTO DE SALUD | 5 | | | | | | | | | | | | |
| OFICINA DIRECTOR DESAM | 1 | | | | | | | | | | | | |
| SALA DE PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS | | | | | | | | | | | | | 1 |
| REAS | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| OFICINA PROG. VIDA SANA | | 1 | | | | | | | | | | | |
| OIRS | | 1 | | | | | | | | | | | |

## VEHÍCULOS OPERATIVOS

| DETALLE | CANTIDAD |
|---|---|
| NÚMERO DE AMBULANCIAS | 7 |
| NÚMERO DE CAMIONETAS | 5 |
| NÚMERO DE STATION WAGON | 5 |
| NÚMERO DE MINIBUSES | 4 |
| NÚMERO DE CAMIONES – CLÍNICAS MÓVILES | 2 |
| NÚMERO DE CARROS DE ARRASTRE | 1 |

# COORDINACIÓN INTERNA Y EXTERNA

## COORDINACION E INFORMACION INTERNA Y EXTERNA

La Atención Primaria es la base del proceso de atención en salud, esta atención más general pero no menos resolutiva y compleja en su dimensión, necesita coordinarse estrechamente con el nivel secundario de especialidad. Existen estrategias de comunicación que forman parte de nuestra normativa, que deben ser utilizadas y potenciadas como el Sistema de Referencia y Contrarreferencia que se describe a continuación:

## Referencia y Contrarreferencia.

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, con el objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

La referencia y contrarreferencia en nuestro CESFAM se realiza entre los profesionales del área médica, matrona y odontólogos.

La forma de comunicación con otros centros se realiza a través del sistema de interconsultas, mediante la generación de formularios que se completan con datos personales y el diagnóstico de la enfermedad que motiva la derivación a alguno de los centros de salud de la red, posteriormente, el documento es ingresado a FONENDO y luego se realiza la pertinencia según criterios de severidad (protocolos de derivación) y se agenda la hora, desde alguno de los centros de la red de salud con el profesional correspondiente, una vez agendada la hora, se notifica por FONENDO a nuestro centro, desde donde se ubica al paciente para informarle la fecha y la hora de su control, en el caso de patologías Ges se realiza el mismo procedimiento y además se ingresan a la plataforma SIGGES.

### Referencia

Sinónimo de derivación, es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento realizado por alguno de los profesionales mencionados.

El documento de referencia debe contar con los siguientes datos:

1. Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
2. Datos del establecimiento que refiere.
3. Datos del establecimiento hacia donde se refiere
4. Diagnóstico.
5. Tratamiento realizado
6. Motivo de la referencia
7. Datos del médico que refiere: Nombre, Rut y especialidad.
8. Fecha.

## Pertinencia

Nuestro establecimiento posee un médico y un odontólogo con horas designadas para realizar el trabajo de pertinencia y prioridad de las interconsultas. Esa labor consiste en la revisión detallada de cada interconsulta para indicar la pertinencia de la misma, así como también designa la prioridad en función de la patología y explicación detallada en la interconsulta.

## No Pertinencia

La no pertinencia o el rechazo de la interconsulta se puede dar por varios motivos:

1. La no pertinencia por el no cumplimiento de las reglas de derivación
2. La no pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema
3. Las interconsultas pueden ser rechazadas tanto del centro derivador, como del centro al que se está derivando. En este caso, estas interconsultas se regresan al profesional que las realizó para su corrección.

## Contrarreferencia

Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada.

Pueden existir dos tipos de contrarreferencia:

1. Como respuesta a la interconsulta: cuando el paciente recibe su primera atención, donde se informa a nuestro establecimiento que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnostica y se indica un plan de tratamiento.
2. Contrarreferencia propiamente tal: En el momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al CESFAM que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Una vez que los pacientes son atendidos en alguno de los centros de la red asistencial y es contra referido a nuestro establecimiento mediante la plataforma FONENDO, donde se recibe la información de la evolución del paciente, los diagnósticos, tratamientos administrados y la conducta a seguir, la información es recibida por el medico revisor de interconsultas que se encarga de traspasar la información a la ficha electrónica y solicitar hora en SOME para que el paciente continúe sus controles en el CESFAM.

Existen protocolos de referencia y contrarreferencia tanto de nuestro centro como de centros de atención secundaria que deben ser utilizados para discriminar los criterios clínicos y de exámenes que deben acompañar a cada interconsulta, además de consignar la prioridad correspondiente.

# PROGRAMAS DE SALUD Y CARTERA DE PRESTACIONES

## PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

El Programa Nacional de Salud de la infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

Este Programa se desarrolla a través de la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales, el cual integra una gama de prestaciones, las cuales son desarrolladas en su conjunto con diferentes áreas programáticas del Ministerio de Salud, que poseen dentro de su oferta programática áreas vinculadas a la salud integral infantil en el Marco del Sistema de Protección a la Primera Infancia, Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y Gestión Hospitalaria, pretende entregar atención de calidad a la población infantil y sus familias.

Tiene como propósito Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

Objetivo Generales

1. Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutiva y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.
2. Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica.
3. Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

**Brechas del 2024**

1. Inasistencia en control de salud niños y niñas mayores de 5 años.
2. Poca adherencia a talleres y continuidad de ellos
3. Cambio de domicilio y dispositivos de salud comunal frecuente.
4. Cambios de números contacto telefónico frecuente
5. Inasistencia adherencia a controles según ciclo vital

**Objetivos 2025**

1. Aumentar cobertura de control sano infantil
2. Implementar salud escolar en la Comuna

**Estrategias**

1. Digitación de tarjetero infantil
2. Compartir tarjetero con otros estamentos y así conocer población infantil, análisis de datos para rescates y VDI.
3. Análisis de datos en dispositivo digital de fácil acceso
4. Constantes capacitaciones en reunión mensual de enfermeros
5. Asistir a entrevistas de radios locales
6. Difusión por redes sociales oficiales del CESFAM (tv, radio, Facebook ,Instagram)

**CANASTA DE PRESTACIONES**

| PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO | PROFESIONALES |
|---|---|
| 1. Control de salud del niño sano | Médico – Enfermera |
| 2. Evaluación del desarrollo psicomotor | Enfermera |
| 3. Control de malnutrición | Nutricionista |
| 4. Consulta de lactancia materna | Matrona – Enfermera – Nutricionista- Médico |
| 5. Evaluación a grupos de riesgo | Enfermera – Terapeuta Ocupacional – Educadora de Párvulos – Nutricionista |
| 6. Consulta nutricional | Nutricionista |
| 7. Consulta de morbilidad | Médico |
| 8. Control de enfermedades crónicas | Médico – Kinesiólogo |
| 9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor | Enfermera - Terapeuta Ocupacional y Educadora de Párvulos |
| 10. Consulta kinésica | Kinesiólogo |
| 11. Consulta de salud mental | Psicóloga |
| 12. Programa Nacional de Inmunización | Enfermera – TENS |
| 13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria | Nutricionista – TENS |
| 14. Visita Domiciliaria Integral | Médico - Enfermera – Terapeuta Ocupacional – Nutricionista– Matrona |
| 15. Consejerías | Médico- Enfermera- Matrona- Nutricionista- Asistente Social- Psicólogo- Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional |
| 16. Educación grupal | Médico – Enfermera – Nutricionista Odontólogo - Kinesiólogo – Psicóloga – Educadora de Párvulos Terapeuta Ocupacional |

# PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)

El país cuenta desde el año 1978 con un Programa Nacional de Inmunizaciones, el que ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad, posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

Entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la viruela en el 1950, de la poliomielitis en el 1975 y la eliminación del sarampión en el 1992.

| PROGRAMACION PNI PARA EL AÑO 2025 | |
|---|---|
| Hexavalente | 2, 4, 6 y 18 meses |
| Neumocócica Conjugada | 2, 4, 6 y 12 meses |
| Meningocócica Recombinante | 2 y 4 meses |
| Tres vírica | 12 y 36 meses |
| Meningocócica Conjugada | 12 meses |
| Varicela | 18 y 36 meses |
| Hepatitis A | 18 meses |
| DTP acelular | 1º y 8° básico |
| Vacuna VPH 1º dosis | 4° básico |
| Vacuna VPH 2° dosis | 5° básico |
| DTP acelular | Embarazadas |
| Neumocócica Polisacárida | Adulto 65 años |
| Vacuna Antirrábica | Post-Exposición |
| Vacuna Antitetánica | Post-Exposición |

**LOGROS 2024**

- Cumplimiento de sobre el 85% de población objetivo, en Campaña Influenza (campaña en curso) por lo cual el equipo fue premiado como el cuarto mejor CESFAM a nivel regional.
- Sobre el 90% Adultos mayores, cubiertos con vacuna neumocócica polisacárida.
- Puesta al día de más del 90% de funcionarios con esquema completo de vacuna contra Hepatitis B.

- Manejo adecuado de cadena de frio en el traslado de vacunas a las diferentes postas de salud rural de la comuna.
- Puesta al día de población migrante, con vacuna utilizadas en Chile.
- Operativo de vacunación en terreno, como lo fue pérgola de plaza de armas, feria libre, eventos masivos, empresas agrícolas, supermercados, locales de votación elecciones 2023 y casa a casa por la comuna.

**OBJETIVOS 2025**

- Cumplimiento por sobre el 85% de vacunación en población objetivo contra influenza.
- Mantener cumplimiento de vacunación obligatoria del PNI por sobre el 90%.
- Habilitación de vacunas antirrábica y antitetánica en servicio de urgencia Las Cabras, cumplimiento el correcto manejo de cadena de frio.

# PROGRAMA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES Y JÓVENES

El Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

La atención integral de este 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.

Así mismo, es relevante la coordinación y articulación de una red de servicios, por cuanto sus necesidades deben ser abordadas en forma integrada, posibilitando cuando sea necesario, la intervención simultánea de los distintos niveles de atención y distintos equipos, intra e intersectoriales, particularmente cuando se trata de poblaciones de adolescentes y jóvenes en situaciones de vulneración de derechos y en conflicto con la justicia

El Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente permite evaluar es estado de salud, así como el crecimiento y normal desarrollo, identificar conductas de riesgo, de protección y problemas de salud, en el adolescente a fin de intervenir en forma oportuna, integrada e integral con enfoque anticipatorio y participativo.

Nuestro CESFAM cuenta con una población inscrita validada a septiembre 2024 de 3.634 adolescentes de 10-19 años, representando a un 12.9% de la población total que se atiende en el CESFAM.

Objetivos Generales

- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable en los adolescentes.
- Identificar factores y conductas de riesgo, para así, promover factores y conductas protectoras a los adolescentes y sus familias.

- Pesquisar en forma oportuna y manejar adecuadamente los problemas de salud prevalentes en el adolescente.
- Prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes.
- Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras diciplinas.
- Educar en salud del adolescente, a su familia y promover el autocuidado.
- Entregar habilidades de uso adecuado de servicios para adolescentes y su familia.
- Mantener la continuidad de la atención, desarrollando la coordinación necesaria para la gestión y/o derivación de los casos.

**CANASTA DE PRESTACIONES**

| PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|
| 1. Control de salud y Ficha CLAP | Médico – Matrona |
| 2. Consulta morbilidad | Médico – Matrona |
| 3. Control prenatal | Médico – Matrona |
| 4. Control de binomio | Matrona |
| 5. Control de regulación de fecundidad | Matrona |
| 6. Consejería en salud sexual y reproductiva | Matrona |
| 7. Control ginecológico preventivo | Matrona |
| 8. Educación grupal /talleres | Médico – Matrona –Nutricionista– Psicólogo – A. Social |
| 9. Consulta morbilidad obstétrica | Matrona - Médico |
| 10. Consulta morbilidad ginecológica | Matrona - Médico |
| 11. Intervención psicosocial | Psicólogo – Asistente Social |
| 12. Consulta y/o consejería en salud mental | Médico – Psicólogo |
| 13.Programa Nacional de Alimentación complementaria | Nutricionista |
| 14. Atención a domicilio/VDI | Médico – Matrona– Nutricionista– Psicólogo – A. Social |
| 15. Consulta y Control ITS | Matrona |
| 16. Control Preconcepcional | Matrona |
| 17. Consulta nutricional | Nutricionista |

**Brechas detectadas**

1. Negación de los padres para firmar la autorización que permitiría que sus hijos reciban el control adolescente y talleres.

