



# **Actualización Plan Comunal de Salud 2019**

Dirección de Salud  
Corporación Municipal de Cerro Navia

Municipalidad de Cerro Navia

# Índice

<b>Introducción</b>	3
<b>I. Descripción Comunal.</b>	6
<b>1.Área Geográfica comunal</b>	6
<b>2.Descripción General de la Población</b>	8
<b>II. Diagnóstico situación Comunal</b>	10
<b>1.- Información estadística de salud comunal</b>	10
<b>2. Diagnóstico por establecimiento</b>	18
<b>3.Descripción Comunal y Determinantes Sociales de Salud</b>	27
Factores condicionantes de la Salud.	27
<b>Medio Socio-cultural</b>	27
<b>Medio Natural:</b>	34
<b>4. Diagnóstico Sanitario</b>	39
Caracterización de la red asistencial	39
Flujo de Derivación y contrareferencia	41
Proceso de acreditación en calidad.	43
<b>4.1 Caracterización de la oferta</b>	45
Dotación	45
Presupuesto	46
Oferta por grupo prioritario de atención	46
Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud implementados por la red de Salud Local.	50
<b>4.2 Caracterización de la Demanda</b>	64
<b>5.Diagnóstico Participativo</b>	66
Metodología	66
Principales Resultados de Diagnóstico Participativos por CESFAM	67
Propuestas de resolución de problemas detectados por CESFAM	70
Convergencia de propuestas de funcionarios y usuarios del sistema local de salud	73
Actualización de diagnóstico para complementar el plan de Acción 2019	74
Evaluación plan 2018	76

<b>III. Plan de acción comunal 2019</b>	79
1.Problemas de Salud Prioritarios	79
Objetivos estratégicos y la salud en Cerro Navia	81
2. Plan Comunal de Salud 2019	87
Presupuesto Proyectado y RRHH	91
Plan anual de capacitación (PAC)	91

## Introducción

La actualización del Plan de Salud de Cerro Navia es un complemento del Plan de Salud 2017-2019 y se enmarca dentro del esfuerzo de promover la inclusión social de nuestra población, es un diagnóstico actualizado de la población, nos describe sus características y cambios en el tiempo, identifica los problemas de salud más relevantes y prioritarios, determina ámbitos y estrategias de acción en este ámbito.

Así se constituye como un referente de la salud comunal durante el año 2019, que nos permita mejorar dinámicas e impactos sanitarios en nuestra población; desde una perspectiva de salud pública y haciendo énfasis no solamente en lo epidemiológico sino también en los procesos de determinación social, desarrollando y ejecutando el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario que permita disminuir las brechas e inequidades actuales en salud

El trabajo en el territorio de la red de salud comunal, a través de sus equipos de cabecera es clave y presenta muchos desafíos, sobre todo porque nos interpela a un salto cualitativo en la planificación estratégica y administración de recursos.

La planificación en salud, si bien tiene objetivos concretos e indicadores claros para medir impacto, reconocemos la relevancia de incorporar una mirada dinámica a modelos sociales, participativos, vinculantes, integradora en las diversidades, facilitadora de procesos, que releve lo particular y construya en lo colectivo, pertinente en lo territorial y cultural.

La planificación impone exigencias técnicas importantes para los equipos, sin embargo, marca la diferencia cuando se logra humanizar los proyectos; cuando el énfasis se hace en el derecho a una salud digna y de calidad, comenzando por un trato amable y cercano.

Para el año 2019 reforzaremos nuestro quehacer como Red de Salud comunal, que nos aporte al trabajo coordinado, con la comunidad y con el intersector, para alcanzar altos estándares de calidad y satisfacción usuaria, para con ello contribuir al bienestar y calidad de vida de los vecinos de Cerro Navia

Las bases conceptuales para la planificación de salud, deben estar en coherencia con los enfoques de la salud pública en Chile, estos son:

1. **Enfoque de Derechos Ciudadanos y protección Social:** Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el

derecho a la atención en salud, autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

2. **Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud:** Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las que sus vidas tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.
3. **Enfoque curso de vida:** El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinan un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).
4. **Enfoque de Equidad en Salud:** La equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente” (OMS, 2006).
  - a. **Equidad de Género en Salud:** La incorporación del enfoque de género en la salud, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida.
  - b. **Enfoque de Interculturalidad y pueblos indígenas:** La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de salud Integral Familiar y Comunitaria, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas. Considerar el enfoque

intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud.

- c. **Inmigrantes:** La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen, las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as y jóvenes, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.
5. **Gobernanza:** Forma de desarrollo de las políticas públicas que implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población.

# I. Descripción Comunal.

## 1. Área Geográfica comunal

**Ubicación y límites:** Cerro Navia es una de las 52 comunas que conforman la Región Metropolitana, se ubica en el sector norponiente de la Provincia de Santiago. Limita al norte con la comuna de Renca (separada por el río Mapocho y la autopista Costanera Norte), al sur y al oeste con la comuna de Pudahuel, al oriente con Quinta Normal y al sur con la comuna de Lo Prado.

Figura 1. Cerro Navia en la Región Metropolitana. Chile.



Fuente: Asesoría Urbana, SECPLA 2017.

Los límites comunales corresponden fundamentalmente a ejes viales estructurantes en el sector poniente de la ciudad de Santiago, salvo el límite norte que está constituido por el Río Mapocho y la autopista Costanera Norte.

En detalle, los límites son los siguientes:

a) Al Norte: El Río Mapocho, desde la Avenida Américo Vespucio hasta la Avenida Carrascal; y la Avenida Carrascal, desde el Río Mapocho hasta la Avenida Neptuno.

b) Al Sur: Calle Los Arrayanes, desde Avenida Neptuno hasta Avenida San Francisco; San Francisco, desde Calle Los Arrayanes hasta Avenida Teniente Cruz; Avenida José Joaquín Pérez, desde Avenida Teniente Cruz hasta el Camino El Arenal; Camino El Arenal, desde la Avenida José Joaquín Pérez hasta Río Viejo; Río Viejo, desde Camino El Arenal hasta Avenida Américo Vespucio.

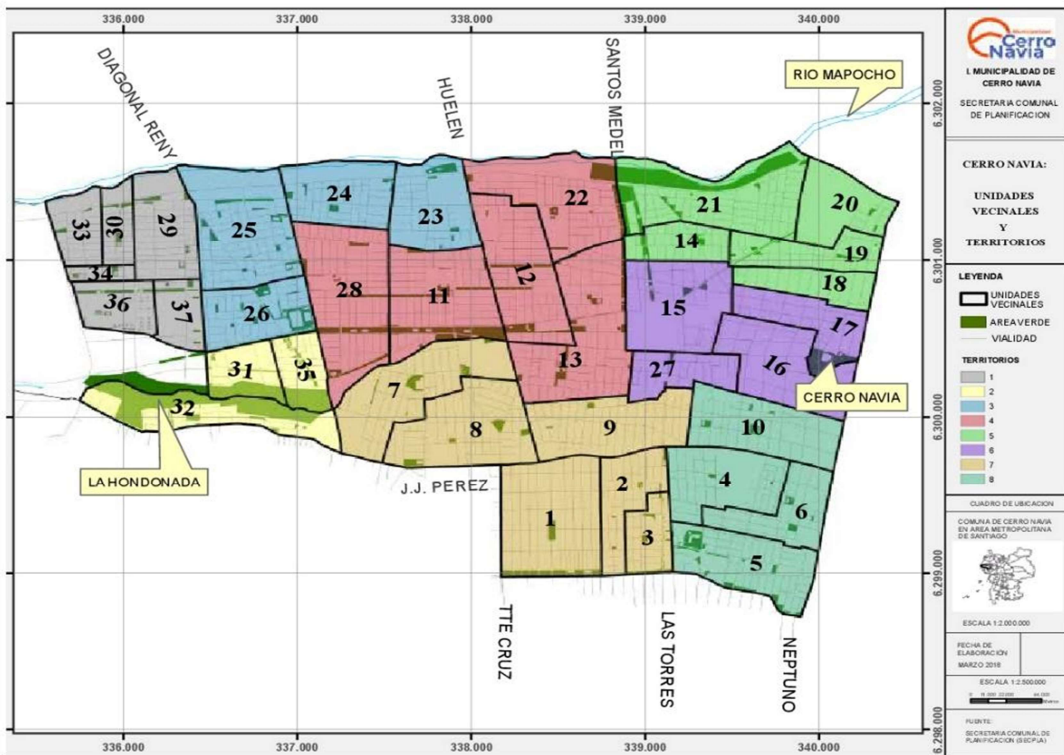
c) Al Oriente: Avenida Neptuno, desde Avenida Carrascal hasta Calle Los Arrayanes.

d) Al Poniente: Avenida Américo Vespucio, desde el Río Viejo hasta el Río Mapocho; Avenida Teniente Cruz, desde la Avenida San Francisco hasta la Avenida José Joaquín Pérez.

En el límite norte, conformado por el río Mapocho actúa como una barrera natural que separa Cerro Navia de Renca, por lo que la conectividad vial se desarrolla, a través, del Puente Petersen y Puente Carrascal, mientras que de manera peatonal es posible desplazarse por un puente ubicado frente a la calle 5 de febrero.

La comuna de Cerro Navia, cuenta con una superficie de 11,04 km<sup>2</sup>, dividida administrativamente en 37 unidades vecinales, que se agrupan en 8 territorios lo cual se puede observar en la en el plano siguiente.

Figura 2. Cerro Navia, ordenamiento territorial de Unidades Vecinales.



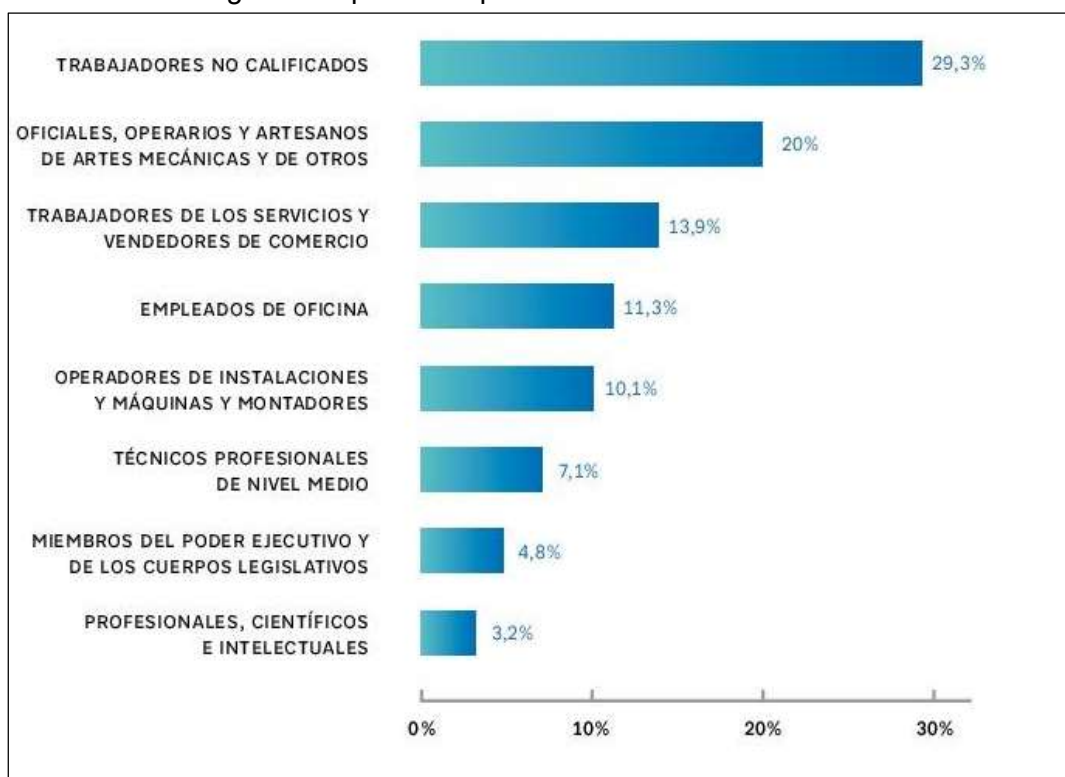


## 2.Descripción General de la Población

Según el Censo poblacional del año 2017 (INE, 2017), la comuna de Cerro Navia tiene 132.622 habitantes, de los cuales 65.438 son hombres y 67.184 son mujeres correspondiendo a un 49.3% y 50,7% respectivamente. Al mismo tiempo podemos observar una densidad poblacional de 12.034,6 hab/km<sup>2</sup>.

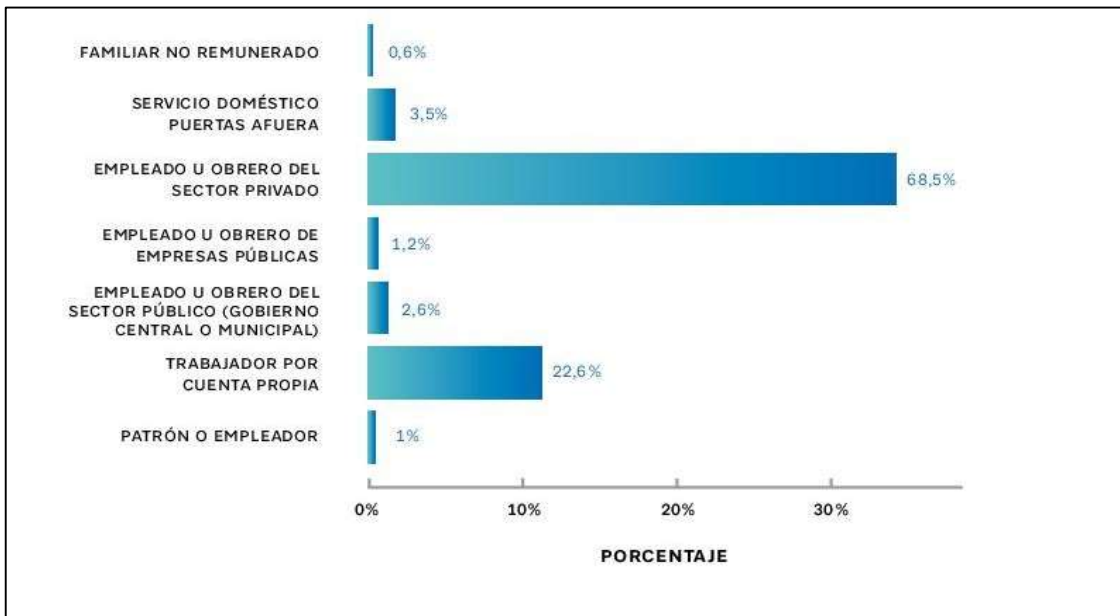
Según se puede observar en la gráfica siguiente un 29% de los habitantes ocupados, corresponden a trabajadores no calificados, igualmente se puede establecer que sobre el 68% se emplea como empleado u obrero del sector privado

Figura 3. Tipo de ocupación vecinos de Cerro Navia.