2. El control adolescente no se calculaba con base en una meta según sectorización.
3. No se cuenta con un espacio físico diferenciado para recibir a los adolescentes y sus familias en el CESFAM.

**Objetivos 2025:**

Para el año 2025, nuestra meta es lograr llevar a cabo las actividades de manera planificada, calculando las metas de manera sectorizada y garantizando que el recurso humano asignado al programa disponga de las horas necesarias.

**Estrategia de trabajo 2025**

1. Cumplimiento de la planificación del programa:
   - Reasignación de horarios: Trabajar en la reasignación de horarios para los profesionales del programa. Coordina con otros programas para evitar conflictos y asegurarte de que las horas asignadas se utilicen efectivamente.
   - Supervisión constante: Establece un sistema de supervisión y seguimiento para garantizar que se cumpla con la planificación. Esto puede incluir reuniones regulares para revisar el progreso y realizar ajustes si es necesario.
2. Participación de los padres:
   - Comunicación efectiva: Establece una comunicación abierta y efectiva con los padres. Organiza reuniones informativas, envía material impreso y utiliza medios digitales para explicar la importancia del control adolescente y los talleres.
3. Cálculo de metas para el control adolescente:
   - Análisis de datos: calcular las metas y objetivos sectorizando la población adolescente.
   - Seguimiento y evaluación: Implementa un sistema de seguimiento y evaluación constante para medir el progreso hacia las metas. Ajusta las estrategias si es necesario.

# PROGRAMA DE LA MUJER

El Programa de Salud de la Mujer es un programa que busca contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital especialmente en aquellos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de riesgo, que contempla la pesquisa, promoción, prevención, rehabilitación y autocuidado de la salud.

Este Programa, incluye otros 2 programas que contribuyen a la pesquisa y control de cánceres de mama y cuello uterino, que tienen como principal objetivo disminuir la mortalidad por ambas causas a través de la detección precoz y el tratamiento oportuno.

La comuna de Las Cabras cuenta con una población femenina de 20 y más años inscrita validada de 10.838 que corresponde al 49.41% de la población total que se atiende en el CESFAM y PSR.

**Objetivos del Programa**

Los principales objetivos del programa son:

- Que la mujer enfrente adecuadamente todas las etapas de su ciclo vital.
- Estimular la participación en el cuidado de la salud de la mujer y la de su familia.
- Prevenir la aparición de afecciones que afecten la salud mental de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de los factores de riesgo y la prevención de daños específicos, para mejorar la calidad de vida en todas las etapas del ciclo vital.
- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de actividades para prevenir afecciones que inciden en la salud de la mujer garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Orientar a la mujer, pareja y familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

**CANASTA DE PRESTACIONES**

El Programa de la Mujer en el CESFAM Las Cabras cuenta con su respectiva cartera de servicios a la cual pueden acceder las usuarias de la comuna, abarcando actividades de prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud.

| PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|
| Control prenatal | Médico (2° control) - Matrona |
| Control Binomio | Matrona |
| Consejería en SS y RR | Matrona |
| Control Regulación de Fecundidad | Matrona |
| Control Ginecológico | Matrona |
| Educación Grupal | Matrona |
| Consulta Morbilidad Obstétrica | Médico, Matrona |
| Consulta Morbilidad Ginecológica | Médico, Matrona |
| Consulta Nutricional | Nutricionista |
| Control Preconcepcional | Matrona |
| Control Post Parto | Matrona |
| Control Climaterio | Médico, Matrona |
| Consulta ITS | Médico, Matrona |
| Consulta Social | Asistente Social |
| PNAC | Nutricionista, TENS |
| Consulta Odontológica | Odontólogo |
| Consulta Salud Mental | Médico, Psicólogo |
| Visita Domiciliaria Integral | Médico, Matrona, Psicólogo, Asistente Social |
| Ecografía Obstétrica 1° trimestre | Matrona |
| Consulta Lactancia Materna | Matrona, Nutricionista |
| Consejería Pre y Post TRVIH | Matrona |
| Consejería en Regulación de Fertilidad | Matrona |
| EMP | Matrona |

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

Al realizar una evaluación de las prestaciones que ofrece el Programa de la Salud de la Mujer durante el año 2024, se puede observar que existe una baja cobertura de algunas prestaciones programadas para el presente año.

Dentro de estas actividades se encuentran las siguientes:

## 1. CONTROL PRECONCEPCIONAL

El Control Preconcepcional presenta una baja cobertura en nuestra comuna.

Esta prestación busca identificar y modificar condiciones biológicas tales como enfermedades crónicas, hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y su futuro hijo y de esta manera poder planear de forma informada y responsable el próximo embarazo.

**BRECHA**

Esta baja cobertura se debe a que las usuarias desconocen la existencia de este control, escasa o nula derivación de otros profesionales, escasas horas de profesional matrona.

**Estrategia para el año 2025**

- Mejorar la difusión a través de los canales formales que tiene el CESFAM para educar a la población.
- Mejorar la derivación por parte de los distintos profesionales.
- Aumentar horas recurso humano para realizar dicho control
- Evaluación periódica de las actividades programadas para cambiar estrategias si es necesario para dar cumplimiento.

## 2. INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 14 SEMANAS

Una de las metas para el año 2025, es el ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas, el cual si bien es cierto ha mejorado levemente estos 2 últimos meses, presenta un bajo cumplimiento en relación con la meta a lograr que es de un 82.33% del total de ingresos prenatales. Por tal motivo, estas gestantes que ingresan tardíamente pierden la oportunidad de intervenciones del equipo de salud tales como: suplementación con ácido fólico, evaluación de enfermedades prexistentes, abstinencia de OH y drogas,

suspender tabaco, tener vacunas actualizadas, lograr un peso adecuado, solicitud de exámenes, lo cual permitiría disminuir los riesgos en el futuro embarazo.

**BRECHA**

El bajo cumplimento observado en esta meta, se debe principalmente a que las usuarias muchas veces desconocen la importancia de tener un ingreso precoz a control prenatal. Sumado a ello, desde hace algún tiempo nos estamos enfrentando a la población migrante, que no tiene la cultura del control por lo que ingresan tardíamente.

Otra brecha visualizada por el equipo de matronas, es que se debe mejorar la gestión de horas de ingreso a control prenatal en SOME ya que hemos detectado algunas deficiencias en la captación de estas usuarias.

**Estrategia para el año 2025**

- Realizar difusión por parte del equipo de salud de la importancia de realizar ingreso precoz a control prenatal.
- Coordinación de los funcionarios de SOME con las profesionales matronas para asegurar una hora antes que estas usuarias cumplan las 14 semanas de gestación
- Trabajar coordinadamente con la calificadora de derecho, para realizar derivaciones inmediatas a control con matrona de aquellas mujeres que realizan inscripción per cápita en nuestro CESFAM.
- Aumentar la cobertura de control preconcepcional ya que, en este control, la mujer es informada de la importancia del ingreso precoz a control prenatal.
- Evaluación periódica del cumplimento de lo programado para idear nuevas estrategias de ser necesario.

## 3. CONTROL CLIMATERIO

Se puede observar una baja cobertura de mujeres que acceden a ingreso y control de Climaterio y por ende a TRH. También otra brecha es que no estamos realizando como CESFAM la prestación de talleres climaterio, donde se puede entregar información relevante de esta etapa del ciclo vital de la mujer.

Como es sabido, la salud de la mujer y su calidad de vida está determinada por los cambios hormonales propios de este periodo, su condición de salud previa, sus características sicológicas, sus estilos de vida y factores ambientales, los cuales pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas. Por tal motivo, es que cobre relevancia mejorar la cobertura tanto del ingreso como de control climaterio.

**BRECHA**

La baja cobertura de ingreso y control climaterio se debe principalmente a que no existe difusión de este control, escasez de horas matronas en CESFAM Y PSR por lo que por agenda no contamos con cupos establecidos para esta prestación, ni tampoco contamos con las horas necesarias para realizar los talleres que exige este control.

Otra falencia es la falta de capacitación formal de los médicos que realizan controles climaterio que indican la TRH, pues no todos cuentan con una capacitación formal.

**Estrategia para el año 2025**

- Realizar difusión de este control a través de las redes sociales con las que contamos
- Mejorar la derivación de parte de otros profesionales de aquellas usuarias entre 50-59 años ´para mejorar el ingreso y posterior control de estas usuarias
- Aumentar los profesionales médicos capacitados

## 4. CONSEJERÍAS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Esta actividad es una atención individual que tiene como objetivo informar a la población para que puedan tomar buenas decisiones en salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

La prestación de consejerías, es una prestación que tiene una baja cobertura en nuestro CESFAM y PSR.

**BRECHA**

La baja cobertura de esta prestación se puede deber a que falta difusión de esta actividad, a usuarios poco motivados para realizar una consejería, sumado a que las profesionales matrona tienen cupos limitados para esta prestación debido a la escasez de horas, lo que también dificulta realizar los seguimientos de estas.

**Estrategias para el año 2025**

- Mejorar la difusión hacia la comunidad de esta prestación.
- Aumentar horas de profesional, reestructurando agendas.
- Mejorar la derivación de usuarias por parte de otros profesionales.

## 5. VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES

La prestación de Visita Domiciliaria Integral es una actividad que está dirigida a personas que están en situaciones de riesgo para su salud y que mejora el proceso de trabajo con las familias porque empodera a la familia, se realizan planes de acción ajustados a la realidad y mejora el vínculo del equipo de salud con la comunidad.

En el Programa de la Mujer, está planificada está actividad, sin embargo, no logra las coberturas planificadas.

**BRECHA**

La baja cobertura en esta prestación se debe principalmente a escasez del recurso humano, ya que muchas veces debemos suspender algunas actividades asistenciales para poder realizar estas actividades domiciliarias.

## PROGRAMA SALUD DEL ADULTO

El programa de Salud del Adulto atiende pacientes desde los 20 a 64 años de edad. Tiene como objetivo por medio de un conjunto de acciones mejorar la salud de la población adulta y ayudar a la mantención de ésta a través de la prevención y promoción en salud fortaleciendo la adquisición los estilos de vida saludables.

Además de reducir las enfermedades transmisibles y no transmisibles a través de exámenes preventivos y del control de los factores de riesgo de la población, satisfacer las necesidades de atención de los usuarios y gestionar una atención oportuna y resolutiva, así como del mismo modo asegura el tratamiento farmacológico y no farmacológico y otorgar rehabilitación según patología.

| | PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|---|
| 1. | Consulta de morbilidad | Médico |
| 2. | Consulta y control de enfermedades crónicas | Médico – Enfermera - Nutricionista- Kinesiólogo – Terapeuta ocupacional |
| 3. | Consulta nutricional | Nutricionista |
| 4. | Control de salud | Médico - Enfermera - Matrona – Nutricionista |
| 5. | Intervención psicosocial | Asistente Social – Psicólogos |
| 6. | Consulta y/o consejería de salud mental | Psicólogo – Medico |
| 7. | Educación grupal | Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – AsistenteSocial – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional – Podólogo - Químico Farmacéutico |
| 8. | Atención a domicilio | Médico – Kinesiólogo- Terapeuta ocupacional – Enfermera – Nutricionista – TENS |
| 9. | Atención podología a pacientes con Diabetes | Podóloga |
| 10. | Visita domiciliaria integral | Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – AsistenteSocial – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Consejería individual | Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – AsistenteSocial – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional |
| 12. | Curación de pie diabético | Enfermera – TENS |
| 13. | Intervención grupal de Actividad Física | Profesora de Educación Física |
| 14. | Examen de Medicina Preventiva | Médico- Enfermera -Matrona Nutricionista – TENS |
| 15. | Exámenes de laboratorio | Tecnólogo médico – TENS |
| 16. | Atención dental | Odontólogo |
| 17. | Programa Nacional de Inmunizaciones | Enfermera – TENS |

# PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

**(PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES)**

El envejecimiento poblacional es considerado un fenómeno mundial, y nuestro país no es la excepción. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población de personas de 60 años y más en nuestro país llegó al 18,1 % respecto a la población nacional al año 2022 y para el caso de nuestra comuna la proyección del 2024 corresponde a una 16.1% de la población total.

Chile cuenta con un Sistema de Salud basado en Atención Primaria, con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario cuyos principios orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la promoción hasta la rehabilitación. En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2009). En el caso de nuestro CESFAM hay 3990 personas de 65 años o más inscritos y validados por el fondo nacional de salud, lo cual representa al 14.2% de la población inscrita.

La principal preocupación de este grupo de personas y sus familias en relación con el envejecimiento es la salud y en forma especial evitar la dependencia, entendida como una causa fundamental de sufrimiento y de la mala autopercepción de salud. Por lo tanto, uno de los objetivos de las políticas públicas para personas mayores debe orientarse a aumentar los años libres de discapacidad (ONU. 2002; Marín y otros, 2004). Desde el punto de vista de la Gerontología se ha planteado la Valoración Geriátrica Integral (VGI), como la forma más adecuada para detectar factores de riesgo en la alteración de la funcionalidad y salud de las personas mayores y a partir de ahí la generación de un Plan de Intervención personalizado según las necesidades de cada individuo.

En nuestro país la valoración geriátrica estandarizada hace más de una década es el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). A partir de esta medición, donde cada persona mayor, es clasificada según su funcionalidad, se genera un plan de intervención en el que se implementan acciones desde el ámbito promocional hasta el rehabilitador, según los diversos factores protectores o de riesgo de fragilidad que se pesquisan en cada persona mayor al ser evaluadas. A partir de ahí, las personas acceden

a diversas prestaciones profesionales tanto dentro de nuestro CESFAM como dentro de la comunidad. Es así como el Programa del Adulto Mayor, como programa de Ciclo Vital,tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo la calidad de vida.

**CANASTA DE PRESTACIONES**

| PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|
| 1. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) | Enfermera – TENS- Otros profesionales previamente capacitados. |
| 2.Programa de Alimentación Complementaria del Adulto mayor | Nutricionista-TENS |
| 3. Vacunación por Influenza y Neumococo (Programa Nacional de Inmunización) | Enfermera – TENS |
| 4.Programa más adultos mayores autovalentes | Dupla profesional (Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga) |
| 5. Educación grupal promocional y preventiva | Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional – Podólogo – Químico Farmacéutico |
| 6. Exámenes de laboratorio | Tecnólogo Médico – TENS |
| 7. Consulta y Control de salud | Médico - Enfermera – Matrona-TENS |
| 8. Consulta de morbilidad | Médico- Matrona- Odontólogo |
| 9. Consulta y control de enfermedades crónicas | Médico –Enfermera - Nutricionista- Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional- Psicóloga- Trabajador Social- Podóloga- TENS |
| 10. Intervención grupal de Actividad Física | Prof. de educación Física |
| 11. Exámenes preventivos y consulta ginecológica | Matrona-Médico |
| 12. Intervención psicosocial | Psicóloga –Asistente Social |
| 13. Visita Domiciliaria | Médico – Kinesiólogo- Terapeuta ocupacional – Enfermera – Nutricionista – Fonoaudióloga- Odontólogo- Matrona- Psicólogo-TENS |
| 14. Atención dental | Odontólogo |
| 15.Consejería individual | Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional |

**EVALUACIÓN 2024**

De las 3990 personas de 65 años o más inscritas en nuestro CESFAM, 2194 de ellas se encuentran con controles vigentes dentro del programa del adulto mayor. Y desde enero hasta septiembre se han actualizado 1690 EMPAM, lo cual representa el 91% de la meta solicitada por el ministerio de salud.

Durante este período son 353 nuevos usuarios los cuales han ingresado al programa por tener 65 años o más.

De esta población bajo control el 86.7% son personas que mantienen sus niveles de autovalencia mientras el otro 13.3% se encuentra con algún nivel de dependencia.

Respecto al estado nutricional medido en índice de masa corporal el 5.8% de la población se encuentra bajo peso; 34.6% con peso normal; 31.1 con sobrepeso; y el 28.3% obeso.

Hasta junio de 2024 en la aplicación del examen de medicina preventiva no se cuantificó sospecha de maltrato de ningún tipo hacia las personas mayores en su entorno familiar o comunitario.

A la misma fecha, solo 44 personas reconocieron y declararon ser físicamente activos o practicar algún tipo de ejercicio físico, mientras 222 personas ingresaron a ciclo de taller en el programa más adultos mayores autovalentes hasta septiembre.

El 39.9% presentó riesgo de caída al caminar y 46.4% algún riesgo de caída por otras causas en la aplicación de EMPAM.

De los usuarios inasistentes a sus controles de salud, hasta septiembre se efectuaron 382 instancias de rescate para su reincorporación a ellos.

Se han concretado 206 Visitas Domiciliarias Integrales a personas mayores con riesgo biopsicosocial y personas dependientes no severos.

Según reportes del departamento de estadísticas e información en salud (DEIS) más de 2800 personas mayores de 65 años recibieron su dosis de vacunación para influenza en nuestra comuna.

De las consultas de morbilidad que más solicitan las personas mayores (fuera de sus controles de salud) son con profesionales médico, dentista, trabajador social, matrona y enfermera.

**OBJETIVOS 2025**

En base a los datos recién analizados y en al marco del Plan Nacional de Salud integral para personas mayores es que los objetivos propuestos para el año 2025 son:

1. Mantener el acceso a controles de salud, enfermedades crónicas e inmunizaciones, como estrategia de prevención de enfermedades de alta prevalencia y riesgo para las Personas Mayores.
2. Promover una vida activa y saludable en las Personas Mayores, mediante iniciativas y programas de salud para la consecución de un envejecimiento positivo.
3. Favorecer la capacitación de los equipos de salud en temáticas asociadas a la atención de personas mayores asegurando la calidad de la atención.
4. Promover la conectividad y vínculo de la red sociosanitaria, a fin de ofrecer un continuo de servicios integrales en las diversas necesidades de las Personas Mayores.
5. .Favorecer la participación de personas mayores en instancias de evaluación y levantamiento de necesidades en Salud

**ESTRATEGIAS DE TRABAJO:**

1.1 Mantener o aumentar la cobertura del Examen de medicina preventiva mediante citaciones en el propio sector o posta y en otras instancias como operativos en locaciones comunitarias (sedes, colegios, APR, etc.)

1.2 Mantener prestaciones de controles de salud con diversos profesionales en Postas.

1.3 Mantener o aumentar programación de operativos de inmunización territoriales en instancias sociocomunitarias.

1.4 Fomentar la realización de instancias educativas para el manejo del dolor en patologías crónicas como artrosis.

1.5 Favorecer la realización de instancias educativas en riesgo de caídas para personas mayores y sus familias con mayor riesgo de fragilidad y/o dependencia.

2.1 Mantener instancias de actividad física para personas mayores como el programa más adultos mayores autovalentes y los programas guiados por profesoras de educación física en la comunidad.

2.2 Mantener instancias de Visitas domiciliarias en crisis normativa del ciclo vital con la entrega de guía anticipatoria.

2.3 Favorecer la participación de la población mayor en sesiones educativas de distintos programas y profesionales en sus respectivas postas y sectores.

2.4 Instar a los sectores y postas a realizar talleres educativos para personas mayores en instancias sociocomunitarias.

3.1 Difundir y reforzar en el equipo de salud las prestaciones de consulta geriátrica otorgada por Hospital digital en los casos necesarios.

3.2 Promover el abordaje de temáticas relacionadas a personas mayores en el plan de capacitación anual

3.3 Concientizar y difundir en el equipo de salud, la sospecha de maltrato como factor de riesgo de fragilidad en esta población y protocolizar acciones a realizar ante la situación de sospecha.

4.1 Mantener la comunicación con entidades intersectoriales para la correcta derivación de usuarios y facilitar la entrega de información sobre diferentes servicios a los cuales pueden acceder.

5.1 Mantener e incentivar la participación de personas mayores en las instancias de consejos consultivos, diagnósticos participativos y conversatorios que se realizan tanto dentro del CESFAM como en la comunidad.

# PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) constituyen la principal causa de muerte en Chile, representando el 27,1% del total de defunciones, principalmente por accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo al miocardio (IAM), siendo ambas patologías el eslabón final de una larga cadena de riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas, como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM).

La DM representa uno de los mayores problemas de salud pública a nivel global, existiendo 415 millones de adultos que la padecen. En Chile, habría 1.372.700 personas con DM, representando el 11% de la población adulta entre 20 y 79 años, siendo el segundo país de Sudamérica con la mayor prevalencia nacional. En relación con la hipertensión arterial podemos mencionar que es una enfermedad crónica controlable, multifactorial que disminuye tanto la calidad como la expectativa de vida de las personas, siendo responsable del 8.5% del total de años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura o discapacidad en chile. La prevalencia de HTA es de 27,6%, siendo el principal factor de riesgo aislado, al cual se atribuye la mayor carga de muertes en chile.

Por otro lado, la enfermedad renal crónica (ERC), es un problema de salud grave que impacta en forma muy significativa a las personas afectadas, su familia, la sociedad y los servicios de salud. Frecuentemente, se asocia a otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular (ECV). La E.R.C., además de poner a la persona en riesgo de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal, aumenta el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular (C.V.), a niveles 10 veces la del riesgo promedio de la población.

Considerando los datos mencionados anteriormente, en conjunto con el compromiso de la actual administración municipal, se analiza y genera un proyecto de Diálisis Comunal, que tiene como objetivo absorber la demanda existente de pacientes con ERC, que actualmente son cerca de 80 usuarios, los cuales deben trasladarse a diferentes comunas de la región para acceder a sus sesiones, con la implementación de nuestra Diálisis Comunal, la calidad de vida de estos usuarios se mejorará de manera significativa. El proyecto ya se encuentra en etapa de diseño y se espera que esté implementada en el primer semestre del año 2025.

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, surge la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo. En esta se introduce el concepto de multimorbilidad, entendido como la existencia de 2 o más condiciones crónicas en una persona, situación frecuente en la población chilena, que trae consigo mayores riesgos para las personas, sobrecarga para el sistema e impacto en calidad de atención por parte del equipo de salud. Esto modifica la atención de las personas desde la lógica programática, centrando el cuidado en ellas. Particularmente modifica el Programa de Salud Cardiovascular, una de las principales estrategias del Ministerio de Salud durante los últimos 20 años para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, por un abordaje integral de la persona.

**OBJETIVO GENERAL**

Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

**Objetivos específicos**:

1. Mejorar la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, mediante una atención integral, continua y de calidad.
2. Mejorar la calidad y resultados de las atenciones a través de la incorporación e implementación de elementos del Modelo de Cuidados Crónicos al PSCV.
3. Fortalecer el control de los factores de riesgo y el seguimiento de aquellas personas que han tenido un evento CV.
4. Incorporar a la familia como factor protector y potenciador del cambio de conductas en el abordaje de los riesgos.