Fuente: SECPLAC- Elaboración propia a partir de Casen 2015.

Figura 4. Trabajadores de Cerro Navia según tipo de empleo.



Fuente: SECPLAC- Elaboración propia a partir de Casen 2015.

En relación a la orientación económica de la comuna, se puede establecer, según tabla siguiente, que la principal actividad económica de las empresas corresponde a comercio

Tabla1: Número de empresas por rama de actividad 2009-2011-2013

Comuna Cerro Navia			
Origen	2009	2011	2013
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	2,299	2,254	2180
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	452	447	425
Construcción	332	361	368
Industrias manufactureras no metálicas	292	258	252
Industrias manufactureras metálicas	227	224	239
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	205	201	208
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	157	157	173
Hoteles y restaurantes	110	118	122
Enseñanza	23	27	25
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	19	15	19
Servicios sociales y de salud	14	17	18
Intermediación financiera	8	8	8
Suministro de electricidad, gas y agua	8	7	6
Consejo de administración de edificios y condominios	0	0	3

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)- reporte estadístico comunal Biblioteca Congreso Nacional

## II. Diagnóstico situación Comunal

### 1.- Información estadística de salud comunal

La esperanza de vida en la comuna de Cerro Navia, en el caso de las mujeres llega a los 80 años, mientras que en el caso de los hombres llega a los 74 años.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER(EVN) ESTIMADA, POR SEXO Y DIFERENCIA, SEGÚN COMUNAS DE 10.000 HABITANTES O MAS. 2012 - 2014				
Comuna de 10.000 o más habitantes		EVN estimada		Diferencia EVN
Código	Nombre	Hombres (H)	Mujeres (M)	M - H
13103	Cerro Navia	74,05	80,447	6,42

Fuente: INE- Informe Chile Esperanza de Vida al Nacer en comunas de 10 mil Habitantes.

En la Comuna de Cerro Navia, el año 2016 nacieron 1.683 personas (DEIS), lo que equivale a una tasa natalidad de 10,7 (nacidos vivos por cada 1000 habitantes) lo cual se encuentra bajo la tasa nacional y regional en 2,1 y 2,4 puntos, respectivamente.

Población		Nacidos Vivos Inscritos	Nacidos Vivos Corregidos	Tasa de Natalidad
Nacional	18.191.884	231.748	232.616	12,8
RM	7.399.042	96.617	96.963	13,1
Cerro Navia	158.506	1.683	1.689	10,7

Fuente: DEIS, Departamento de estadísticas. 2016

La Tasa bruta de mortalidad para el año 2016 fue de 5,8 defunciones por cada 1000 habitantes, lo que corresponde a 912 casos en dicho año, según se observa en datos dispuestos la tasa comunal se encuentra sobre la tasa regional que llega a un 5.3. y la tasa nacional que corresponde a un 5.7.

	Total General		Hombres		Mujeres		Indeterminados
	Defunciones	TM General	Defunciones	TM General	Defunciones	TM General	
Nacional	104.026	5,7	54.761	6,1	49.239	5,4	26
RM	39.283	5,3	19.954	5,5	19.312	5,1	17
Cerro Navia	912	5,8	475	6,0	436	5,5	1

Fuente: DEIS, Departamento de estadísticas 2016.

En lo que respecta a la mortalidad infantil según se observa en la tabla siguiente, llega a un 5.3, siendo especialmente significativa a infantes menores a 28 días.

Las cifras comunales se encuentran bajo las cifras nacionales y regionales, en 1.7 y 1.3, respectivamente.

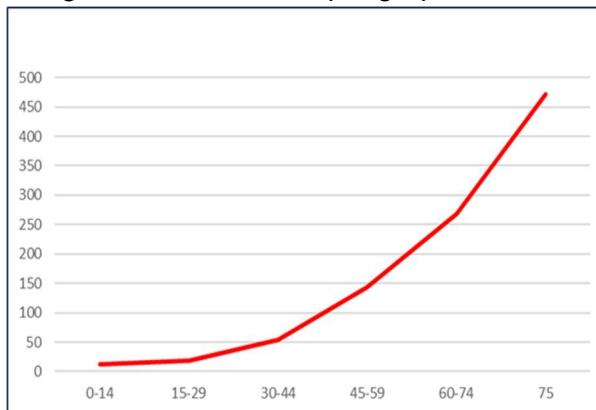
	Menor 1 año	Mortalidad Infantil	menor 7 días	Mortalidad Neonatal precoz	Menor de 28 días	Mortalidad Neonatal	Entre 28 y 11 meses	Mortalidad Postneonatal
Nacional	1.629	7	956	4,1	1213	5,2	416	1,8
RM	643	6,6	378	3,9	484	5	159	1,6
Cerro Navia	9	5,3	6	3,6	8	4,7	1	0,6

Fuente: DEIS, Departamento de Estadísticas, MINSAL.

La mortalidad específica por causa de muerte, presenta un perfil común con el nivel Regional y Nacional, las dos principales causas de defunciones son atribuidas a enfermedades del sistema circulatorio (28%) seguido por tumores (26,3%).

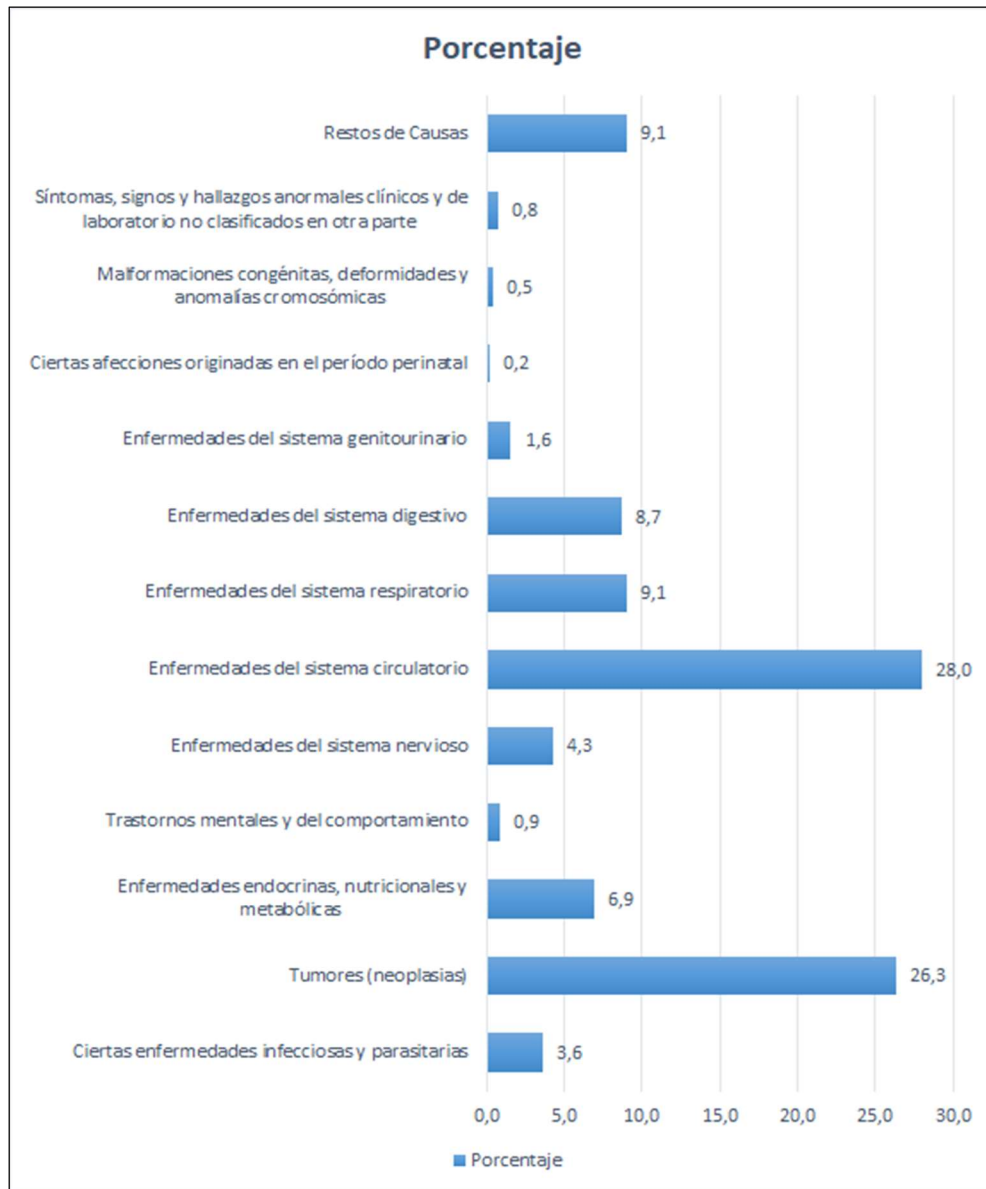
Figura 5° Defunciones por grupo etario

Edad	N° Defunciones	TM Grupo etario
0-14	12	35,6
15-29	18	48,2
30-44	54	160,8
45-59	143	464,8
60-74	268	1466,1
75	471	8615,7



En lo que respecta a la mortalidad, según grupo etareo, en la comuna de Cerro Navia, se puede observar que esta aumenta según rango de edad, concentrándose los adultos mayores.

Figura 6: Porcentaje de Mortalidad Específica por causa.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS, 2015.

El índice de SWAROOP o tasa de mortalidad proporcional, se calcula dividiendo el número de fallecimientos de 50 años o más entre los muertos totales. En el caso de la comuna de Cerro Navia, según los datos disponibles al año 2014, el índice llega a un 75.8%, llegando en el caso de las mujeres a un 85.10%, lo que se encuentra levemente sobre el porcentaje nacional y regional.

	Mortalidad General							INDICE DE SWAROOP		
	TOTAL		HOMBRE		MUJER		INDET.			
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Total	Hombre	Mujer
Total País	101,96	6	53,975	6,1	47,968	5,3	17	77,90%	72,70%	83,70%
Metropolitana	38,839	5	19,775	5,6	19,052	5,2	2	78,20%	71,90%	84,60%
Cerro Navia	917	6	521	6,6	396	5	0	75,80%	68,70%	85,10%

Fuente: DEIS, Departamento de estadísticas.

TOTAL GENERAL		HOMBRES		MUJERES		INDETERMINADOS
AVPP	T_AVPP	AVPP	T_ATPP	AVPP	T_AVPP	AVPP
<b>11,654</b>	<b>73,5</b>	<b>7</b>	<b>94,7</b>	<b>4,128</b>	<b>51,7</b>	<b>80</b>

Fuente: DEIS, Departamento de estadísticas.

Según los datos disponibles, se identificó un índice de envejecimiento de 0,62 (6 personas mayores por cada 10 niños y niñas) si se utiliza como punto de corte los 65 años, igualmente los datos permiten establecer una relación **de dependencia de 0.47** es decir cerca de 5 personas dependientes (niños, niñas y personas mayores) por cada 10 personas en edad activa.