**CARTERA DE PRESTACIONES**

| PROGRAMA | PRESTACION | RRHH |
|---|---|---|
| Salud cardiovascular | Ingreso a salud cardiovascular | Medico |
| Salud cardiovascular | control salud cardiovascular | Enfermera-Nutricionista |
| Salud cardiovascular | control salud cardiovascular | Medico |
| Salud cardiovascular | control salud cardiovascular ajuste de tratamiento | Medico |
| Salud cardiovascular | Examen de medicina preventivo | Médico, enfermera, nutricionista, matrona u otro funcionario debidamente capacitado |
| Procedimiento | curación pie diabético no infectado | Enfermera |
| Procedimiento | curación pie diabético infectado | Enfermera |
| Procedimiento | Electrocardiograma | TENS |
| Procedimiento | atención podológica riesgo de ulceración leve o moderado | Podóloga |
| Procedimiento | atención podológica riesgo de ulceración alto o máximo | Podóloga |
| Salud cardiovascular | Educaciones individuales de salud cardiovascular | Equipo de salud |
| Salud cardiovascular | Taller grupal salud cardiovascular multidisciplinario | Equipo de salud |
| Transversal | Rescate de usuarios inasistentes SCV | TENS-OFA |
| Transversal | VDI familia con integrante con patología crónica descompensada | Equipo de salud |
| Procedimiento | curación compleja y/o avanzada de heridas y/o ulcera venosa | Enfermera |
| Procedimiento | Perfil seriado de PA | TENS o profesional capacitado |
| Salud cardiovascular | actividad física | Kinesiólogo o profesor de educación física |

**BRECHAS DETECTADAS**

Adquirir monitoreo continuo de presión arterial, ya que según Problema de Salud GES N° 21: hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 y más años, en una de sus garantías de acceso hace referencia a “Todo beneficiario de 15 años y más tendrá acceso a monitoreo continuo de presión arterial según indicación médica”

Para dar cumplimiento a la técnica estandarizada de toma de presión arterial, según recomendaciones de iniciativa HEARTS, se requiere adquirir manguito tamaño grande para población obesa.

Se necesita implementar plan anual de mantención de equipos de uso frecuente en el programa a nivel comunal.

**Objetivos de trabajo 2025**:

- Aumentar pesquisa y cobertura a través del examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor, alcanzando compromiso 2025.
- Alcanzar niveles de presión arterial óptimos, mejorar el control metabólico de las personas con diabetes, mejorar los niveles de colesterol de las personas con dislipidemia, logrando así alcanzar las metas de compensación efectivas comprometidas según grupo etario.
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
- Fomentar estilos de vida saludables en la población a cargo.
- Realizar seguimiento a la población que ha sufrido un evento cardiovascular según protocolo.
- Abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes.
- Generar espacios de diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.
- Realizar rescate de inasistentes al programa, para asegurar cobertura, continuidad de atención y tratamiento.
- Aumentar cobertura de prestaciones para la población bajo control del programa, tales como, aplicación de pauta renal, evaluación de pie diabético, atención podológica, exámenes de laboratorio, fondo de ojo, electrocardiograma entre otros.
- Realizar talleres con un enfoque de educación para adulto en la población recientemente ingresada al programa, con la finalidad de otorgar la información necesaria para su cuidado y bienestar.
- Fomentar en los usuarios pertenecientes al programa la participación en los talleres de actividad física programados por el equipo de salud.

- Actualizar flujograma de derivación por riesgo cardiovascular, grupo etario y compensación de los usuarios.
- Realizar periódicamente auditorias al programa según procedimiento recientemente elaborado.

# PROGRAMA DE SALUD ORAL

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Es parte fundamental de la salud general, por lo tanto, su cuidado es parte del cuidado integral de la salud y bienestar de las personas.

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más frecuentes, comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas no transmisibles como cáncer, obesidad, diabetes, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la población y el alto costo de su tratamiento. El refuerzo de los principios de estilos de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas en desarrollo de los pacientes y mejorar su salud oral y sistémica.

Las políticas y programas de salud bucal han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas mediante estrategias sectoriales, intersectoriales y participativas para la promoción de la salud, prevención de enfermedades bucales y tratamiento odontológico, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

Tenemos como objetivo de impacto para la próxima década “Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud”, con metas de impacto orientadas a lograr aumentar la prevalencia de niños y niñas de 6 años libres de caries y aumentar la prevalencia de personas adultas y personas mayores con dentición funcional

Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Según estudios nacionales disponibles, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 49,6% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años. La prevalencia de caries a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años.

Respondiendo a las necesidades de la población, los programas de atención odontológica en los centros de atención primaria del país se centran, principalmente, en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y en la recuperación del daño causado por caries dental, enfermedades gingivales y periodontales a lo largo del ciclo vital, mejorando el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables.

**Evaluación 2024**

En términos generales hemos podido cumplir las metas que nos envían desde el Servicio de Salud O´Higgins; sin embargo, hemos notado que hizo falta una programación en términos de horas necesarias para cada programa a ejecutar, lo que ha significado ir modificando en reiteradas ocasiones las prestaciones entregadas. Además de una falta de programación de los insumos y materiales necesarios para la cantidad de atenciones entregadas durante todo el año.

Sin embargo, el equipo dental con el cual cuenta nuestro CESFAM y Posta El Manzano, es un equipo comprometido y afiatado entre sí, lo que permite poder hacer esas reprogramaciones en tiempos acotados y que podamos dar continuidad a las metas propuestas y cumplir los objetivos.

La implementación de 2 box dentales en las postas de Salud Rural de Llavería, Llallauquén y con esto reducir la inequidad geográfica en acceso a servicios odontológicos que presenta nuestra comuna.

**Brechas detectadas 2024 para logro de objetivos**

Contar con sólo 2 lugares de atención dental en El Manzano y en CESFAM Las Cabras, lo que dificulta el traslado de usuarios de lugares más lejanos, impide la sectorización de las metas y la factibilidad de poder realizar todos los programas dentales.

Gestionar junto con SOME proceso de confirmación de horas, afecta la asistencia de pacientes y continuidad dentro del tratamiento y la respuesta tardía en citar algún usuario nuevo.

El hecho de que no todos los profesionales que trabajan en el CESFAM conocen nuestras metas, dificulta la derivación oportuna de los usuarios a cada programa.

No contar con difusión de nuestros programas a los administrativos del SOME, lo que genera agendar usuarios en horarios diferentes a los dispuestos por nosotros.

**Objetivos 2025**

Realizar una programación en relación con las horas que necesitamos para dar cumplimiento a las metas y logros comprometidos.

Realizar una programación de instrumental e insumos dentales necesarios para llevar a cabo todo lo programado.

Incrementar la cobertura de atención de salud bucal en la población.

Reducir inequidad geográfica en acceso a servicios odontológicos, implementando 2 box dentales nuevos en las postas de Salud Rural de Santa Inés y El Carmen.

**Estrategias de trabajo 2025**

El objetivo general de los programas odontológicos con los que cuenta el CESFAM se enfoca en mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque en la equidad en salud.

Reorganizar las prestaciones otorgadas, comenzando a sectorizar los programas dentales. Realizar en los box dentales de las PSR de la comuna la mayor parte de los programas.

Enfocarnos en la prevención y promoción de la salud oral; ya que toda persona debería tener las herramientas para poder cuidar y valorar su salud bucal, para de esa forma puedan contribuir positivamente a su calidad de vida sintiéndose segura y protegida.

A continuación, se describen los programas de atención odontológica que se desarrollan en el CESFAM de Las Cabras y en algunas de las postas rurales de Salud:

1. **Salud oral integral de la embarazada**: El cuidado de la salud bucal se inicia desde el embarazo, lo que permite que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. 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 a través de la atención de Salud Oral Integral de la Embarazada incorporada en el régimen de garantías explícitas en salud (GES).

2. **Control con Enfoque de Riesgo odontológico (CERO):** Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos periódicos a niños, niñas y adolescentes con o sin patologías bucales, con el fin de mantenerlos sanos o de compensar y detectar en forma temprana el desarrollo de estas patologías. Los niños y niñas ingresan al control a los 6 meses de vida y egresan del programa al cumplir los 20 años.
3. **Programa Sembrando Sonrisas**: El objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia, 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. Consiste en un examen de salud bucal, educación en técnica de cepillado, aplicación 2 veces al año de barniz de flúor y la entrega de pasta dental con flúor y cepillos de dientes adecuados para la edad de los niños y niñas. Esta atención odontológica se realiza en los establecimientos de educación parvularia entre 2 y 5 años de establecimientos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra, municipales y particulares subvencionados con mayor vulnerabilidad social.
4. **Salud oral integral para niñas y niños de 6 años**: La atención odontológica integral de los niños de 6 años está incluida en el régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su propósito es educar, prevenir y tratar precozmente al niño y niña de 6 años para mantener o recuperar su salud bucal.
5. **Atención odontológica integral a los jóvenes de enseñanza media**: Incorpora a todos los estudiantes de enseñanza media de colegios municipales y particulares subvencionados. Su propósito es contribuir a que los jóvenes se incorporen a la vida adulta con las mejores condiciones de salud bucal, facilitándoles el acceso a la atención odontológica.
6. **Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria**: El programa de morbilidad odontológica para población adulta busca facilitar el acceso a la atención odontológica a los hombres y mujeres mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales.

7. **Programa Más Sonrisas para Chile**: Tiene como propósito aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres mayores de 50 años de grupos socioeconómicos vulnerables, apoyándolas en sus esfuerzos de integración laboral y en el fortalecimiento de su autoestima. Busca recuperar la sonrisa y la salud bucal, fomentando el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social.
8. **Programa Hombres de Escasos Recursos:** Tiene como propósito aumentar la cobertura de atención odontológica para hombres mayores de 50 años de grupos socioeconómicos vulnerables, este programa entrega atención odontológica integral.
9. **Atención odontológica integral adulto de 60 años**: forma parte del régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de los adultos de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal.
10. **Urgencias Odontológicas Ambulatoria**: La atención de las urgencias odontológicas ambulatorias consiste en entregar atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergable. Forma parte del régimen de garantías explícitas de salud (GES).
11. **Resolutividad de prótesis y endodoncias**: estos programas son realizados para complementar los anteriormente indicados y/o para incluir edades que no están cubiertos en ellos. Endodoncias en población mayor de 15 años y prótesis removibles en población mayor de 20 años. Contribuyen además en la disminución de la lista de espera, de prestaciones que años anteriores eran derivados a los hospitales de la Red.

# PROGRAMA SALUD MENTAL

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria sitúa en el centro al usuario, asimismo es un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población.

El Modelo de Intervención de Salud Mental se basa en un Enfoque Comunitario, centrado en la relación del sujeto al interior de un contexto social, que define que las acciones de salud deben ser entregadas a la persona y su grupo primario de pertenencia de manera integral, es decir, resolviendo las necesidades en las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas en forma amplia e integrada, continua y permanente, a lo largo del ciclo vital. En este sentido, se concibe al individuo como producto de múltiples sistemas organizativos, que se influyen entre sí y que son codependientes en su desarrollo, tales como, familia, comunidad, escuela, trabajo, grupo de pares y el entorno.

La atención en salud mental debe incorporar la relación del sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen y por lo tanto debe darse en el contexto comunitario habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando los recursos disponibles, no apartándolas de sus redes naturales.

Esto implica entre otros, la planificación y desarrollo de actividades fuera del establecimiento, de manera complementaria a aquellas que se hacen directamente en el Centro.

Se basa en un enfoque preventivo, que implica la incorporación de contenidos de prevención de salud mental en las acciones habituales de salud, con el fin de anticiparse a las consecuencias más negativas de la enfermedad y aportar a la difusión de estilos de vida más sanos y conductas de auto

cuidado en la cual el individuo y su familia son capaces de tomar decisiones en lo concerniente a la protección en su salud. Además, el Modelo de Atención de Salud Mental se basa en un Enfoque de Redes, implica que la atención integral en salud mental y psiquiatría que las personas requieren se entrega a través de un conjunto de instancias que ofrecen diversos servicios, las que operan como un todo en forma coordinada y articulada. Las personas transitan por esas diversas instancias o servicios en forma fluida de acuerdo con las necesidades propias de su proceso salud–enfermedad.