Dependencia total	47,5
Dependencia 0 a 14 años	29,2
Dependencia 65 o más años	18,3

Fuente : Censo 2017<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <https://resultados.censo2017.cl>

Tabla 10: Población comunal por rango etario y sexo, e índice de masculinidad.				
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	IM
0 a 4	4,471	4,409	8,880	1,01
5 a 9	4,458	4,254	8,712	1,05
10 a 14	4,373	4,278	8,651	1,02
15 a 19	4,942	4,774	9,716	1,04
20 a 24	5,790	5,751	11,541	1,01
25 a 29	5,873	5,300	11,173	1,1
30 a 34	4,566	4,332	8,698	1,05
35 a 39	4,110	4,032	8,142	1,02
40 a 44	4,465	4,390	8,855	1,02
45 a 49	4,594	4,521	9,115	1,02
50 a 54	4,457	4,606	9,063	0,97
55 a 59	3,642	3,824	7,466	0,95
60 a 64	2,788	3,225	6,013	0,86
65 a 69	2,377	2,963	5,340	0,80
70 a 74	2,053	2,497	4,550	0,82
75 a 79	1,296	1,864	3,160	0,70
80 a 84	680	1,162	1,842	0,59
85 a 89	356	672	1,028	0,53
90 a 94	104	236	340	0,44
95 a 99	22	81	103	0,27
100 o más	21	13	34	1,62
Total comunal	65,438	67,184	132,622	0,97

Fuente: Elaboración Seclac Municipalidad de Cerro Navia

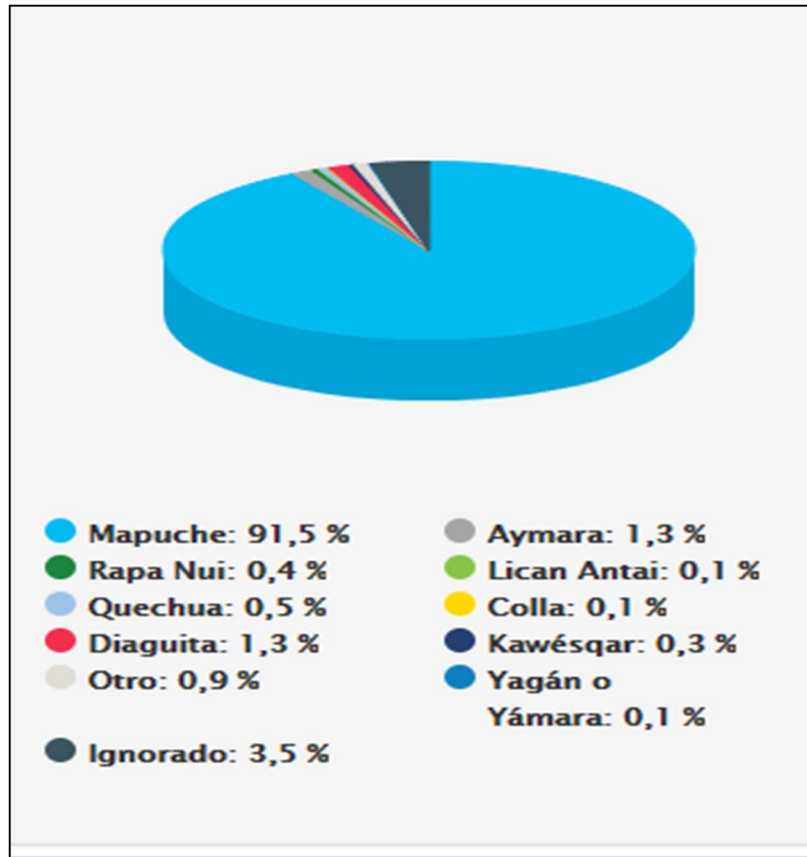
Cabe destacar que esta población presenta un índice de masculinidad de 0.97. De hecho, el valor disminuye del esperado en el mundo (valores de 1) desde los 50 años.

## Pueblos Originarios

En la comuna de Cerro Navia, según datos del Censo 2017, existen 21.219 personas que se consideran pertenecientes a pueblos originarios, la que corresponde a un 16% de la población total de la comuna.

Es importante destacar que del total de personas que se considera perteneciente a pueblos originarios un 91.5 se reconoce como mapuche.

Figura 7: % de reconocimientos como miembro de pueblos indígenas



Fuente: CENSO 2017

De acuerdo al registro a diciembre de 2018, según datos obtenidos de sistema IRIS, aplicando los filtros sobre las variables de Población Inscrita y activa se puede observar lo siguientes resultados:

Centros de Salud Familiar Comunal	Cerro Navia	Dr. Albertz	Dr. Steeger	Lo Amor	Total
Total población inscrita activa, por centro de salud	39.485	44.317	45.017	20.717	149.536
Total población inscrita activa, perteneciente a pueblos originarios	593	327	1.280	399	2.599
% Porcentaje población activa inscrita perteneciente a pueblos originarios por CESFAM	2%	1%	3%	2%	2%



Del total de población inscrita y activa por centro de salud, un 2% corresponde se reconocen pertenecientes a pueblos originarios, siendo el CESFAM Dr. Steeger, el que concentra la mayor población asociada a esta variable. Según tabla siguiente se puede constatar que la población mapuche representa un 80% sobre el total. Se presume que el registro en fichas presenta una subestimación del dato, dado que no siempre es registrado al momento del ingreso. Es un desafío de los equipos de los CESFAM mejorar el registro de esta y otras variables, relevantes al momento de planificar y revisar la pertinencia de los programas de salud.

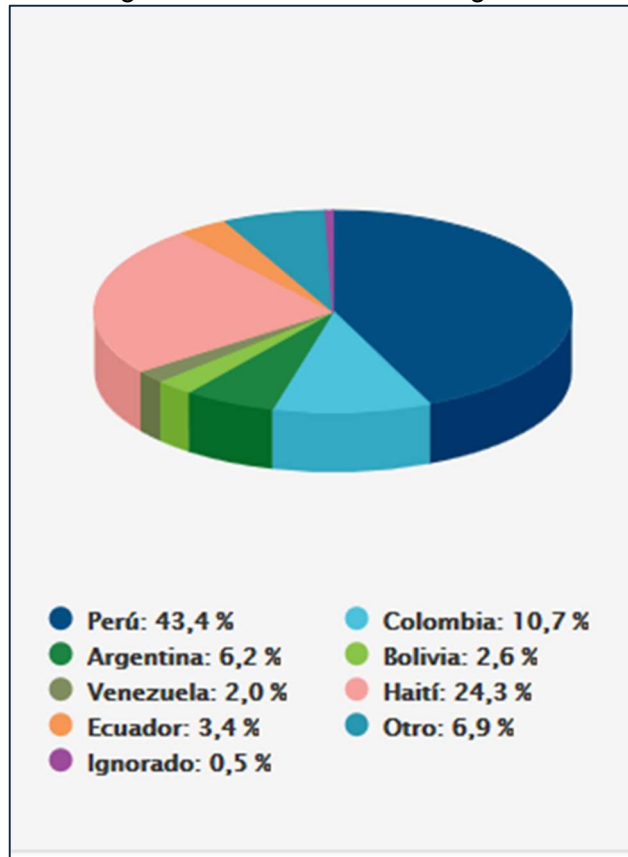
Tabla N°12 Detalle Población atendida en Centros de salud perteneciente a pueblos originarios					
Centros de Salud Familiar Comunal	Cerro Navia	Dr. Albertz	Dr. Steeger	Lo Amor	Total
Mapuche	527	225	977	347	2076
Kawésqar	6	29	73	3	111
Colla	10	16	60	10	96
Lican Antai (Atacameño)	2	12	64	7	85
Aymara	11	12	47	4	74
Otro	14	12	14	6	46
Quechua	8	7	21	7	43
Diaguíta	9	8	6	5	28
Rapa Nui (Pascuense)	3	3	9	7	22
Otro pueblo originario declarado	1		8	3	12
Yagán (Yámana)	2	3	1		6

Un ámbito importante de relevar corresponde al nivel de organización de la comunidad mapuche en la comuna, existiendo a la actualidad 18 organizaciones, si bien 7 de ellas están con personalidad jurídica vigente, todas son organizaciones activas.

## Población Migrante

Según datos del Censo 2017, la comuna de Cerro Navia, registra un 5% de población inmigrante, como se puede observar en el gráfico siguiente, la mayor migración es Peruana con un 43.4%, seguida por personas Haitianas con un 24.3%.

Figura 8: % de Población Migrante



Fuente: CENSO 2017

Como se puede observar en la tabla siguiente, de las 149.536 personas inscritas, un 7% corresponde a personas migrantes, es importante destacar la concentración de población migrante inscrita en el Centro Dr Albertz, pese a que este centro no es el que concentra mayor número de vecinos inscritos en la comuna.

Nacionalidad	Cerro Navia	Dr. Albertz	Dr. Steeger	Lo Amor	Total	%
Haitiana	276	1258	995	1098	3627	36%
Peruana	405	1363	767	713	3248	32%
Colombiana	136	473	233	358	1200	12%
Venezolana	106	140	253	178	677	7%
Ecuatoriana	60	70	114	98	342	3%
Argentina	60	64	101	33	258	3%
Boliviana	29	55	114	42	240	2%
Dominicano(a)	15	64	54	19	152	1%
Paraguaya	3	10	52		65	1%
Cubana	4	34	12	9	59	1%
Brasileña	8	26	7	5	46	0%
Otros	78	103	72	49	302	3%
Total	1180	3660	2774	2602	10216	100%

Fuente: Creación propias sobre bases IRIS Diciembre 2018

Al comparar los porcentajes de personas según origen, es posible observar que contrario a lo esperado, son las personas de nacionalidad Haitianas, las que presentan un mayor porcentaje de inscripción en los centros de salud correspondiendo a un 36%. Lo cual seguramente responde a la importante migración de Haitianos vivida el año 2018.

## 2. Diagnóstico por establecimiento

En la comuna de Cerro Navia, al 30 de septiembre del 2018, existen 120.774 personas validadas por el Fondo Nacional de Salud, como personas inscritas en los 4 CESFAM y 1 CECOF de la comuna. Según los datos dispuestos por Fonasa, para la comuna de Cerro Navia, la población Per Cápita Preliminar 2019, será de 122.274 y la población Per Cápita Definitiva será de 122.274. Según cuadro siguiente se idéntica que existe un aumento de reconocimiento de población inscrita correspondiente a 1500 personas, la principal variación se produce en el CESFAM Lo Amor.

<b>Tabla 14. Población validada por Centro de Salud Familiar y ciclo vital</b>										
<b>Ciclo Vital</b>	<b>CESFAM Dr. Adalberto Steeger</b>		<b>CESFAM Lo Amor</b>		<b>CESFAM Cerro Navia y CECOF Los Lagos</b>		<b>CESFAM Dr. Arturo Albertz</b>		<b>Total</b>	
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Infantil (0 a 9 años)	4.164	4.392	2.309	2.463	3.459	3.433	3.299	3.580	13.231	13.868
Adolescente (10 a 19 años)	5.364	5.266	2.621	2.555	4.598	4.503	4.477	4.335	17.060	16.659
Adulto (20 a 64 años)	22.539	22.989	11.512	11.972	19.390	19.625	21.108	21.480	74.549	76.066
Personas mayores (65 a 80 años)	5.739	5.579	1.743	1.749	4.020	4.031	4.432	4.322	15.934	15.681
Total recuento	37.806	38.226	18.185	18.739	31.467	31.592	33.316	33.717	120.774	122.274
Variación 2018-2019	420		554		125		401		1.500	

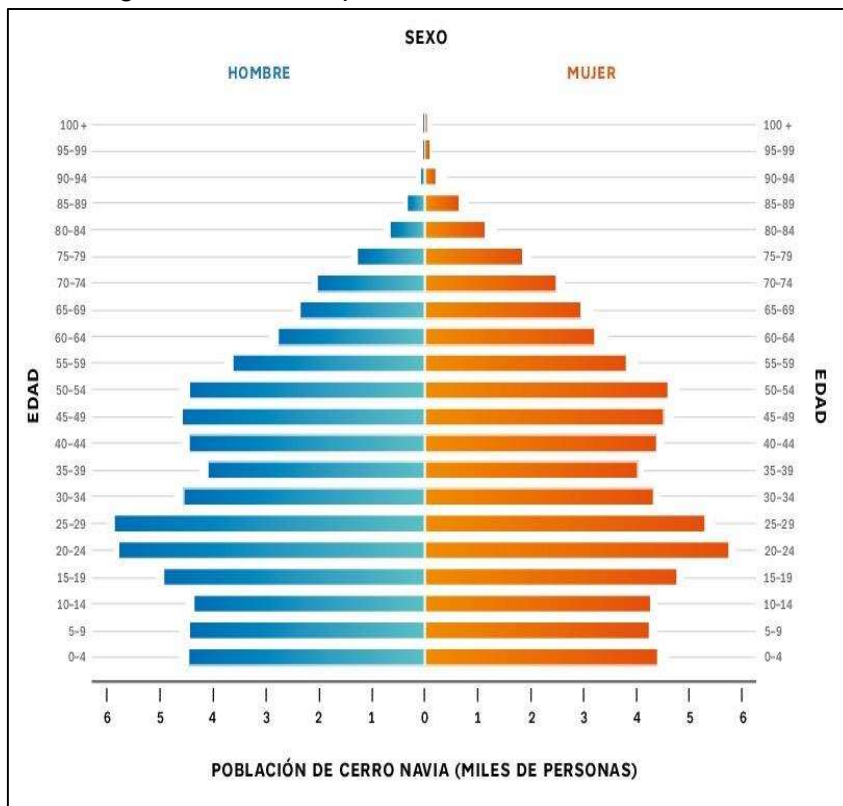
Fuente Elaboración propia a partir de datos FONASA 2018-2019

### Pirámide poblacional

En la siguiente pirámide poblacional, se describe la distribución por sexo y tramo etario de la población de la comuna de Cerro Navia, según datos Censales del año 2017, como se puede observar la mayor concentración de población se encuentra entre los 20 a 29

años. Destacando por género, las mujeres de 20 a 24 y en hombres el rango de 25 a 29 años.

Figura 9. Pirámide poblacional comuna Cerro Navia



Fuente: Elaboración Secplac Municipalidad de Cerro Navia, bases Censo 2017

Si bien Chile se caracteriza por estar en una fase transición demográfica avanzada, analizando la natalidad, mortalidad y estructura poblacional de la comuna de Cerro Navia, observamos que aún mantiene tasas de natalidad mayor que la mortalidad, por lo que pareciera se encuentra en un proceso anterior de transición que se caracteriza por un crecimiento moderado de la población.

### Exámenes de Salud

Según los datos disponibles se realizaron 15.811 exámenes médicos preventivos a personas adultas y adultas mayores, de las cuales un 34,4 % se encuentra sobre peso y un 29,3% presenta problemas de obesidad, lo anterior representa que más del 63% de la población bajo control en riesgo.