El objetivo del Programa de Atención Integral de salud Mental es contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios de la Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales, favoreciendo la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, logrando un aumento paulatino de la Resolutividad y disminuyendo tiempos de espera para la especialidad, Actualmente dentro de las principales presentaciones que se entregan por el Programa de Salud Mental son:

| PROGRAMA DE SALUD MENTAL | PROFESIONALES |
|---|---|
| 1. Atención Individual | |
| ○ Ingreso salud mental | Psicóloga/o-Medico salud mental. |
| ○ Control salud mental | Psicóloga/o -Medico salud mental. |
| ○ Consulta salud mental | Psicóloga/o - terapeuta ocupacional-asistente social. |
| 2. Talleres<br>○ Taller de apoyo a la terapia en salud mental. | Psicóloga/o |
| 3. Visita Domiciliaria Integral | Médico- Psicóloga/o - Asistente Social |
| 4. Promoción y Trabajo Intersectorial | Médico- Psicóloga/o - Asistente Social |
| 5. Consejería Individual | Médico- Psicóloga/o - Asistente Social |
| 6. Ingreso ECICEP | Médico- Psicóloga/o - Asistente Social |
| 7. Ingreso Multimorbilidad | Médico- Psicóloga/o - Asistente Social |
| 8. Informes a COMPIN | Médico- Psicóloga/o |
| 9. Informes a TRIBUNALES | Médico- Psicóloga/o |

# PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

## CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN

El Programa de Rehabilitación Integral en las Redes de Salud, es una estrategia transversal a lo largo del ciclo vital, cuyo foco es la población de 20 y más años. Trabaja bajo el modelo de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) y el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Su propósito, es entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, mejorando la resolutividad a nivel de la atención primaria de salud, a través de actividades terapéuticas, laborales y sociales con el objetivo final de incluir y validar los derechos de las Personas en situación de Discapacidad, integrándolas o reintegrándolas a la comunidad.

**Objetivo General:**

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

**Objetivos Específicos**:

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.
3. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
4. Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

**Productos Esperados**

1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador (PTI)
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

Nuestro servicio de rehabilitación está formado por Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudióloga, preparados para atender a personas en situación de discapacidad de tipo permanente o transitoria producto de una patología neurológica, musculoesquelética o reumatológica.

**CANASTA DE PRESTACIONES**

| PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|
| Evaluación integral de usuarios(as) | Kinesiólogo(a) -Terapeuta Ocupacional – Fonoaudióloga |
| Tratamiento/Rehabilitación | Kinesiólogo(a) -Terapeuta Ocupacional – Fonoaudióloga |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Consejería individual/ familiar | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Visitas Domiciliarias Integrales | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Confección de Órtesis | Terapeuta Ocupacional | | | |
| Evaluación de Ayudas Técnicas/ Evaluación de adaptaciones | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Psicoeducación individual y grupal (Talleres de prevención) | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Taller de Cuidados al Cuidador | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Talleres de Promoción de la Salud con la comunidad | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |
| Calificación de la discapacidad (IVADEC) | Kinesiólogo(a)-Terapeuta Ocupacional | | | |
| Trabajo con el Inter sector | Kinesiólogo(a) Fonoaudióloga | -Terapeuta | Ocupacional | – |

Además, nuestro centro es Entidad Calificadora Externa de Discapacidad (ECED), por lo que se destinan horas para la aplicación del Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad (IVADEC-CIF) y de los expedientes de calificación para ser enviados a COMPIN facilitando el proceso de nuestros usuarios para adquirir su credencial de discapacidad.

**Evaluación de Enero a septiembre 2024**

Durante el mes de enero 2024 se llevó a cabo el Diagnóstico participativo bianual en conjunto con la oficina de Discapacidad y la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo, llevando hasta la fecha 8 intervenciones de diagnóstico y planificación participativa con organizaciones comunitarias y organizaciones asociadas a discapacidad. Además de, actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas en la comunidad educativa

Entre los meses de enero y septiembre de 2024 se realizaron 634 evaluaciones de ingreso a usuarios y sus familias con el respectivo Plan de Tratamiento Integral.

De ellos, hasta el mes de septiembre 361 usuarios han logrado el alta por cumplimiento de los objetivos acordados, lo que representa un 57% de los usuarios ingresados.

Como parte de estos planes de tratamiento integral se han llevado a cabo 22 sesiones grupales de educación, prevención e inclusión socio comunitario con la participación de 102 usuarios y 30 consejerías individuales y familiares.

Además, en los usuarios con afecciones principalmente neurológicas, se realizaron 99 visitas domiciliarias para la evaluación en su contexto familiar y doméstico.

En el contexto individual, de enero a septiembre se han concretado 7657 sesiones de rehabilitación con más de 11700 prestaciones otorgadas.

Además, se realizaron 98 aplicaciones de IVADEC como parte del proceso de calificación de discapacidad.

**Objetivos 2025:**

Dentro de los objetivos sanitarios de la década 2021-2030 (ENS) se encuentra el eje estratégico 5: funcionamiento y discapacidad, el cual se incorpora por primera vez en este proceso como un eje transversal, considerando el funcionamiento como un aspecto clave para valorar la salud de la población. En base a esto y a los datos del 2024 es que los objetivos del año 2025 están centrados en:

- Mantener y/o aumentar cobertura de las prestaciones clínicas logradas hasta la fecha, optimizando los tiempos de espera para ingreso a rehabilitación y/o derivación a nivel secundario.
- Fomentar la formación educativa y/o de especialidad de nuestros profesionales.
- Mejorar los planes de conexión con las diversas oficinas y servicios del Inter sector.
- Aumentar acceso a acciones preventivas y promocionales de rehabilitación y discapacidad, con foco en el autocuidado.
- Mejorar infraestructura, equipamiento e insumos de rehabilitación para cubrir las necesidades de la población.

**Estrategias de trabajo 2025**:

Formalizar y difundir la categorización de prioridad de ingreso al centro comunitario de rehabilitación con personal clínico, administrativo y usuarios.

Realizar educaciones al equipo clínico de nuestro CESFAM sobre patologías más comunes de nuestra población

Protocolizar proceso de calificación de discapacidad y difundirlo tanto en nuestro CESFAM como en instancias comunitarias e intersectoriales.

Mantener comunicación con universidades con alumnos de las carreras de kinesiología y terapia ocupacional, para la ejecución de actividades prácticas.

Reactivar reuniones y desarrollar un nuevo plan de la mesa intersectorial y establecer un protocolo de derivaciones intersectoriales que surjan en los planes de tratamiento a los usuarios y/o familias.

Aumentar número de talleres a usuarios, familias, cuidadores y comunidad en los ámbitos educativos, preventivos, recreativos y socio comunitarios.

Mantener informado a la dirección del establecimiento de las necesidades de equipamiento e infraestructura que se visualizan tanto por el equipo clínico como usuarios y sus familias.

# PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A FAMILIAS CON INTEGRANTE EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SEVERA

El programa de atención domiciliaria a familias con integrante en situación de dependencia severa, está dirigido a todas aquellas familias que tengan un integrante que sufra algún grado de dependencia severa, física o psíquica, según índice de Barthel o informe médico, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en el usuario, familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque biopsicosocial familiar cultural, para mejorar así, su calidad de vida.

El objetivo del programa es otorgar al usuario en situación de dependencia severa, familia y entorno, una atención integral en su domicilio en los ámbitos, físico, emocional, psicológico, social y cultural, mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

| Canasta de Prestaciones | Profesionales |
|---|---|
| Visita domiciliaria integral | Médico, Trabajadora Social y TENS |
| Visita domiciliaria de tratamiento y/o procedimiento | Médico, Trabajadora Social, Enfermero, TENS, Matrona, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Nutricionista, Químico Farmacéutico y Odontólogo |
| Trabajo en red | |
| Capacitación al cuidador | Enfermero, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Profesor de Educación Física y Nutricionista |

**LOGROS 2024**

- 8 de los 9 establecimientos de la comuna, a octubre de 2023 cumplen con 100% de familias visitas a lo menos 2 veces al año.

- 100% de cuidadores capacitados en temáticas como sobrecarga del cuidador, estrategias de cómo cuidarse para poder cuidar y beneficios sociales; además de talleres de confección de guatero de semillas y confección de alza ropa
- Nuevo protocolo de atención con enfoque biopsicosocial, cultural, espiritual.
- Visitas domiciliarias integrales con enfoque biopsicosocial, cultural, espiritual; comenzando el 2023 con la realización de VDI por dupla Medico y Trabajadora Social
- Entrega de credencial de “atención preferente en salud”.

**OBJETIVOS 2025**

- Realización de jornada de autocuidado para cuidadores de usuarios en situación de dependencia severa.
- Capacitar al 100% de cuidadores.
- Todas las familias contar con a lo menos 2 visitas domiciliarias integrales.

# PROGRAMAS RESPIRATORIOS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), han sido históricamente la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y SAPUs. De ellas, aproximadamente 56% son IRA altas y 44% IRA bajas.

En las infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), en 1994, la neumonía era la primera causa de mortalidad infantil tardía, dando cuenta del 24% de las defunciones en este grupo etario; un 60% ocurría en domicilio. En relación con esa situación epidemiológica, el Ministerio de Salud da inicio a una estrategia dirigida al nivel de Atención Primaria de Salud, con un programa unificado de infecciones respiratorias agudas, formulando normas que priorizan la toma de decisiones terapéuticas en base a parámetros preferentemente clínicos y al apoyo radiológico o de laboratorio.

**PROGRAMA IRA**

El objetivo principal de la creación de este programa es disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas. Los objetivos específicos son reducir la mortalidad por neumonía en menores de 1 año (con énfasis en la disminución de la mortalidad domiciliaria), disminuir las hospitalizaciones por Síndrome Bronquial Obstructivo (SBOR), y el control de patologías respiratorias crónicas en los menores de 19 años.

**PROGRAMA ERA**

El objetivo principal de este programa es la pesquisa y control de enfermedades respiratorias crónicas en las personas mayores de 19 años, dando énfasis a los mayores de 40 años y adultos mayores. Además del tratamiento kinésico en patologías agudas y exacerbaciones. También realizar rehabilitación respiratoria a pacientes con EPOC, para así lograr una disminución en las hospitalizaciones, mejorar la calidad de vida, y disminuir la mortalidad de esta población objetivo.

**CANASTA DE PRESTACIONES**

| PRESTACIONES | PROFESIONALES |
|---|---|
| Ingreso crónico | Médico IRA-ERA |
| Control crónico | Médico IRA-ERA, Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Ingreso agudo | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Consulta de atención aguda | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Espirometría | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Flujometría | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Pimometría | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Test de provocación bronquial por ejercicio | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Test de caminata de 6 minutos | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Rehabilitación respiratoria | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Visita domiciliaria integral | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Visita domiciliaria por SRMN grave | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Visita domiciliaria por programa O2 ambulatorio | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Visita domiciliaria con fines de tratamiento | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Visita de auditoría por muerte por Neumonía en domicilio | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Educación grupal e individual | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Talleres educativos | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Consejería breve antitabaco | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Aplicación de encuesta de calidad de vida | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Kinesiterapia respiratoria | Kinesiólogo IRA, Kinesiólogo ERA |
| Hospitalización abreviada | Kinesiólogo IRA |
| Intervención en crisis respiratoria | Kinesiólogo ERA |

**Brechas detectadas en 2024**:

- Alta rotativa de médicos

- Falta de horas médico IRA-ERA
- Aumento de demanda de horas Kinesiólogo en Postas Rurales
- Falta de horas administrativas para programas IRA-ERA (rescates, seguimientos, resolver alertas SIGGES)
- Pacientes ingresados a programa por médico, no son informados a kinesiólogos de forma inmediata para ser ingresados a población en control.