**Tabla N° 15: Resultado Examen Médico Preventivo Adulto y Adulto Mayor  
Según Estado Nutricional Ene-Dic 2018, por Centro**

ESTADO NUTRICIONAL	DR. STEEGER				DR. ALBERTZ				CECOSF LOS LAGOS			
	HOMBRE	MUJER	Total	%	HOMBRE	MUJER	Total	%	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
DISTRIBUCION POR SEXO												
NORMAL	831	642	1473	29%	791	711	1502	32%	61	36	97	23%
BAJO PESO	125	140	265	5%	99	152	251	5%	6	10	16	4%
SOBREPESO	964	819	1783	36%	860	788	1648	35%	75	95	170	40%
OBESIDAD	584	907	1491	30%	551	788	1339	28%	64	80	144	34%
<b>TOTAL</b>	<b>2504</b>	<b>2508</b>	<b>5012</b>	<b>100%</b>	<b>2301</b>	<b>2439</b>	<b>4740</b>	<b>100%</b>	<b>206</b>	<b>221</b>	<b>427</b>	<b>100%</b>

ESTADO NUTRICIONAL	LO AMOR				CERRO NAVIA				TOTAL GENERAL			
	HOMBRE	MUJER	Total	%	HOMBRE	MUJER	Total	%	HOMBRE	MUJER	Total	%
DISTRIBUCION POR SEXO												
NORMAL	339	235	574	27%	580	417	997	28%	2602	2041	4643	29%
BAJO PESO	37	55	92	4%	69	82	151	4%	336	439	775	5%
SOBREPESO	436	324	760	36%	689	561	1250	36%	3024	2587	5611	35%
OBESIDAD	296	408	704	33%	477	627	1104	32%	1972	2810	4782	30%
<b>TOTAL</b>	<b>1108</b>	<b>1022</b>	<b>2130</b>	<b>100%</b>	<b>1815</b>	<b>1687</b>	<b>3502</b>	<b>100%</b>	<b>7934</b>	<b>7877</b>	<b>15811</b>	<b>100%</b>

Fuente: DEIS-REMS 2018

**Tabla N° 16: Población Adulto Mayo bajo control , evaluada según Funcionalidad Diciembre 2018**

CESFAM	CERRO NAVIA			CESFAM STEEGER			CESFAM ALBERTZ		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD									
AUTOVALENTE SIN RIESGO	233	373	606	616	873	1489	420	576	996
AUTOVALENTE CON RIESGO	152	321	473	491	850	1341	275	514	789
RIESGO DE DEPENDENCIA	136	293	429	303	628	931	111	278	389
<b>SUBTOTAL (EFAM)</b>	<b>521</b>	<b>987</b>	<b>1508</b>	<b>1410</b>	<b>2351</b>	<b>3761</b>	<b>806</b>	<b>1368</b>	<b>2174</b>
DEPENDIENTE LEVE	14	4	18	77	193	270	143	294	437
DEPENDIENTE MODERADO	3	3	6	16	25	41	24	46	70
DEPENDIENTE GRAVE	30	36	66	10	21	31	34	79	113
DEPENDIENTE TOTAL	17	28	45	13	29	42	0	0	0
<b>SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)</b>	<b>64</b>	<b>71</b>	<b>135</b>	<b>116</b>	<b>268</b>	<b>384</b>	<b>201</b>	<b>419</b>	<b>620</b>
<b>TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL</b>	<b>585</b>	<b>1058</b>	<b>1643</b>	<b>1526</b>	<b>2619</b>	<b>4145</b>	<b>1007</b>	<b>1787</b>	<b>2794</b>

CESFAM	CESFAM LO AMOR			CECOSF LOS LAGOS			CONSOLIDADO COMUNAL		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD									
AUTOVALENTE SIN RIESGO	219	257	476	49	61	110	1537	2140	3677
AUTOVALENTE CON RIESGO	122	211	333	24	35	59	1064	1931	2995
RIESGO DE DEPENDENCIA	14	21	35	2	10	12	566	1230	1796
<b>SUBTOTAL (EFAM)</b>	<b>355</b>	<b>489</b>	<b>844</b>	<b>75</b>	<b>106</b>	<b>181</b>	<b>3167</b>	<b>5301</b>	<b>8468</b>
DEPENDIENTE LEVE	45	84	129	2	1	3	281	576	857
DEPENDIENTE MODERADO	3	9	12	0	0	0	46	83	129
DEPENDIENTE GRAVE	6	15	21	0	0	0	80	151	231
DEPENDIENTE TOTAL	6	23	29	0	0	0	36	80	116
<b>SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)</b>	<b>60</b>	<b>131</b>	<b>191</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>443</b>	<b>890</b>	<b>1333</b>
<b>TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL</b>	<b>415</b>	<b>620</b>	<b>1035</b>	<b>77</b>	<b>107</b>	<b>184</b>	<b>3610</b>	<b>6191</b>	<b>9801</b>

Fuente: REM P Dic 2018

Como se observa en tabla anterior de los 9.801 adultos mayores en control un 14% presenta dependencia de algún tipo y un 4% corresponde a dependencia grave o total.

Los centros que presenta mayor % de Adultos Mayores dependientes en relación a su población bajo control, corresponden a el CESFAM Steeger con 22% y el CESFAM Lo Amor con un 18%.

## Estudio Perfil Morbilidad

Las consultas más frecuentes corresponden a consultas de Otras morbilidades con un 77%, seguida por mucho trecho de cardiovascular con un 7% e IRA con un 6%.

Tabla N° 17 Consultas Médicas Comunal Ene-Dic 2018				
TIPO DE CONSULTA	Hombres	Mujeres	Total	%
OTRAS MORBILIDADES	36.222	61.462	97.684	77%
CARDIOVASCULAR	3.118	6.010	9.128	7%
IRA ALTA	3.266	4.706	7.972	6%
SALUD MENTAL	680	2.178	2.858	2%
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	1.542	1.157	2.699	2%
OTRAS RESPIRATORIAS	675	1.138	1.813	1%
GINECOLOGICA	0	1.792	1.792	1%
ASMA	580	931	1.511	1%
NEUMONÍA	328	495	823	1%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	311	329	640	1%
OBSTETRICA	0	278	278	0%
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	33	48	81	0%
GINECOLOGICA POR INFERTILIDAD	0	0	0	0%
VIH-SIDA	0	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>46.755</b>	<b>80.524</b>	<b>127.279</b>	<b>100%</b>

Fuente: DEIS

## Caracterización según estado nutricional de la población Infanto / adolescente

Un 19% de la población infantil atendida, entre los 0 y 59 meses presenta riesgo de obesidad, igualmente se puede observar que un 23.2% de la población atendida entre 60 meses y 9 años 11 meses, se encuentra con sobrepeso o riesgo de obesidad.

Tabla 18. Población bajo control , según estado nutricional de 0-59 meses

ESTADO NUTRICIONAL DISTRIBUCION POR SEXO	CESFAM								TOTAL	% RELACION A PBC
	DR. STEEGER		DR. ALBERTZ		LO AMOR		CERRO NAVIA			
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		
RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	35	33	39	53	21	14	21	22	238	4,1
DESNUTRIDO	16	11	7	7	0	2	1	4	48	0,8
SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	122	125	159	173	114	141	146	141	1121	19,1
OBESO	57	50	89	93	48	54	70	67	528	9,0
NORMAL	731	722	423	430	416	411	394	413	3940	67,1
<b>TOTAL</b>	<b>961</b>	<b>941</b>	<b>717</b>	<b>756</b>	<b>599</b>	<b>622</b>	<b>632</b>	<b>647</b>	<b>5875</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración Propia – Registro Rayen

Tabla 19. Población bajo control , según estado nutricional de 60 meses a 9 años 11 meses.

ESTADO NUTRICIONAL DISTRIBUCION POR SEXO	CESFAM								TOTAL	% RELACION A PBC
	DR. STEEGER		DR. ALBERTZ		LO AMOR		CERRO NAVIA			
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		
RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	7	7	2	18	6	2	1	0	43	4,5
DESNUTRIDO	0	0	1	3	0	0	0	0	4	0,4
SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	23	38	30	42	32	31	14	10	220	23,2
OBESO	16	21	25	26	22	23	13	10	156	16,4
OBESO SEVERO	7	3	9	4	0	0	0	0	23	2,4
NORMAL	51	54	89	95	71	90	29	25	504	53,1
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>123</b>	<b>156</b>	<b>188</b>	<b>131</b>	<b>146</b>	<b>57</b>	<b>45</b>	<b>950</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia – Registro Rayen

Tabla N° 20 POBLACIÓN EN CONTROL A DICIEMBRE 2018 DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL													
CESFAM		STEEGER				CERRO NAVIA				ALBERTZ			
INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN	TOTAL				TOTAL				TOTAL				
	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	%	
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	DEFICIT PONDERALO BAJO PESO	5	7	12	2%	40	27	67	6%	59	48	107	6%
	DESNUTRIDO	2	1	3	1%	21	5	26	2%	17	9	26	1%
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	31	51	82	14%	68	83	151	14%	94	118	212	12%
	OBESO	32	22	54	9%	38	54	92	8%	96	92	188	11%
	OBESO SEVERO	14	1	15	3%	10	14	24	2%	20	22	42	2%
	NORMAL O EUTROFIA	69	59	128	22%	98	85	183	17%	178	120	298	17%
	SUBTOTAL	153	141	294	50%	275	268	543	50%	464	409	873	50%
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>306</b>	<b>282</b>	<b>588</b>	<b>100%</b>	<b>550</b>	<b>536</b>	<b>1086</b>	<b>100%</b>	<b>928</b>	<b>818</b>	<b>1746</b>	<b>100%</b>	
CESFAM		LO AMOR				CECOSF LOS LAGOS				Consolidado Comunal			
INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN	TOTAL				TOTAL								
	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	%	
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	DEFICIT PONDERALO BAJO PESO	2	0	2	1%	0	0	0	0%	106	82	188	5%
	DESNUTRIDO	1	0	1	0%	0	1	1	1%	41	16	57	1%
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	26	44	70	19%	4	4	8	9%	223	300	523	13%
	OBESO	21	26	47	12%	5	9	14	16%	192	203	395	10%
	OBESO SEVERO	4	9	13	3%	4	1	5	6%	52	47	99	3%
	NORMAL O EUTROFIA	20	36	56	15%	9	7	16	18%	374	307	681	18%
	SUBTOTAL	74	115	189	50%	22	22	44	50%	988	955	1943	50%
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>230</b>	<b>378</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>1976</b>	<b>1910</b>	<b>3886</b>	<b>100%</b>	

FUENTE REM P DICIEMBRE 2018

### Estado nutricional de la población atendida

En los centros de salud de la comuna se propician las actividades que puedan favorecer la modificación de los factores de riesgo que finalmente determinan el curso o inicio de



una enfermedad. A través del programa comunal y local de Promoción se realizan múltiples actividades como el “día de la alimentación saludable” o “celebración del día de No Fumar”. Dentro de las actividades preventivas destacan las consejerías en hábito tabáquico, consumo de alcohol, alimentación saludable, actividad física, etc. La aplicación de Audit para categorizar consumo de alcohol es una actividad que se realiza anualmente y en el año 2016 se realizaron 9569 test. Los equipos de salud sicosocial en los diferentes centros de salud de la comuna intervienen en distintos niveles y con diferentes actividades los factores de riesgo sicosociales. Finalmente, a través de los controles de salud integral a lo largo del ciclo vital se busca intervenir en los factores biológicos ya sea por problemas de malnutrición o exámenes básicos alterados. El conjunto de medidas busca contribuir desde un punto de vista a evitar el desarrollo de una enfermedad y por otro fomentar estilos de vida saludables.

En cuanto a las causas la realidad de la comuna de Cerro Navia se divide como primera causa de muerte las relacionadas a las patologías cardiovasculares, en segundo lugar, las patologías tumorales y en tercer lugar las enfermedades respiratorias. Esta distribución es similar a la descrita a nivel país, con la misma tendencia creciente de las causas por tumores.

### Población bajo Control por Centro de Salud

Como se puede observar en la tabla siguiente el centro que presenta mayor población bajo control de salud mental, corresponde al CEFAM Albertz, con 1975 personas atendidas, sin embargo cuando observamos la mayor atención producto de trastornos mentales y del comportamiento, debido al consumo de sustancias psicotrópicas, es el Cefsam Steeger el que presenta mayor % de personas con problemas de generados por el consumo, con un 15,7 de la población atendida.

CONCEPTO	STEEGER				ALBERTZ				LO AMOR			
	H	M	Total	%	H	M	Total	%	H	M	Total	%
<b>NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA</b>	<b>573</b>	<b>1034</b>	<b>1607</b>	<b>100,0</b>	<b>538</b>	<b>1437</b>	<b>1975</b>	<b>100,0</b>	<b>342</b>	<b>406</b>	<b>748</b>	<b>100</b>
TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO)	56	206	262	16,3	110	624	734	37,2	26	70	96	13
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	187	65	252	15,7	121	65	186	9,4	19	10	29	4
CONCEPTO	CERRO NAVIA				CECOSF LOS LAGOS				TOTAL COMUNAL			
	H	M	Total	%	H	M	Total	%	H	M	Total	%
<b>NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA</b>	<b>438</b>	<b>931</b>	<b>1369</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>1903</b>	<b>3840</b>	<b>5743</b>	<b>100</b>
TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVO)	83	309	392	28,6	0	5	5	11,4	275	1214	1489	26
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	125	37	162	11,8	1	1	2	4,5	453	178	631	11

FUENTE: REM P DICIEMBRE 2018

En lo que respecta a la población bajo control, según resultados de desarrollo Psicomotor de población menores a 59 meses, se observa que, un total de 158 niños y niñas presentan problemas psicomotores, de los cuales un 66% se encuentra en situación de riesgo frente a un 43% de infantes que presenta definitivamente retraso psicomotor.

CESFAM		STEEGER			ALBERTZ			LO AMOR			CERRO NAVIA		
RESULTADO Y GRUPOS DE EDAD		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
RIESGO	Menor de 12 meses			0	3	6	9	1	1	2	5	0	5
	12 a 17 meses			0	1	2	3	0	0	0	1	0	1
	18 a 23 meses	2	2	4	18	17	35	6	3	9	6	6	12
	24 a 47 meses			0	4	1	5	3	1	4	12	4	16
	48 a 59 meses			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sub-Total		2	2	4	26	26	52	10	5	15	24	10	34
RETRASO	Menor de 12 meses	1		1	2	2	4	2	1	3	2	1	3
	12 a 17 meses			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18 a 23 meses		1	1	5	6	11	1	3	4	3	3	6
	24 a 47 meses			0	5	3	8	1	1	2	8	2	10
	48 a 59 meses			0	0	0	0	0	0	0			0
Sub-Total		1	1	2	12	11	23	4	5	9	13	6	19
Total		3	3	6	38	37	75	14	10	24	37	16	53

FUENTE: REM P DICIEMBRE 2018

En la actualidad se encuentran bajo control 5.215 niños y niñas de los cuales un 51% accede a lactancia materna exclusiva, destacando el CESFAM lo amor donde un 57% de su población bajo control presenta esta condición.

CESFAM	STEEGER				LO AMOR				CERRO NAVIA			
TIPO DE ALIMENTACIÓN	H	M	TOTAL	%	H	M	TOTAL	%	H	M	TOTAL	%
<b>MENORES CONTROLADOS</b>	<b>877</b>	<b>856</b>	<b>1733</b>	<b>100</b>	<b>465</b>	<b>347</b>	<b>902</b>	<b>100</b>	<b>686</b>	<b>628</b>	<b>1.314</b>	<b>100,0</b>
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	486	476	962	55,5	259	259	518	57,4	272	275	547	41,6
LACTANCIA MATERNA / LACTANCIA ARTIFICIAL	85	74	159	9,2	59	44	103	11,4	88	52	140	10,7
LACTANCIA ARTIFICIAL	57	47	104	6,0	30	20	50	5,5	50	36	86	6,5
LACTANCIA MATERNA MAS SÓLIDOS	24	22	46	2,7	27	31	58	6,4	136	139	275	20,9
COMUNA CERRO NAVIA	CECOSF LOS LAGOS				ALBERTZ				TOTAL COMUNAL			
TIPO DE ALIMENTACIÓN	H	M	TOTAL	%	H	M	TOTAL	%	H	M	TOTAL	%
<b>MENORES CONTROLADOS</b>	<b>67</b>	<b>73</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>	<b>533</b>	<b>593</b>	<b>1.126</b>	<b>100,0</b>	<b>2.628</b>	<b>2.497</b>	<b>5.215</b>	<b>100</b>
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	33	32	65	46,4	262	312	574	51,0	1.312	1.354	2.666	51,1
LACTANCIA MATERNA / LACTANCIA ARTIFICIAL	7	4	11	7,9	70	69	139	12,3	309	243	552	10,6
LACTANCIA ARTIFICIAL	4	2	6	4,3	33	41	74	6,6	174	146	320	6,1
	12	21	33	23,6	32	42	74	6,6	231	255	486	9,3

FUENTE: DEIS-REMS 2018

Como se puede observar en tabla siguiente un se encuentran el año 2018 se encuentran 857 gestantes en control, de los cuales 220 se encuentran en riesgo psicosocial lo que representa un 26% de las madres en proceso de gestación.

Tabla N° 24 GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL								
CESFAM	STEEGER				CERRO NAVIA			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES
Menos de 15 años	1	1	0	0	1	1	0	0
15 a 19 años	23	5	0	0	22	10	0	1
20 a 44 años	240	48	0	24	160	38	6	27
45 a 54 años	0	0	0	0	1			1
<b>TOTAL</b>	<b>264</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>184</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
CESFAM	ALBERTZ				LO AMOR			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES
Menos de 15 años	0	0	0	0	1	1	0	0
15 a 19 años	10	6	0	3	8	4	0	0
20 a 44 años	236	55	5	79	134	48	5	49
45 a 54 años	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>82</b>	<b>143</b>	<b>53</b>	<b>5</b>	<b>49</b>
CESFAM	CECOSF LOS LAGOS				TOTAL COMUNAL			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	POBLACION MIGRANTES
Menos de 15 años	0	0	0	0	3	3	0	0
15 a 19 años	3	0	0	0	66	25	0	4
20 a 44 años	17	3	0	3	787	192	16	182
45 a 54 años	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>857</b>	<b>220</b>	<b>16</b>	<b>187</b>

REM P DICIEMBRE 2018

### **3.Descripción Comunal y Determinantes Sociales de Salud**

Factores condicionantes de la Salud.

En Chile, durante el año 2008, la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud se comprometió a impulsar un conjunto de iniciativas de información e intervención sanitaria con enfoque de determinantes sociales

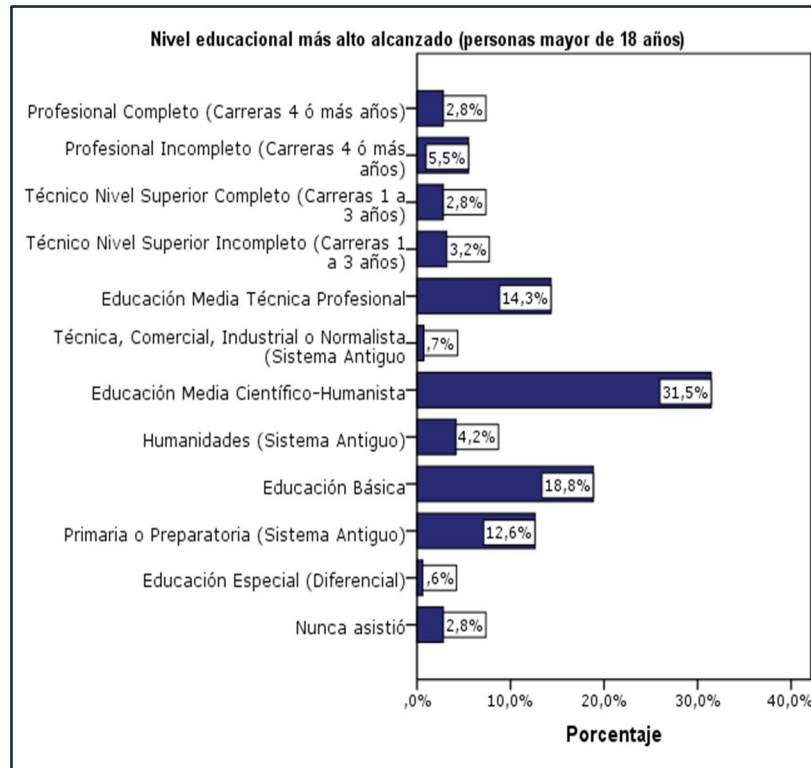
“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.” (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)

#### **Medio Socio-cultural**

##### **Nivel educacional**

La comuna de Cerro Navia tiene un nivel de alfabetización de 97%. El nivel educacional más alto alcanzado es la educación básica y educación media Científico-Humanista (CASEN, 2015). Según datos del Censo 2017, los años promedios de escolaridad de la jefatura de hogar llega a los 9.1 y en el caso de las personas que trabajan supera los 10 años.

**Figura 10: Nivel educacional más alto alcanzado.**



Fuente: Elaboración propia, CASEN 2015- Secplac

Es necesario mencionar que el municipio de Cerro Navia es uno de los pioneros en el proceso de traspaso de la educación municipalizada a los Servicios Locales de Educación pública, según lo anterior La oferta de educación en Cerro Navia se caracteriza por contar con 22 establecimientos administrados por el Servicio Local de Educación Pública- Barrancas y 23 corresponden a establecimientos particulares subvencionados.

Del total de los establecimientos, 37 imparten educación básica y 10 corresponden a liceos de educación media. Su nivel de enseñanza y dependencia administrativa se muestran en la Tabla siguiente:

Establecimientos educacionales	Servicio Local de Educación Pública - Barrancas	Particular Subvencionado
Educación básica	20	17
Educación Media	4	6

Fuente: Plan de desarrollo comunal – Datos de traspaso SLEP

## Situación socioeconómica

Cerro Navia es una comuna que de acuerdo a los datos de la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) tiene mayores porcentajes de personas que viven bajo la línea de la pobreza. De acuerdo a la encuesta CASEN 2015, un 12,0% de los hogares están en situación de pobreza por ingreso, un 2,8% corresponde a pobreza extrema. La siguiente tabla, muestra la evolución histórica de la pobreza por ingreso en la comuna:

Tabla 26: Pobreza por ingreso por año, nivel país, regional y comunal.					
	2006	2009	2011	2013*	2015
<b>Cerro Navia</b>	17,5%	18,1%	17,1%	15,8%	12,0%
<b>Región Metropolitana</b>	10,6%	13,3%	11,7%	9,2%	7,1%
<b>País</b>	13,7%	16,7%	15,3%	14,4%	13,7%

\*Cambio metodología de medición de la pobreza.

Fuente: Elaboración propia a partir de Bases de Datos CASEN, Ministerio de Desarrollo Social.

Como se puede observar en la tabla anterior, si bien existe una disminución progresiva de los indicadores de pobreza por ingreso, el año 2015 se encuentra sobre los porcentajes regionales.

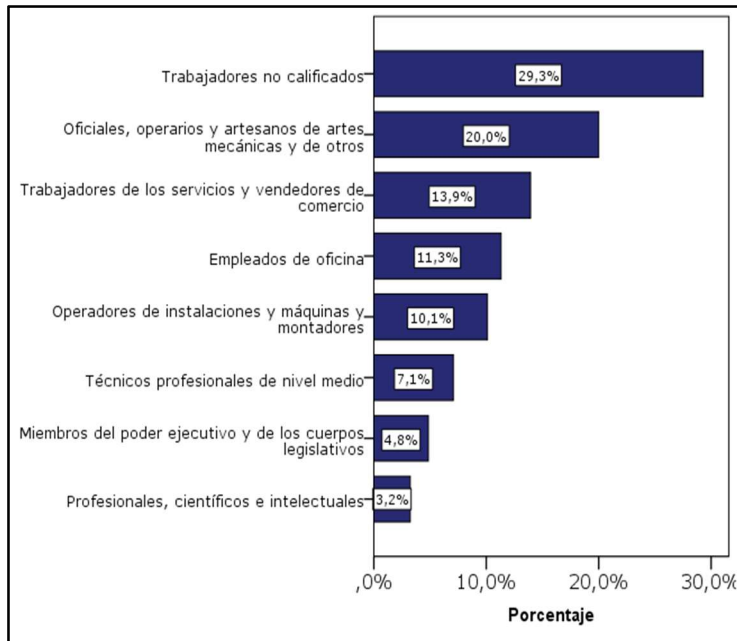
Desde el año 2013, la encuesta CASEN, mide la pobreza multidimensional, que considera además de ingresos, datos sobre Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno y Redes y Cohesión Social. El año 2013 la situación en Cerro Navia era de un 26,6% de personas en situación de pobreza multidimensional considerando 4 dimensiones (Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno), esta situación tuvo un ligero aumento a 28,8% en el año 2015.

Este último año se adiciona la dimensión de Redes y Cohesión Social, Cerro Navia presenta una situación de pobreza multidimensional del 34,1% considerando 5 dimensiones.

## Situación laboral

De acuerdo a los datos reportados por la encuesta CASEN 2015, la fuerza laboral en Cerro Navia es predominantemente de Trabajadores no calificados (29,3%) seguidos por oficiales, operarios y artesanos de artes o mecánica (20,0%).

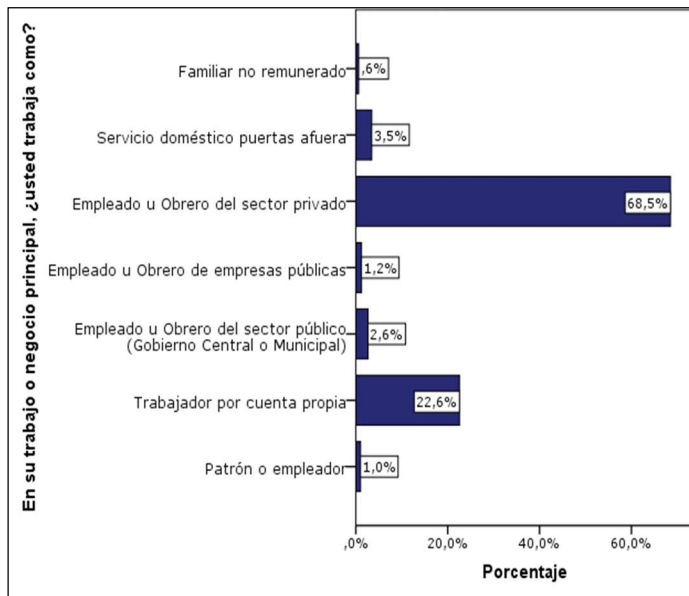
**Figura 11: Porcentaje de tipo de ocupación.**



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2015.

Lo anterior se vincula al tipo de empleo de las personas ocupadas, donde la mayoría son empleados u obreros del sector privado (68,5%) y le sigue, con un 22,6% el trabajo por cuenta propia.

**Figura 12: Tipo de empleo, Personas mayores de 18 años.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos CASEN 2015.

## **Hogares, Viviendas y habitabilidad urbanas**

El desarrollo del entorno urbano puede ser analizado desde distintas metodologías de evaluación. Dentro de ellas, el “Índice de Calidad de Vida Urbana”, el cual mide las condiciones de vida de la población generadas a partir de las actuaciones y dinámicas de transformación del espacio urbano inducidas por actores públicos, privados y la sociedad civil, medidas y comparadas con información estadística provistas por fuentes oficiales públicas y privadas lo más actualizadas posibles. Entre los factores evaluados están: vivienda y entorno, salud y medio ambiente, condiciones socioculturales, ambiente de negocios, condición laboral y conectividad y movilidad. En este estudio, el año 2017, las comunas ubicadas en los últimos lugares del índice son Lo Espejo, La Pintana, Pedro Aguirre Cerda, Cerro Navia, El Bosque, San Bernardo, Lo Prado, Independencia, Quinta Normal y Conchalí. De hecho, la comuna de Cerro Navia obtiene un índice de 26,9 de un promedio nacional de 42,9, ubicándola en el rango inferior 2. Dentro de los ejes, es crítico en las categorías de ambiente de negocios, condiciones laborales y las características de conectividad y movilidad.