**Objetivos de los programas IRA-ERA para el año 2025**:

- Cumplir la meta sanitaria "Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más", según meta 2025 dispuesta por SSO'Higgins.
- Cumplir metas establecidas en el Convenio de refuerzo al recurso humano, programas IRA-ERA 2025 del SSO'Higgins.
- Aumentar población en control de Asma y EPOC del CESFAM y postas rurales
- Implementar programa de rehabilitación respiratoria a población EPOC A en CESFAM y PSR El Manzano
- Aumentar rondas en postas rurales
- Realizar Talleres de Prevención de IRA, Signos de alarma y "cuándo consultar", a población infantil y adulta mayor

**Estrategias de trabajo 2025**

- Coordinación con SOME por disponibilidad de horas médicas IRA-ERA
- Coordinación con postas rurales para rescate y citación de pacientes inasistentes a control, seguimiento de consejerías, VD SRMN.
- Solicita horas de TENS para apoyo a programas IRA-ERA (rescates, seguimientos)
- Registro de Posibles Ingresos a programa pesquisados, para realizar seguimiento
- Pesquisa de pacientes EPOC para comenzar programa de rehabilitación respiratoria en marzo 2025.
- Incluir a programas respiratorios en actividades de promoción del CESFAM

# LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio del Centro de Salud Familiar Las Cabras cuenta con una moderna tecnología, que nos ayuda en la realización de los exámenes de una forma más eficiente, rápida, de calidad y segura. Esto se ha logrado gracias al constante trabajo y perfeccionamiento. Contamos con profesionales calificados y con un fuerte compromiso con el paciente, lo cual nos ayuda a trabajar arduamente y comprometidos para que sus exámenes sean el fiel resultado de las muestras. Gracias al trabajo en conjunto con el Consejo Consultivo comunal de salud, se pudo lograr que desde el año 2025 se realizará en nuestro laboratorio el examen FSH (Hormona Folículo Estimulante) análisis primordial para las primeras etapas del climaterio. Nuestro laboratorio, está adscrito a controles de calidad internos y externos, asegurando que los resultados sean los adecuado. A continuación, nuestra cartera de servicios.

| CARTERA DE SERVICIOS | ESTAMENTO |
|---|---|
| Test de COOMBS indirecto | Tecnólogo Médico – TENS |
| Grupo ABO y Rh | Tecnólogo Médico – TENS |
| Hematocrito | Tecnólogo Médico – TENS |
| Hemoglobina Total | Tecnólogo Médico – TENS |
| Hemograma | Tecnólogo Médico – TENS |
| Recuento de Eritrocitos | Tecnólogo Médico – TENS |
| Recuento de Leucocitos | Tecnólogo Médico – TENS |
| Recuento de Plaquetas | Tecnólogo Médico – TENS |
| Velocidad de Sedimentación | Tecnólogo Médico – TENS |
| Ácido úrico en sangre | Tecnólogo Médico – TENS |
| Bilirrubina Total | Tecnólogo Médico – TENS |
| Bilirrubina conjugada | Tecnólogo Médico – TENS |
| Colesterol Total | Tecnólogo Médico – TENS |
| Creatinina en sangre | Tecnólogo Médico – TENS |
| Clearence de creatinina | Tecnólogo Médico – TENS |
| LDH | Tecnólogo Médico – TENS |
| Perfil Lipídico | Tecnólogo Médico – TENS |
| Fosfatasas Alcalinas | Tecnólogo Médico – TENS |
| Glucosa en sangre | Tecnólogo Médico – TENS |

| | |
|---|---|
| Test de Tolerancia a la Glucosa | Tecnólogo Médico – TENS |
| Nitrógeno ureico y/o urea | Tecnólogo Médico – TENS |
| Proteínas Totales | Tecnólogo Médico – TENS |
| Perfil Hepático | Tecnólogo Médico – TENS |
| Factor Reumatoídeo Látex | Tecnólogo Médico – TENS |
| Proteína C reactiva | Tecnólogo Médico – TENS |
| Baciloscopías | Tecnólogo Médico – TENS |
| Urocultivo | Tecnólogo Médico – TENS |
| Antibiograma | Tecnólogo Médico – TENS |
| RPR | Tecnólogo Médico – TENS |
| Test de Graham | Tecnólogo Médico – TENS |
| Coproparasitología seriado | Tecnólogo Médico – TENS |
| Hemorragias ocultas | Tecnólogo Médico – TENS |
| Flujo Vaginal | Tecnólogo Médico – TENS |
| Microalbuminuria | Tecnólogo Médico – TENS |
| Orina Completa | Tecnólogo Médico – TENS |
| Sedimento urinario | Tecnólogo Médico – TENS |
| Proteinuria 24 horas | Tecnólogo Médico – TENS |
| Transaminasas GOT | Tecnólogo Médico – TENS |
| Transaminasas GPT | Tecnólogo Médico – TENS |
| Test de embarazo | Tecnólogo Médico – TENS |
| Hemoglobina Glicosilada | Tecnólogo Médico – TENS |
| Triglicéridos | Tecnólogo Médico – TENS |
| Electrolitos Plasmáticos | Tecnólogo Médico – TENS |
| Antiestreptolisina-O | Tecnólogo Médico – TENS |
| **Toma de muestras** | **TENS** |

# PROGRAMA PROMOCION DE SALUD

**Problema transversal**

A nivel mundial el aumento de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) junto con el sedentarismo se han convertido en una de las principales preocupaciones para la salud pública. Ese aumento se ve reflejado en las últimas encuestas de salud realizadas en nuestro país que muestran cómo la población ha tenido una disminución de la proporción de personas con factores protectores para la salud en el país, tales como: actividad física suficiente; dieta saludable; colesterol <200 mg/dl; presión arterial < 120/80 mm Hg; no fumar, IMC <25; glicemia < 100 mg/dl.

**Contexto**

Es fundamental intervenir en la población promoviendo a través de diversas actividades los conocimientos y habilidades de factores protectores de la salud considerando que las cifras reflejan que actualmente predominan los hábitos no saludables.

Las intervenciones deben ser desde la infancia para poder generar un impacto desde temprana edad, además se debe incluir a las familias y sus entornos haciendo parte a la comunidad del cambio.

La difusión y comunicación será parte importante en la intervención para poder llegar a la población.

**Objetivo**

Articular acciones y programas de las diferentes instituciones y servicios que contribuyan a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, fomentando la participación activa.

| Objetivos | Componente | Actividades |
|---|---|---|
| **Fortalecimiento de las regulaciones y políticas municipales para crear y favorecer entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.** | Políticas y regulaciones sobre entornos saludables | ○ Habilitación de calle interior de Cabaña Blanca para realización de actividades deportivas.<br>○ Actualización de línea base comunal. |
| **Aumento en la habilitación y mejora de infraestructura para implementar entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.** | Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable | ○ Implementación de actividades deportivas permanentes: talleres de fútbol mixto y baile entretenido en la localidad de Santa Inés. Talleres de Boccia recreativo y yoga en la comuna de Las Cabras.<br>○ Instalación de circuito de máquinas de ejercicios para adultos en la localidad de Santa Inés.<br>○ Instalación de señaléticas en circuito de máquinas de ejercicios para adultos de la localidad de Santa Inés. |
| **Aumento de las intervenciones de educación en salud para la población general y grupos específicos.** | Participación comunitaria para el empoderamiento en salud | ○ Formación de facilitadores en promoción de la salud: Realización de escuela dirigida a líderes sociales, con información sobre regularización de situación migratoria, credencial de discapacidad, controles del ciclo vital, entre otros temas.<br>○ Conformación de mesa territorial urbana con integración de la comunidad, el intersector y el equipo de salud.<br>○ Conformación de mesa territorial rural con integración de la comunidad, el intersector y el equipo de salud.<br>○ Estimular la elaboración de proyectos comunitarios con enfoque en la promoción de la salud, por parte de la comunidad.<br>○ Planificación y ejecución de Diagnóstico Participativo por sectores de CESFAM y Postas de Salud Rural.<br>○ Mantener participación ciudadana a través de reuniones con Consejo Consultivo en Salud. |
| **Fortalecimiento de la participación comunitaria para aumentar conocimientos y habilidades de los factores protectores y para aumentar el involucramiento con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e** | Comunicación social | ○ Producción de eventos comunales para la celebración/conmemoración del día mundial de actividad física, día de la alimentación, talleres de alimentación saludable, concurso lactancia materna, día de la discapacidad, día mundial sin tabaco.<br>○ Participación en actividades gestionadas por el intersector tales como: día de la mujer, día de la madre, día de la no discriminación,<br>○ Realizar campaña promocional y difusión de información a través de redes sociales (Instagram, Facebook, página web) magnéticos, infografía y |

| | | |
|---|---|---|
| **intergeneracional.** | | capsulas digitales<br>○ Participación en programa radial comunal con énfasis en factores protectores e inclusión de conversatorios alusivos a regulación migratoria, credencial de discapacidad, conocimiento e importancia de los controles de salud del ciclo vital, autocuidado, etc. |
| **Fortalecimiento en la difusión y comunicación social para aumentar el conocimiento de los factores protectores/riesgo de la salud y el bienestar con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.** | Educación para la salud | ○ Realización de talleres educacionales sobre alimentación saludable en escuela Inés de Suárez, Santa Inés.<br>○ Realización y difusión de cápsulas sobre alimentación saludable.<br>○ Expo salud verano hábitos saludables.<br>○ Realización de talleres de alimentación saludable en establecimientos educacionales de la comuna.<br>○ Ejecución de talleres educativos en calidad de vida y factores protectores en la localidad de Santa Inés.<br>○ Realización de talleres en huerto comunitario para la implantación de conocimientos en domicilio.<br>○ Educación en Salud Sexual y Reproductiva (Infecciones de transmisión sexual) a través de la toma de test rápido de VIH.<br>○ Realización de operativo informativo en terreno en sector de Santa Inés, orientado a la población, en general con énfasis en población migrante, con el objetivo de realizar inscripción per cápita, informar sobre funcionamiento de APS, atención secundaria, SUR y orientación en situación migratoria. |

**Estrategia Lugares de Trabajo Promotores de la Salud**

Tiene por objetivo incentivar la incorporación de lugares de trabajo a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos laborales, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento, con asesoría técnica permanente, para alcanzar una mejor calidad de vida de los trabajadores.

El sistema de reconocimiento de LTPS ofrece la oportunidad a los lugares de trabajo de realizar una autoevaluación, con la finalidad de desarrollar procesos de mejora continua y de calidad. Los planes de mejoras que se derivan del reconocimiento pueden traducirse en procesos y directrices que orienten y guíen el desarrollo de la institución en las dimensiones Alimentación Saludable, Actividad Física, Conciliación Trabajo Vida Personal y Salud Mental.

El entorno laboral es un espacio prioritario para desarrollar acciones de promoción de salud que mantengan y mejoren la salud y el bienestar de los trabajadores y trabajadoras; las actividades que se realicen orientadas por promoción deben apuntar a comprometer a los altos mandos de las instituciones, incorporar a la familia, considerar el enfoque de género y diversidad, prevención de situaciones de discriminación e implementación de ambientes libres de humo de tabaco con participación de los trabajadores y trabajadoras que permitan la implementación de política de salud en el lugar de trabajo.

Actividades: Finalizar proceso de certificación de lugares de trabajo adheridos a esta estrategia.

**Estrategia Lugares de Trabajo y Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud**

Esta iniciativa se fundamenta en el potencial que tiene la escuela y los procesos educativos formales en la construcción de sociedades más saludables y con mayores capacidades para lograrlo. Para ello, considera las condiciones y situaciones que viven los niños, niñas y jóvenes en el contexto de su vida cotidiana: en la familia, la comunidad y sociedad. Fomenta el desarrollo de sus conocimientos, capacidades y aptitudes para que puedan exigir y defender sus derechos, ejercer

sus deberes, cuidar su salud y la de otros y reducir los comportamientos de riesgo. De igual manera promueve un análisis crítico y reflexivo de los valores, comportamientos, condiciones sociales y modos de vida, con la meta de fortalecer aquellos factores que favorecen la salud y el desarrollo humano. Para esto la estrategia se basa en seis componentes principales: Alimentación saludable; Actividad física/ corporeidad y movimiento; Promoción de salud mental y bienestar de las comunidades educativas; Salud y educación ambiental; Participación en salud; y Salud Bucal.

Actividades: Finalizar proceso de certificación de establecimientos educacionales adheridos a esta estrategia.