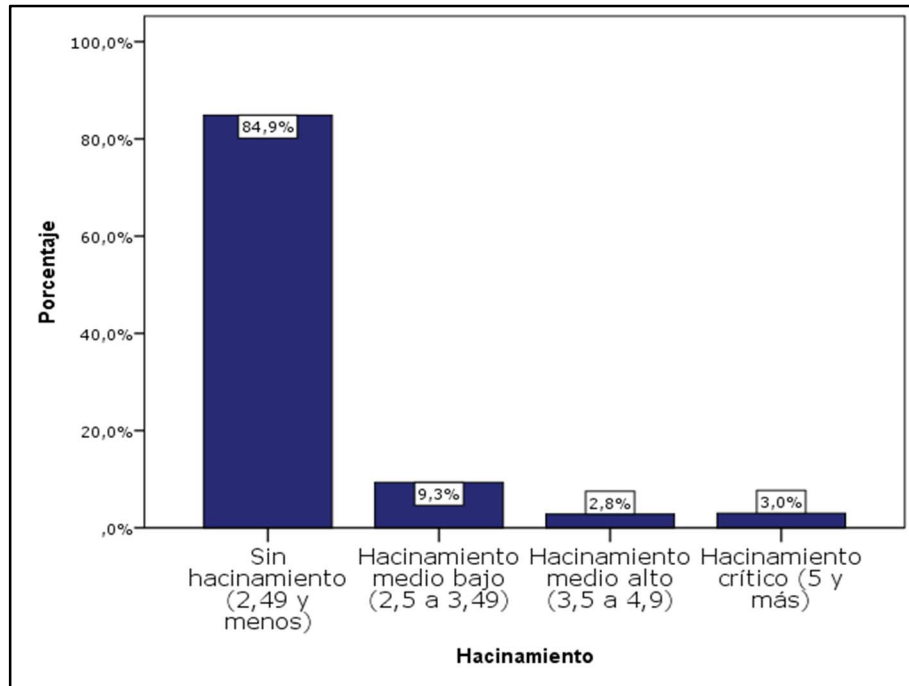
Existen otros estudios como el “Reconocimiento del Entorno Urbano”, desarrollado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC), en conjunto con el Centro de Inteligencia Territorial de la Universidad Adolfo Ibáñez (CIT). Este estudio se analizaron barrios de 34 comunas del Gran Santiago y los clasificó en tres categorías: críticos, intermedios y destacables, según tres indicadores: infraestructura urbana, accesibilidad a equipamientos y medioambiente. Esta metodología permite identificar dónde y en qué es más urgente la inversión pública y privada para mejorar la calidad de vida de las personas. En este caso, Cerro Navia es la comuna con mayor porcentaje de población (76%, equivalente a 87.000 personas) viviendo en barrios cuyo entorno urbano es crítico. Le siguen las comunas de La Pintana (59%), Pedro Aguirre Cerda (56%), Lo Espejo (54%) y Renca (47%). Cabe agregar que, de las 34 comunas analizadas, sólo cuatro no presentan barrios críticos.



### Situación de hacinamiento

De acuerdo con la última encuesta CASEN (2015), un 15,1% de los hogares en Cerro Navia están en situación de hacinamiento.

Figura 13: Porcentajes de hogares en situación de hacinamiento por nivel.



Fuente. Elaboración propia a partir de base de datos CASEN 2015.

En cuanto a las condiciones de servicios básicos de la vivienda, el 99,7% de ellas cuenta con red pública de agua con medidor. El 99,7% posee conexión al sistema de alcantarillado, el 0,3% restante tiene letrina sanitaria conectada a pozo.

El 100% de las viviendas tiene acceso a la red de electricidad, de éstas, el 83,4% cuenta con medidor propio, mientras que el resto es medidor compartido.

### Participación Social



La historia de la comuna de Cerro Navia, tiene una impronta de movimientos sociales en sus bases, en la actualidad la primera línea de trabajo en salud se centra en la co-construcción de una ciudadanía empoderada, inclusiva y consciente.

En este sentido, los diversos dispositivos de salud de la comuna, han generado estrategias que permitan en el transcurso de estos años, ir fortaleciendo una base social democrática, que se proyecte como mecanismo de control social sobre la gestión de los servicios públicos, como también, participar en los planes de mejora continua en la estructura organizacional de salud. Para ello, este sector tiene un gran avance en estos aspectos, desde la autoridad sanitaria somos convocados a profundizar el trabajo en la Estrategia de Redes Integradas de Servicios de salud particularmente desde ámbito de Gobernanzas y Estrategias, a liderar acciones intersectoriales, procurando la participación amplia de la comunidad en relación a su salud y bienestar.

En este contexto, el trabajo realizado por el Programa de Promoción de la Salud, permitió instalar procesos de instancias formales tales como Consejos de Desarrollo, redes amigables de salud, Consejos Consultivos, comisiones mixtas, consejo de pueblos originarios, organizaciones de mujeres, entre otros, conformadas por representantes de usuarios(as) organizados(as), organizaciones territoriales y organizaciones funcionales de salud.

Es así que a la fecha, si bien existe un trabajo comunitario en cada Centro de Salud, cuyos representantes son partes de las juntas de vecinos de los territorios, clubes de adultos mayores, grupos de autoayuda entre otros. Reconocemos como un desafío avanzar en consejos con participación vinculante que refuercen la salud en el territorio y el territorio como fuente de salud.

Este trabajo se enmarca en los Índices de Actividad de la Atención Primaria de Salud, con su planificación sectorial desde la estrategia de Participación social, como también, dentro de los ejes del Programa del Modelo de salud familiar instancias que convoca la articulación del equipo directivo, equipo gestor, jefes de sector, oficina de OIRS, etc. a un trabajo programático, coordinado sancionado por la comunidad, con indicadores de resultado, calendarización, medios verificadores, entre otros, que den cuenta de este acuerdo de corresponsabilidad como agentes de desarrollo local.

El trabajo que ha tomado mayor fuerza durante este año 2017, con los cuatro planes desarrollados por estas organizaciones, esto obedece en primera instancia, a un carácter de orden Informativo, si bien se mantiene la demanda, en la sensibilización de la comunidad en temáticas de orden sanitario, generando instancias de prevención y promoción, también surgieron necesidades de abrir ciclos informativos sobre las prestaciones que se otorgan en los dispositivos, es decir, la comunidad demanda instancias, sobre los servicios que ofrece en términos de mejorar el acceso a la salud,

la oportunidad y la continuidad de la atención. Este ejercicio cívico, también, abre un diálogo con los funcionarios de salud, promoviendo una comunicación directa, que se concretiza en las reuniones ampliadas, encuentros en y desde los territorios, cohesionando las necesidades el usuario interno y externo y operacionalización la acción en salud.

Una carta de navegación no menor, en el fortalecimiento de la participación social desde el ámbito de la salud, ha sido la carta de derechos y deberes, que insta al usuario a entregar su opinión como receptor de un servicio, y por ende un evaluador desde su expectativa sobre las prestaciones que ha recibido, es así, que la gestión de consultas ciudadanas, formará parte primordial en los insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud a nivel local y nacional. Este ejercicio, tensiona en ocasiones a los equipos, considerando que instalar una cultura de calidad de los servicios clínicos, ubica un cuestionamiento de los procedimientos, pero también estamos seguros que este es un proceso de encuentro de ambas miradas, que nos permitirá avanzar en una mejora continua del sector salud.

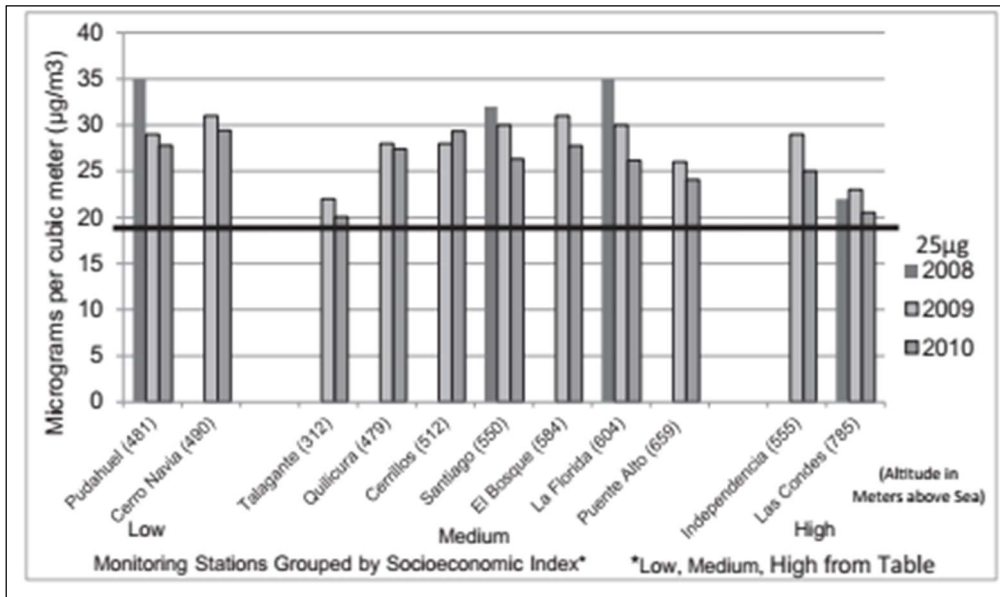
## **Medio Natural:**

### **Contaminación atmosférica**

Desde el ámbito de contaminación atmosférica, es relevante destacar que la Región Metropolitana presenta altos niveles de contaminación en relación al país. Por ello, se han ubicado distintas centrales de monitoreo de la contaminación ambiental, las que son conectadas por el Sistema de Información Nacional de Calidad del Aire (SINCA) del Ministerio de Medio Ambiente. Dentro de dicha red, se encuentra la estación Cerro Navia (<http://sinca.mma.gob.cl/index.php/estacion/index/key/D18>). Los meses de mayores niveles de contaminantes son entre mayo y agosto.

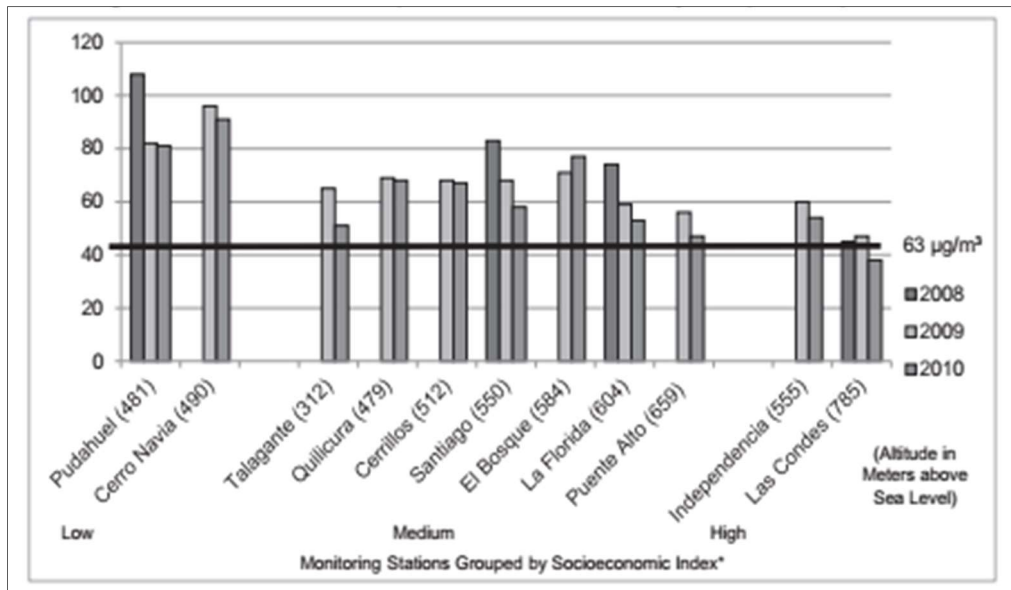
En el trabajo desarrollado por Rose-Pérez R (2015) llamado “Environmental justice and air quality in Santiago de Chile” se identificaron proceso de determinación social de inequidades en la calidad del aire. En la siguiente figura se describen los niveles del índice de Calidad del Aire, en base al Material particulado fino (2,5 micrones), conocido como ICA-MP2,5. En dicho estudio Cerro Navia se ubica dentro de una de las comunas con mayores niveles de contaminación atmosférica, y con valores más altos sobre el umbral nacional (25 ug/m<sup>3</sup>).

Figura 14. Promedios anuales de partículas finas para las estaciones de monitoreo en la Región Metropolitana (2008-2010).



Fuente: Rose-Pérez R., 2015.

Figura 15. Valores del percentil 98 de la contaminación diaria por partículas finas (2008-2010).

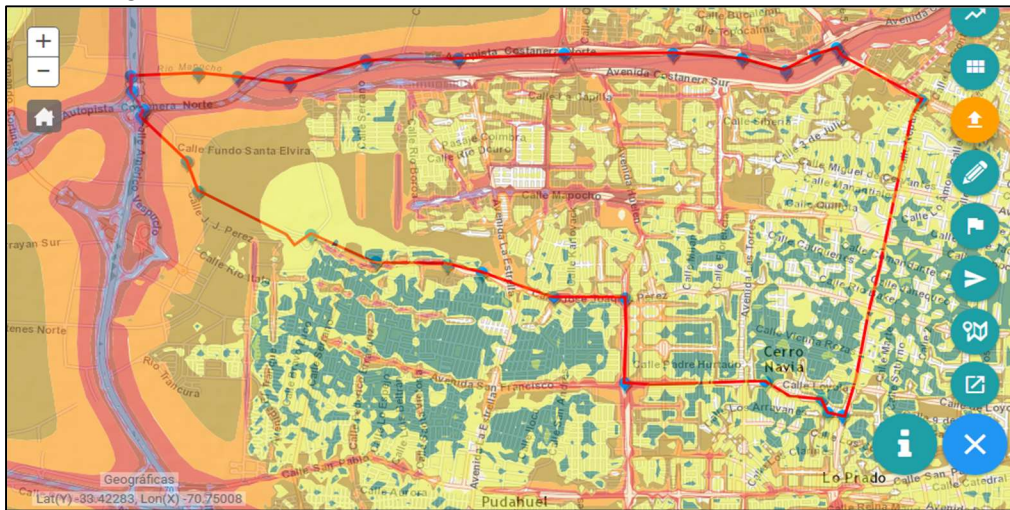


Fuente: Rose-Pérez R., 2015.