**Plan de manejo intersectorial preventivo para población infantojuvenil**

**Mediante el trabajo intersectorial**

Objetivo: Prevenir el daño en población infantojuvenil perteneciente al CESFAM y PSRs de la comuna de Las Cabras. Para ello se busca generar factores protectores de esta comunidad por intermedio de la Promoción, Prevención y Participación de la Salud, además de establecer los lineamientos de derivación al programa Espacio Amigable para Adolescentes, desde Establecimientos Educacionales de la comuna de Las Cabras.

Para el cumplimiento de objetivos se trabaja con el intersector en la creación de actividades para la población infantojuvenil a través de actividades masivas, talleres en establecimientos educacionales y concursos.

# SERVICIOS DE URGENCIA

En concordancia con la visión y misión de nuestro CESFAM, el Servicio de Urgencia tiene como objetivo entregar a la comunidad una atención de salud oportuna y de calidad, mediante un trabajo en equipo donde predomine la resolutividad, accesibilidad, eficiencia, compromiso, respeto, empatía, equidad, calidad e integralidad.

El Servicio de Urgencia, tanto en las Cabras como el Manzano, atiende las 24 horas, los 7 días de la semana. Actualmente el Servicio cuenta con una Coordinadora con 44 horas

Ambos Servicios de Urgencia tienen como propósito otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible, resolviendo problemas de salud acordes a nuestra capacidad resolutiva y/o derivando los casos de mayor complejidad a otros centros hospitalarios, que en nuestro caso sería: en primera instancia Hospital de Peumo, Hospital de Rengo, Hospital Regional de Rancagua, Hospital de Santa Cruz, en ese mismo orden de derivación, y por último, en casos especiales y/o segunda derivación Hospital de San Fernando.

## Objetivos planteados año 2025

Para el año 2025, el Servicio de Urgencia se ha planteado los siguientes objetivos:

**Objetivo 1: Educación del usuario**

Para este nuevo período se buscará que los funcionarios del Servicio puedan realizar cápsulas educativas, las cuales serán transmitidas a través de los medios oficiales del Cesfam, como también en Sala de Espera del Servicio de Urgencia.

**Objetivo 2: Capacitación personal del servicio de urgencia**

Se gestionarán Capacitaciones en diferentes áreas; a saber: Manejo de Emociones frente a Accidentes de Tránsito, Farmacología, Actualización de Técnicas de RCP, Intubación, Uso de Mascarillas Laríngeas, Técnicas de Inmovilización en Accidentes de Tránsito, Trabajo en Equipo, Manejo ACV y Manejo IAM.

**Objetivo 3: Adquisición de instrumentos clínicos**

Se gestionarán los recursos para la adquisición de: Camillas, Electrocardiograma, Desfibrilador Bifásico para Servicio de Urgencia Rural el Manzano.

**Objetivo 4: Mejoramiento residencia urgencia el manzano**

Se gestionará mejoras en la Residencia del Servicio de Urgencia El Manzano.

**ESTRATEGIAS DE TRABAJO AÑO 2025**

Para el año 2025 el Servicio de Urgencia de Las Cabras trabajará las siguientes estrategias en dos ámbitos de aplicación: como primer ámbito, ejecutar acciones al interior del servicio de urgencias, es decir, con el personal y como segundo ámbito la infraestructura e implementación.

1. Especializar la atención de urgencias: este punto se desea abordar ejecutando Capacitaciones para todo el Equipo, especialmente para el Equipo Médico y Técnicos de Enfermería.
   Trabajo en Equipo: hoy en día se hace imprescindible para un trabajo eficaz y seguro trabajar en equipo, no sólo poner énfasis en el trabajo mancomunado del personal de servicio de urgencia sino también con las Jefaturas respectivas.

2. Establecer rutas claras de atención: la sobredemanda en los servicios de urgencia se presenta porque no hay un claro tránsito de pacientes entre las redes. Mejorando la comunicación entre los servicios de SOME y a su vez con los servicios de la red asistencial regional.

3. La Comunicación: la comunicación entre funcionario de salud y paciente es de vital importancia en un servicio de urgencias, una buena relación interpersonal mejorará circunstancialmente la percepción del usuario, por lo que, se debe trabajar este ámbito, lo que contribuirá favorablemente para el servicio.

4. Establecer alternativas para descongestionar el Servicio en temporadas de alta demanda: este punto es de vital importancia, dado que al menos más del 50% de las atenciones efectuadas en urgencia pueden atenderse en otro ámbito de atención, por ello es importante presentar a la comunidad alternativas a los pacientes, ofreciendo orientación médica, servicio de orientación telefónica, integración de registros médicos electrónicos y otros.

5. Establecer auditorias de fichas clínicas (DAU) a los médicos que trabajan en la urgencia las Cabras con la finalidad de generar mejores estrategias clínicas en la calidad de atención hacia el usuario.

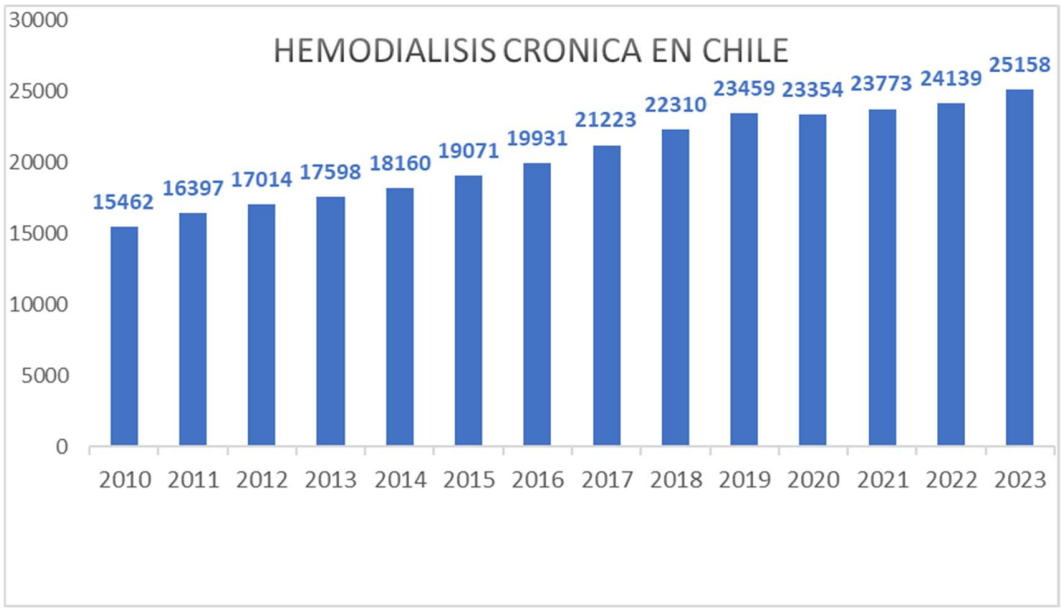
Todas estas estrategias planteadas, sólo buscarán mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad en la atención de todos nuestros usuarios del Servicio de Urgencia de Las Cabras y Urgencia Rural El Manzano.

## CLÍNICA DE DIÁLISIS MUNICIPAL

Chile se encuentra en una fase tardía de la transición demográfico-epidemiológica, caracterizada por envejecimiento de la población y un enorme aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de éstas, se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC), y sus factores de riesgo, diabetes e hipertensión. La prevalencia de la ERC se estima en 10%, se asocia a un alto riesgo de mortalidad cardiovascular y progresión renal; su evolución es habitualmente silenciosa, y puede pasar inadvertida para los pacientes.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por hemodiálisis, peritoneodiálisis o trasplante renal.

En nuestro país, el número de pacientes en hemodiálisis crónica, una terapia de sustitución renal de alto costo, ha experimentado un crecimiento mayor a 30 veces en los últimos treinta años, alcanzando actualmente una prevalencia de 1260 pacientes por millón de habitantes. Estos pacientes emergen de una población mucho mayor con enfermedad renal crónica (ERC), cuya prevalencia se estima en 10%. Durante su evolución, habitualmente silenciosa, y de muchos años, el paciente con ERC tiene mayor riesgo de mortalidad cardiovascular que de progresar a falla renal terminal.



**PRESTACIONES DE HEMODIALISIS**

Las prestaciones de hemodiálisis se realizan en el Sistema Público en Hospitales, Centros Privados, y últimamente en Centros Municipales.

Actualmente a nivel nacional existen 56 Hospitales de la red pública de salud que otorgan prestaciones de diálisis crónica.

Los 56 Hospitales de la red atienden a un total de 2.545 beneficiarios en Hemodiálisis (HD) y Peritoneodiálisis (PD).

La región del Libertador Bernardo O'Higgins cuenta con unidad de hemodiálisis crónica en el Hospital de Rancagua, en el cual se atienden un promedio de 60 pacientes crónicos.

A nivel nacional existen 225 centros de diálisis distribuidos en 14 regiones, otorgando prestaciones de HD y PD. De estos centros existen solo 5 Centros de Diálisis Municipales, que se encuentran en las siguientes comunas:

- Centro Municipal Diego de Almagro con una atención a 24 pacientes
- Centro Municipal Caldera con una atención a 36 pacientes
- Centro Municipal La Granja con una atención a 85 pacientes
- Centro Municipal Coltauco con una atención a 24 pacientes
- Centro Municipal Puerto Montt 37 pacientes

**EVOLUCIÓN HISTORICA DE CENTROS DE DIALISIS MUNICIPALES**

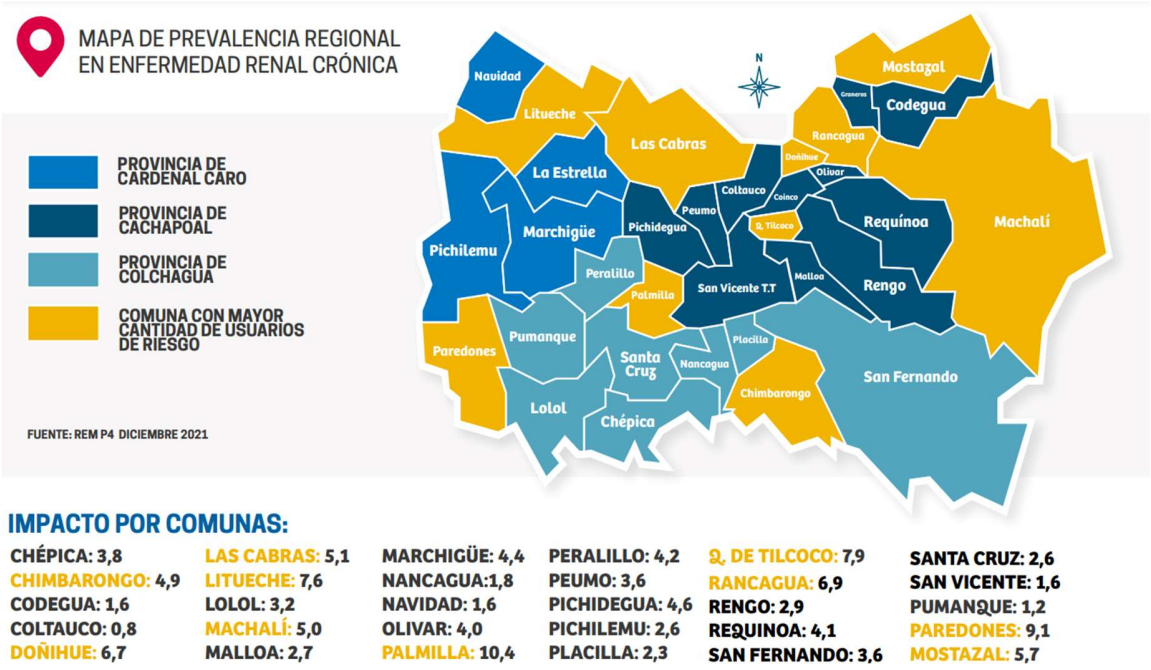
Los 225 centros atienden a un total de 25.158 pacientes a nivel nacional, cuya concentración se da en la región metropolitana (36,4), Valparaíso (9,9%) Bío Bío (9%) y O'Higgins (7%).

En la región de O'Higgins existen centro de Diálisis en Rancagua, Rengo, Graneros, Coltauco, San Vicente de Tagua Tagua, Chimbarongo, San Fernando, Santa Cruz y Pichilemu, con un cupo total adjudicado de 1407.

La comuna de Las Cabras cuenta con una población estimada a 2024 de 27.749 habitantes según el censo del 2017. Siendo una de las 10 comunas con mayor cantidad de usuarios en riesgo de Enfermedad renal crónica terminal, dentro de la región.

Actualmente cuenta con un total aproximadamente 42 pacientes en terapia trisemanal de HMD, los que no se dializan en la Comuna ya que no existe Unidad de Diálisis en la comuna, deben viajar a los diferentes centros de diálisis más cercanos que se encuentran en la región, la mayoría de estos en Peumo, a una distancia promedio de 1,5 horas, con distintas dificultades considerando que el porcentaje de ruralidad de la Comuna de Las Cabras es de un 59,5%.

Para los pacientes de la comuna que se dializan el costo social y emocional que significa el viajar día por medio por más de una hora, perdiendo casi la totalidad del día en el transporte les significa a los pacientes muy bajas o nulas posibilidades de inserción laboral y un desmedro en su calidad de vida




**IMPACTO POR COMUNAS:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CHÉPICA: 3,8 | LAS CABRAS: 5,1 | MARCHIGÜE: 4,4 | PERALILLO: 4,2 | Q. DE TILCOCO: 7,9 | SANTA CRUZ: 2,6 |
| CHIMBARONGO: 4,9 | LITUECHE: 7,6 | NANCAGUA:1,8 | PEUMO: 3,6 | RANCAGUA: 6,9 | SAN VICENTE: 1,6 |
| CODEGUA: 1,6 | LOLOL: 3,2 | NAVIDAD: 1,6 | PICHIDEGUA: 4,6 | RENGO: 2,9 | PUMANQUE: 1,2 |
| COLTAUCO: 0,8 | MACHALÍ: 5,0 | OLIVAR: 4,0 | PICHILEMU: 2,6 | REQUINOA: 4,1 | PAREDONES: 9,1 |
| DOÑIHUE: 6,7 | MALLOA: 2,7 | PALMILLA: 10,4 | PLACILLA: 2,3 | SAN FERNANDO: 3,6 | MOSTAZAL: 5,7 |

Considerando que según la Cuenta Nacional de Hemodiálisis Crónica año 2023, el porcentaje de Incidencia de pacientes en Hemodiálisis es de un 20 %, se estima que la incidencia anual de pacientes en hemodiálisis en la Comuna de Las Cabras es de 8 pacientes.

Es por todo lo anteriormente expuesto, que fue una decisión comunal la Creación del Centro de Diálisis Municipal de Las Cabras, el cual está en periodo de terminación de la planta física, para luego poner en Marcha su funcionamiento, ya que es de suma importancia la apertura y mantención de un centro de Diálisis comunal que tenga la posibilidad de recibir pacientes de la comuna y que permitirá fortalecer las políticas públicas de salud, implementando un centro de atención comprometido con la resolución y tratamiento accesible de esta patología compleja, favoreciendo el acceso universal de la población, logrando mejorar la calidad de vida de los pacientes que requieren hemodiálisis.

El Centro de Diálisis Municipal de las Cabras tendrá una planta física para lograr una atención simultanea de 12 pacientes por turno, se comenzará con una atención de 6 pacientes por turno, con tres turnos diarios, dado que la atención por pacientes es trisemanal, se atenderán 18 pacientes lunes, miércoles y viernes, 18 pacientes martes, jueves y sábado, logrando una atención total de 36 pacientes.

Tomando en cuenta el porcentaje estimado de incidencia de las personas con ERC que ingresaran a Hemodiálisis en la comuna, es por lo que se proyecta en años posteriores aumentar la atención, a 12 pacientes por turno, logrando así una atención a un total de 72 pacientes, que se completaría en un periodo de 3 años.

Este Centro de Diálisis cumplirá con los estándares de calidad cumpliendo con decreto 45 del Ministerio de Salud con el fin de prestar una atención de excelencia a los pacientes que requieren hemodiálisis en la comuna de Las Cabras, y mejorando sustancialmente su calidad de vida.

# RESUMEN HISTÓRICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) ha sido un gran desafío en materia de salud pública en nuestro país. Al comenzar la transformación de los consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Comunitario, surge la necesidad de un cambio, no sólo de denominación, sino también en lo práctico, que ha desafiado a los equipos de salud a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud en el centro de su quehacer constituyéndose en eje de desarrollo social.

Sin embargo, esto no fue un proceso de cambio inmediato, donde en primera instancia se realizó la etapa de certificación como Centro de Salud a CESFAM en el año 2007, periodo en que el equipo ejecuta una reestructuración de su funcionamiento, incorporando como metodología de trabajo estrategias basadas en el modelo de salud familiar, comenzando en este momento la etapa de transición desde el modelo biomédico a uno biopsicosocial. Posteriormente, se divide la población en dos sectores, designando un equipo de cabecera, quien tenía la función de coordinar las diversas actividades propuestas, tales como visitas domiciliarias integrales, en las cuales se comienza a utilizar como instrumento de evaluación de riesgo biopsicosocial, el Tarjetón familiar, el cual incorpora genograma, ecomapa y APGAR familiar, permitiendo conocer la estructura y dinámica de la familia, así como también sus redes de apoyo.

Se plantea la necesidad de generar acciones preventivas y promocionales de la salud, a través de la organización de actividades dirigidas a la comunidad y el desarrollo de una estrategia innovadora como es la implementación de medios de comunicación masivos, tales como el canal de televisión, página web y Facebook, mejorando el acceso a la información en temas relacionados con estilos de vida saludables, con el propósito de entregar herramientas que permitan a nuestros usuarios hacerse parte del cuidado de su salud.

Posteriormente y dado el marco de la renovación de la atención primaria de salud (APS), la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de reforma del sector salud y la implementación del modelo a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del MAIS, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. De este modo el equipo comienza a desarrollar e incorporar un nuevo instrumento de evaluación para la implementación del modelo y certificación de este, el cual incluye una nueva pauta de certificación basada en los tres principios básicos e irrenunciables en un sistema de salud: "Atención integral, Centrada en las personas y familias con continuidad en el cuidado", con el propósito de contribuir a la mejora continua de nuestro quehacer.

Como parte del proceso, el año 2015 se aplicó la pauta de autoevaluación la cual permitió conocer el estado de avance del modelo en los siguientes ejes: "Promoción, Prevención, Salud Familiar, Calidad, Intersectorialidad y Territorialidad, Centrado en la Atención Abierta, Tecnología, Participación, Desarrollo de las Personas y Centrado en las Personas", alcanzando un porcentaje de cumplimiento de 28,3%. El equipo tenía expectativas más altas en relación con los resultados obtenidos, teniendo en cuenta el trabajo desarrollado en los años anteriores. Es por esta razón que se decide incorporar los elementos anteriormente descritos, identificando las principales brechas y proponiendo actividades para disminuirlas, para ello se requirió de una reestructuración de la metodología de trabajo, lo que necesariamente planteó el desafío de un cambio en el ámbito tanto administrativo como técnico.

Durante el año 2016 el equipo planifica mejoras en base a las brechas encontradas durante la autoevaluación, de las cuales se puede mencionar:

- Se realiza una restructuración de la sectorización, disminuyendo la población a cargo de cada sector, permitiendo de esta forma que los equipos de cabecera tengan una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, logrando un mejor uso de los recursos , desarrollo de acciones preventivas y promocionales, lo que permitirá finalmente que los usuarios que residen en los sectores rurales tengan mejor acceso a las prestaciones de salud, así como también, la descentralización de las atenciones en el CESFAM.

- Se incorporaron estrategias para incluir la promoción y prevención en todo el ciclo vital de nuestra población.
- Se promueve la articulación del intersector y la participación social.
- Se gestionan horas exclusivas para la realización de consejerías en diversas temáticas, tales como alimentación saludable, actividad física, tabaco, alcohol y drogas, salud sexual y reproductiva.
- Los usuarios del programa de dependencia severa tienen un plan de cuidados personalizado según su condición de salud.
- Se realiza intervención preventiva grupal en personas y familias con patologías crónicas, tales como HTA, DMII, Asma y EPOC.
- Se comienza la identificación de los usuarios policonsultantes del servicio de urgencia, realizando estudios de caso y/o de familia.
- Se implementa el Protocolo de Gestión de la demanda Médica, el cual incorpora las siguientes estrategias:
- Incorporación de 3 líneas exclusivas para la dación de horas médicas, operativas de lunes a viernes en horario de 10 a 12 horas
- Atención preferencial a niños menores de 5 años, embarazadas, adultos mayores de 60 años, personas en situación de discapacidad y altas hospitalarias recientes.
- Se elabora plan de mejora continua, en base a problemas pesquisados en diagnóstico participativo, OIRS, encuesta de satisfacción usuaria, entre otros.
- Se pone en práctica plan de cuidado para personas que hayan sido dadas de alta por hospitalización por IAM y/o AVE y plan de cuidado ambulatorios para personas con alto riesgo de hospitalización.
- Implementación de la plataforma AVIS, que es un sistema de ficha electrónica que permite gestionar y utilizar de mejor manera los datos obtenidos de los pacientes, optimizando procesos y recursos, además facilita el acceso a las historias clínicas de nuestros usuarios desde el CESFAM y postas de salud, manteniendo la información de manera confidencial, actualizada, integrada y completa.
- El establecimiento promueve el buen trato usuario, ya sea considerándolo como un tema fundamental en el Plan Anual de Capacitación, así como también mediante diversas estrategias,

tales como, la aplicación de encuesta de trato y satisfacción usuaria, diseño y ejecución de un protocolo de un buen trato usuario.

- Considerando la necesidad de que el equipo de salud esté capacitado en el MAIS, se programan capacitaciones y evaluaciones anuales que permitan la actualización continua en contenidos y desarrollo de habilidades relacionadas con el modelo.
- Por primera vez nuestro establecimiento realiza un diagnóstico de clima laboral, obteniendo resultados importantes a considerar para elaborar un plan de mejora continua.

Para el año 2019, se han planificado la implementación de 2 grandes estrategias estas serán la estructura que permitirá continuar fortaleciendo el modelo de atención.

Durante el año 2020, toda estrategia respecto a la implementación del modelo, queda en segundo plano, por la llegada de la PANDEMIA por COVID-19, sólo realizando atenciones y contención respecto a la PANDEMIA, se implementan sistema de turnos para evitar la sobre exposición al virus por parte de los funcionarios. Luego se comienza a retomar la normalidad y durante el año 2022, trabajando en base a sectores y jefes de sector con énfasis en la familia y participación comunitaria, modificando significativamente el modelo de atención en postas rurales, que nos permite llevar todas nuestras prestaciones de salud a los que las requieran directamente en su localidad, todo lo anterior, manteniendo las rondas de los distintos profesionales de manera semanal, que incluye de manera permanente un profesional médico por cada posta de manera permanente. La sectorización se considera población inscrita de cada posta y se asignó un médico cada 2000 habitantes, cifra homologable a los índices OCDE.

Todo el trabajo realizado durante todos estos años tiene como objetivo el poder certificarse como establecimientos que trabajan bajo el modelo MAIS, esto se logró durante el segundo semestre del año 2023, hito histórico a nivel regional, puesto que somos la única comuna de la región con todos sus establecimientos certificados bajo el modelo.

Durante el año 2024, el modelo de salud familiar se ha centrado básicamente en la estrategia ECICEP, la que se ha desarrollado con éxito durante este año y que tenemos como proyección dar término

a las prestaciones de control crónico entregando sólo atenciones integrales a todas las personas que estén bajo control con alguna patología crónica, todo esto para el año 2025.

# ANEXO 1: PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025