## Contaminación Acústica

El Sistema Nacional de Información Ambiental (SINIA) pone a su disposición información ambiental de Chile, que incluyen estudios, mapas, indicadores y estadísticas. Toda la información puede ser descargada a fin de facilitar el derecho de acceso a la información ambiental de cualquier persona. Dentro de dicho sistema, está disponible el mapa de ruido del gran Santiago, desarrollado por la Universidad Austral de Chile (2011) para el control del ruido ambiental. A continuación, se presenta el mapa de ruido de la Comuna de Cerro Navia. Dentro de las zonas más críticas en la comuna, son los sectores aledaños a la autopista, Av. Mapocho.

Figura 16. Cerro Navia, mapa de ruido comuna de Cerro Navia.



Contaminación acústica. Sistema Nacional de Información Ambiental (SINIA), 2011

Simbología	Límite Inferior dB(A)	Límite Superior dB(A)	Simbología	Límite Inferior dB(A)	Límite Superior dB(A)
	35	40		60	65
	40	45		65	70
	45	50		70	75
	50	55		75	80
	55	60		80	85

El Gran Santiago urbano cuenta hoy con un nuevo y actualizado mapa del ruido diurno y nocturno, desarrollado por el Ministerio del Medio Ambiente (MMA). Se trata de una representación gráfica de la contaminación acústica, de una zona determinada, ciudad, región, comuna, barrio, etc-, que permite reconocer la distribución espacial y temporal de este contaminante invisible en la capital. Este mapa muestra que más de 1.219.837

de santiaguinos (19%), están expuestos a altos niveles de ruido diurno y alrededor de 1.870.000 (29%) de contaminación acústica nocturna.

### **Ubicación, superficie y configuración comunal**

Cerro Navia, cuenta con una superficie de 11,04 km<sup>2</sup> en la que se estima que para el año 2018, viven 158.723 vecinos y vecinas. Por lo que la densidad poblacional para el 2018 es de 14733 hab/Km<sup>2</sup>, un valor levemente menor al promedio nacional. Territorialmente se organiza en 8 territorios y 37 unidades vecinales.

### **Áreas verdes**

Las áreas verdes urbanas cumplen un rol importante en la calidad de vida de la población y dentro de la ecología urbana. Mejoran de la calidad de vida de las personas, contribuyen al control de la contaminación ambiental, mejora calidad del aire y ayuda a regular la temperatura ambiental, además permite la integración social y el fomento de la actividad física.

En el año 2016 el municipio mantuvo a su cargo 481.906 m<sup>2</sup> de áreas verdes, lo que equivale a 3,04m<sup>2</sup>/habitante, bajo los 3,47 m<sup>2</sup> por habitantes que es el valor promedio de la Región el mismo año. Y muy por debajo del valor de 9,0 m<sup>2</sup>/hab. propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Citado en Reyes y Figueroa, 2010).

Según estudio de Disponibilidad de Áreas Verdes del ministerio del Medio Ambiente (2011), comunas con un bajo estándar de áreas verdes como El Bosque, **Cerro Navia**, Quinta Normal y Lo Espejo prácticamente podrían duplicar sus m<sup>2</sup>/hab., si los sitios eriazos fueran transformados en áreas verdes. No obstante aquello en ninguna de estas comunas se alcanzaría el valor recomendado por la OMS.

Con la inauguración del Parque La Hondonada, se agregan 25 há de áreas verdes a la comuna, con mantención desde Parque Metropolitano de Santiago.

### **Descripción de determinantes sociales por establecimiento**

La siguiente información corresponde a hogares y personas que componen los hogares que cuentan con RSH en la comuna de Cerro Navia, con la finalidad de poder realizar el cruce territorial se trabajaron los datos según unidad vecinal de procedencia y área de influencia de cada centro.

Como se puede observar en la tabla siguiente un 58 de hogares catastrados por RSH, se encuentra calificados en el 40% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad, destacando levemente los centro Cerro Navia y Lo Amor, que presentan el 59% de los hogares encuestado en el tramo con mayor vulnerabilidad.

Tabla N° 27: Total de hogares, personas y tramo , según Registro Social de Hogares por centro de salud.				
Centros de Salud	N° de Hogares	N° personas	Tramo 40 CSE (n° hogares)	% Tramo 40 por centro
Dr. Steeger	15.395	36.568	8.908	58%
Cerro Navia	10.910	25.908	6.462	59%
Dr Albertz	10.987	24.918	6.164	56%
Lo Amor	10.279	24.752	6.077	59%
Cescof Los Lagos	3.882	9.403	2.033	52%
Total	51.453	121.549	29.644	58%

Base RSH a octubre del 2018; Comuna de Cerro Navia de la Región Metropolitana

Del total de hogares que cuentan con RSH, 22.119 corresponde a Adultos Mayores y 30.283 corresponden a menores de 17 años. Al observar el grado de dependencia se puede moderada y severa destaca la población asociada al Centro Albertz.

Tabla N° 28: Dependencia Personas según RSH			
Centros de Salud	Adultos mayores (>= 60 años, n° personas)	Niños (<= 17 años, n° personas)	Dependencia moderada o severa (n° personas)
Dr. Steeger	6.695	7.910	382
Cerro Navia	4.290	7.033	277
Dr Albertz	5.014	6.603	432
Lo Amor	4.487	6.285	290
Cescof Los Lagos	1.633	2.452	97
	22.119	30.283	1.478

Base RSH a octubre del 2018; Comuna de Cerro Navia de la Región Metropolitana

Un 57 de los hogares registrados tienen jefatura de hogar femenina, siendo este porcentaje muy similar en relación a la población asociada a cada centro.

Tabla N° 29: N° Hogares, con Jefatura Femenina por UV asociada a Centro de Salud	
Centros de Salud	Total
Dr. Steeger	8.749
Cerro Navia	6.422
Dr Albertz	6.361
Lo Amor	5.933
Cescof Los Lagos	2.174
Total	29.639

## 4. Diagnóstico Sanitario

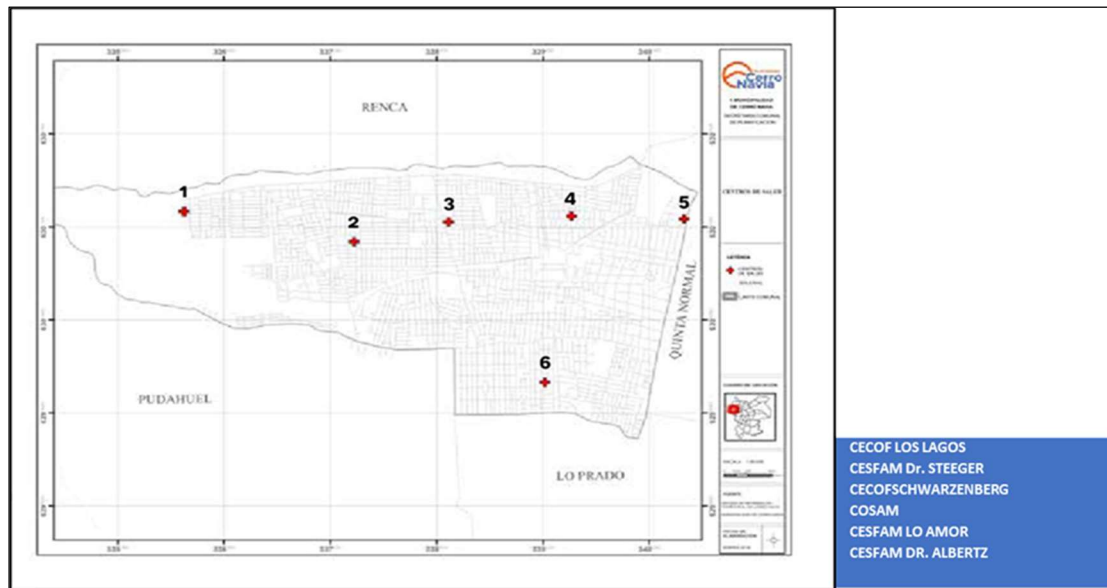
### Caracterización de la red asistencial

La red asistencia en salud de la comuna está dada a través del Servicio de Salud Metropolitano de Occidente quien mediante exenta N° 0194 establece los mapas de derivación desde atención primaria conformada por los cuatro CESFAM y dos CECOSF, atención secundaria y atención terciaria Generando así la referencia y contrarreferencias de acuerdo a la gravedad de patología atendida.

La comuna de Cerro Navia cuenta con cuatro Centros de salud Familiar un CECOSF y un COSAM. En las siguientes tablas se puede observar la distribución territorial de su atención y su ubicación geográfica.

Tabla 30. Los Centros de Salud por área de influencia		
Centros de atención de Salud	Dirección	Área de Influencia
CESFAM Steeger	Huelen 1629	UVN° 7,8, 11, 12, 13, 22, 23 y 24
CESFAM Cerro Navia	Sado 7965	UV N°25, 26,28, 31, 32, 35, 36y 37
CESFAM Albertz	Las Torres 1204	UV N° 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9
CESFAM Lo Amor	Neptuno 2198	UV N° 10,14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 27
CECOF Los Lagos	Lanahue 1800	UV N° 29, 30, 33 y 34
COSAM	Cinco de febrero 2206	Estrategia Comunal, sin foco territorial dentro de Cerro Navia

Figura 17. Ubicación Centros de Salud



Algunas características básicas son:



**CESFAM Dr. Steeger:** Cuenta con tres sectores más un satélite llamado Schwarzenberg el cual se encuentra enfocado en la población de adultos mayores, ya que posee una de las poblaciones más envejecidas de la comuna y cuenta con SAPU. La población validada por FONASA para el año 2019 es de 38.226 personas.

Cuadrante por Sector:

- Rojo – Negro: UV N° 23-24-11-7 y 8
- Azul : UV N° 12-22
- Sector Café: U.V.N° 13

**CESFAM Dr. Albertz:** Cuenta con cuatro sectores, SAPU Y SOME.

La población validada por Fonasa para el año 2019 corresponde a 33.716 personas, su infraestructura responde a un proceso de crecimiento a través del tiempo, por lo cual requiere de nueva inversión con una visión de integralidad y sustentabilidad en el tiempo.

Cuadrante por Sector:

- Rojo: UV N° 4 y 5
- Naranja: UV N° 1,2 y 3
- Amarillo: UV N° 6,9,10
- Sector Verde: Otras comunas.

**CESFAM Cerro Navia:** El centro Cerro Navia se organiza en tres sectores y un CECOSF, cuenta con SAPU y SOME. La población validada por FONASA para el año 2019 será de 31.591 personas inscritas.

Cuadrante por Sector

- Verde: UV N° 25 y 26
- Rojo: UV N° 31,32, 35, 36 y 37
- Azul: UV N° 28
- CECOSF Los Lagos: UV N° 29, 30, 33 y 34

**CESFAM Lo Amor:** Corresponde al centro más pequeño de la comuna se organiza en dos sectores. La población validada por Fonasa para el año 2019 corresponde a 18.738, personas inscritas.

Cuadrante por Sector

- Verde: UV N° 10,16, 17, 27 y 14
- Naranja: 15,18,19, 20 y 21

## **COSAM**

Corresponde a un centro ambulatorio de especialidad de segundo nivel, enmarcado en la norma 106 del Minsal. Brinda atención a personas con trastornos mentales de

moderada o alta severidad en todas las etapas del ciclo vital, provenientes de toda la comuna.

El centro opera con una fuerte vinculación con los cuatro CESFAM con los cuales ha implementado la RED de Salud Mental, se ha pretendido el año 2018, ser un órgano de carácter resolutivo, de gestión de casos y organización de temáticas de capacitación para los equipos, permitiendo instalar la temática de Salud mental a nivel comunal.

### Servicio de Atención Primaria (SAPU)

Este programa permite entregar prestaciones médicas que, siendo de baja complejidad aseguren un acceso inmediato y de una actuación oportuna para resolver situaciones de salud, que los usuarios consideren que no admiten espera y eventualmente salvar situaciones emergentes que pongan en riesgo la integridad de la salud y vida de las personas, constituyéndose la primera instancia de atención de la red de urgencias del sistema público de salud.

La comuna presenta dos SAPU cortos en los establecimientos DR Albertz y Dr Adalberto Steeger, un SAPU largo en el establecimiento Luis Chavarría.

### Flujo de Derivación y contrareferencia

A continuación, se puede observar el flujo de derivación y contra referencia de la Red de Salud.

Figura 18. Flujograma de la atención de Salud Cerro Navia

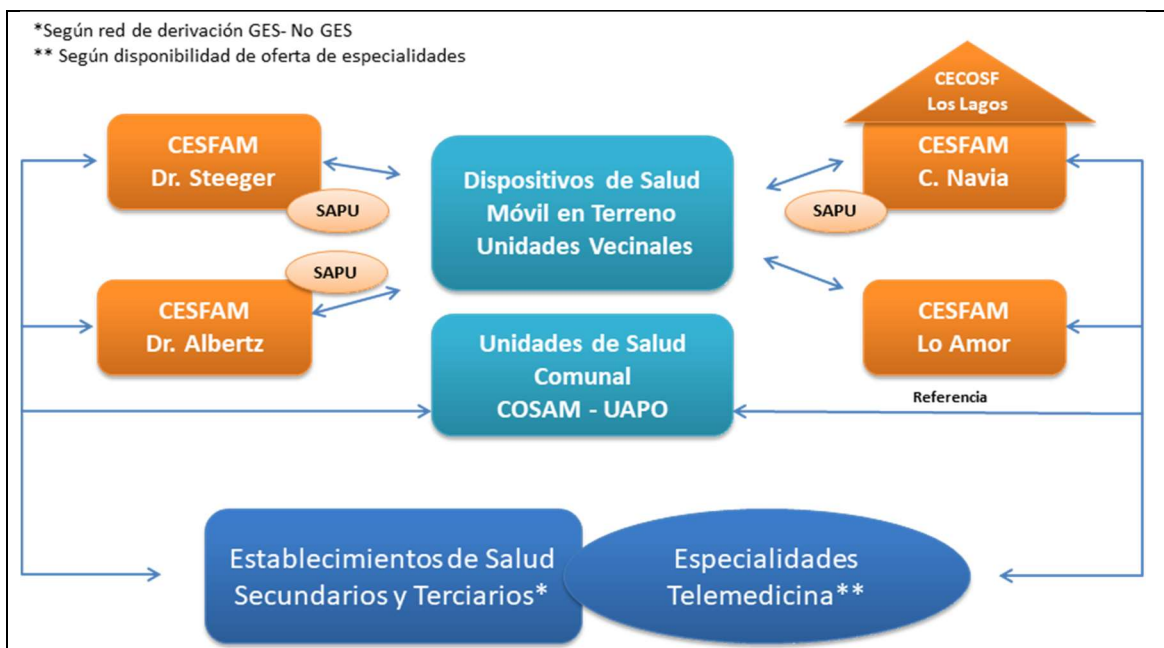
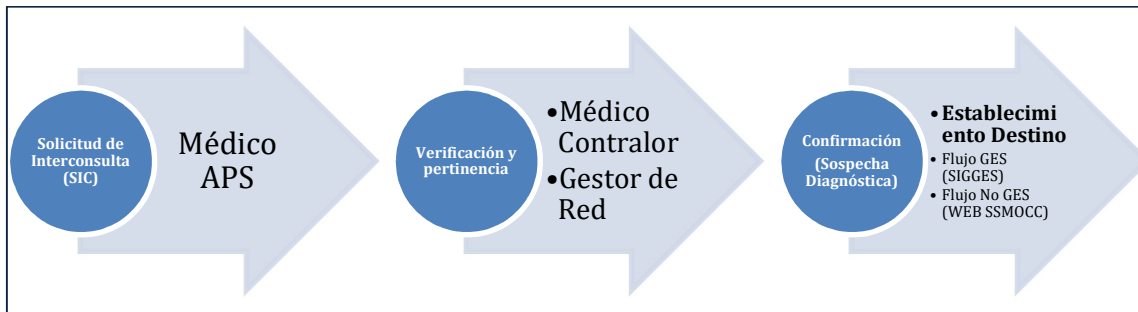


Figura 19. Flujo salida patología GES/No GES



### Médico Gestor de Demanda

A su vez, toda SIC generada en los establecimientos de la red local debe ser verificada por médico gestor de demanda quien evalúa: la pertinencia, la correcta elaboración del documento, además de verificar el destino y la prioridad en la atención de salud solicitada por el médico tratante. La comuna cuenta con un gestor de demanda en cada establecimiento, cuya función principal recae un médico de familia encargado de optimizar y coordinar los recursos de la red de salud occidente para entregar una atención integral y oportuna, sirviendo de nexo para la referencia y contra referencia entre los distintos establecimientos. Desde la implementación de esta estrategia, este profesional participa en reuniones clínicas y de gestión, a fin de mejorar la pertinencia en la derivación de usuarios de nuestros centros de salud, articulando los recursos para mejorar la experiencia de quienes utilizan los establecimientos sanitarios de la comuna.

### Establecimientos de referencia nivel secundario, terciario y especialidades Servicio Salud Metropolitano Occidente

Nº	Establecimientos	Nº	Establecimientos
1	Hospital San Juan de Dios	10	Hospital Barros Luco Trudeau
2	Hospital Feliz Bulnes Cerda	11	Instituto de Radiomedicina IRAM
3	Hospital San Jose de Melipilla	12	Instituto de Neurocirugía
4	Hospital de Talagante	13	Hospital San Borja Arriaran
5	Hospital de Peñaflores	14	Hospital Exequiel González Cortes
6	Hospital de Curacavi	15	Hospital Roberto del Rio
7	Instituto Traumatológico	16	Unidad de Trauma Ocular
8	Centro de Referencia de Salud, Salvador Allende Gossens	17	Hospital de Urgencia Asistencia Pública
9	Hospital Luis Calvo Mackenna	18	Instituto Nacional del Cáncer

Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Occidente

La mayor concentración de usuarios derivados mediante solicitud de interconsulta desde la red local de salud de Cerro Navia, tiene como destino alguno de los establecimientos de mayor complejidad presenten esta la región metropolitana, siendo el Hospital San Juan de Dios y Hospital Félix Bulnes Cerda, pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, quienes concentran y resuelven la mayoría de las referencias a especialidades entre nuestros usuarios, actuando de establecimientos de contra referencia para el manejo y seguimiento de patologías GES/No GES específicas. Otras prestaciones complementarias son otorgadas por CRS Salvador Allende Gossens, entre las cuales encontramos rehabilitación y traumatología, neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, entre otros servicios que vienen a disminuir la demanda generada los dos hospitales base y aumentar el acceso y oportunidad en la atención de salud.

Otros de mayor complejidad o especialización, ofrecen prestaciones a nuestros usuarios en las distintas etapas de ciclo salud-enfermedad, participando del tratamiento, rehabilitación y seguimiento una vez confirmada una patología en centros de derivación secundarios de salud (HSJD y HFBC).

### **Especialidades con consulta otorgada mediante tecnologías de la información (Telemedicina)**

- Teledermatología
- Telenefrología
- Teleoftalmología



Actualmente se utiliza la estrategia de telemedicina para aumentar la capacidad de resolución de los médicos de cabecera de los establecimientos de salud comunal. Actualmente se cuenta con estrategias de tele dermatología y nefrología, mediante el uso de Hospital Digital, y Teleoftalmología, mediante el uso de la estrategia Dart. Lo que ha mejorado considerablemente los tiempos de espera para el acceso a un diagnóstico por especialista, en estas áreas de gran demanda en la población.

### **Proceso de acreditación en calidad.**

Programa de Calidad y Seguridad del Paciente

En los centros de atención Primaria de salud, las actividades de calidad a nivel comunal, se han desarrollado a través de los Comités de Calidad, con equipos multidisciplinares

cuya misión ha sido promover la cultura de la calidad en todos los programas y unidades de atención de los CESFAM.

En este sentido los CESFAM han desarrollado planes de trabajo enfocados en el “Mejoramiento de la calidad de atención al usuario” y posteriormente, de acuerdo a las Políticas y Planes de salud ministeriales, han incorporado la satisfacción usuaria como línea estratégica con planes de acción centrados en mejorar el trato al usuario en el proceso de atención de salud.

La Ley 19.937 (Enero/2004) de la autoridad Sanitaria expresa que “corresponde a los prestadores institucionales de Salud garantizar que las prestaciones entregadas alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios, debiendo fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones”.

Desde esta concepción y normativa ministerial durante el año 2018 se dio inicio a las primeras labores de planificación para el logro de este gran desafío y que para el año 2019 se proyecta su fortalecimiento, concretando los objetivos planteados en este periodo, fomentando el trabajo en los comités locales, cuyo objetivo general es “Desarrollar estrategias en Gestión de Calidad y seguridad que permitan el mejoramiento continuo de los procesos de atención, garantizando atenciones de salud en condiciones de seguridad, efectividad y respetando los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud”.

Para operacionalizar este objetivo se han definido dos áreas de tendientes a mejorar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios, brindando una atención de calidad, desde el enfoque de salud familiar, a saber.

- a) Área de Seguridad en la atención: Primeramente, avanzar en la obtención de la autorización sanitaria de toda la Red de salud, actualizar y modificar según corresponda. Confeccionar un programa para lograr la Acreditación de Calidad en Salud en todos los CESFAM de la Comuna.
- b) Área de Satisfacción usuaria: Evaluar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios en la atención y servicios recibidos, analizando sus sugerencias, felicitaciones y reclamos, con ello elaborar planes de mejora en las áreas de mayor déficit.  
Para el cumplimiento de este objetivo se trabajará en conjunto con la nueva *Unidad de Gestión Usuario y Participación ciudadana*.

Para el año 2019, los objetivos específicos y el plan de acción a realizar en el Programa de Calidad de la atención y satisfacción usuaria son los que se muestran a continuación, cabe señalar que cada Centro desarrolla sus propias estrategias para llevar a cabo las actividades programadas. Para su evaluación y monitoreo se utilizará el modelo de acreditación.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, los Centros de Salud proponen trabajar las actividades que se muestran a continuación:

Objetivos por área:

ÁREA	OBJETIVO
<b>ÁREA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	Cumplir con el 90% en las Características Obligatorias y avanzar de acuerdo a los logros obtenidos en el cumplimiento de las características globales que aplican a cada Cesfam.
	Obtención de regularización sanitaria de la RED Municipal de Salud.
<b>AREA DE SATISFACCIÓN USUARIA</b>	Monitorear el nivel de satisfacción de nuestros usuarios en la atención y servicios recibidos
	Monitorear el nivel de satisfacción de nuestros usuarios en la atención y servicios recibidos

## 4.1 Caracterización de la oferta

### Dotación

La dotación comunal hace referencia a los funcionarios contratados por estatuto de atención primaria, ley 19.378, la categoría definida según su nivel de estudios, régimen horario y su distribución semanal.

A continuación, se presenta la dotación de atención Primaria para el año 2019, según resolución exenta 3204, del SSMOCC.

CATEGORÍA	ESTAMENTOS	DOTACION ACTUAL	HORAS ACTUALES SEPT. 2018
A	Médico General	40	1760
	Odontólogo	28	1232
	Químico Farmacéutico	2	88
B	Asistente Social	24	1056
	Enfermero/a	35	1540
	Kinesiólogo/a	20	880
	Mataron/a	27	1188
	Nutricionista	17	726
	Psicólogo/a	20	880
	Terapeuta Ocupacional	2	55
	Tecnólogo Médico	4	176
	Educadora de Parvulo	4	176
	OTROS	1	44
C	TENS - Salud	100	4400
	TENS- Gestión de Apoyo	43	1892
	Secretaria - Ejecutiva	1	44
D	Auxiliar Enfermería	32	1408
	Auxiliar Farmacia	2	88
	Auxiliar Dental	4	176
E	Administrativos	60	2640
	Secretaria	1	44
F	Conductor	18	792
	Auxiliar de servicio ( Jard. Guardias Camillero. Otros )	47	2068
	<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>23353</b>

## Presupuesto

El año 2018 la Corporación de salud contó con un presupuesto aproximado de 15.852 millones compuesto por presupuesto corriente calculado sobre el per cápita, 600 millones producto de aportes municipales destinado principalmente a medicamentos y Creación de Optica Popular y 2.903 millones provenientes principalmente del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y otros convenios tales con Senda y Junaeb.

Programas SSMOCC- Otros	\$2.903.229.695
Percápita	\$12.349.451.325
Aporte Municipal	\$600.000.000
Total	\$15.852.681.020

## Oferta por grupo prioritario de atención

Las formas como se enfrenta la salud a través de los diferentes Centro de Salud Familiar de la comuna se encuentra con un enfoque según el ciclo de vida, refiriéndose a las diferentes etapas que recorre la persona durante su vida: la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez.

### Programa Infantil

Este programa está enfocado a los niños desde su nacimiento hasta los 9 años de edad. Entrega atención y apoyo a su desarrollo integral, considerando sus relaciones y condiciones familiares. Este programa busca la armonía del niño o niña, 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. El programa busca:

- Realizar controles de salud con un enfoque promocional y preventivo, priorizando acciones basadas en evidencia por edad.
- Apoyar a padres, madres y cuidadores en el proceso de crianza para el fomento del desarrollo integral de sus hijos e hijas.
- Identificar anomalías o banderas rojas que puedan generarse o estar presentes en la infancia.
- Conocer los flujos de atención de niños y niñas con problemas de salud detectados, de acuerdo a las normativas vigentes.
- Incorporar el control de salud entre los seis y hasta los 10 años como parte de los controles habituales efectuados, con directrices técnicas estandarizadas.
- Integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales en salud, de bajo riesgo, a la atención primaria, brindando una atención integrada con los niveles de mayor complejidad.

- Acompañar y supervisar la trayectoria de desarrollo integral de niños y niñas. Este documento se enmarca bajo las directrices y normativas vigentes del Ministerio de Salud.

### **Prestaciones**

- Control de Salud Niño Sano
- Consulta de Déficit Nutricional
- Consulta Nutricional
- Control de Lactancia Materna
- Consulta de Morbilidad
- Control de Crónicos
- Consulta Social
- Consulta por Déficit del Desarrollo Psicomotor
- Visita Domiciliaria
- Control Odontológico (CERO)
- Programas de Vacunas
- Programa de Alimentación Complementaria
- Detección Temprana y atención de problemas de salud mental
- Promoción de hábitos saludables a las madres, padres y/o cuidadores de niños
- Consulta salud mental

### **Salud del Adolescente**

Este programa incluye como beneficiario directo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, para la atención de las actividades asistenciales de la atención primaria, y agrega a jóvenes entre 20 y 24 años para las actividades de promoción y prevención de salud. Los beneficiarios indirectos incluyen a la familia, escuela y comunidad. El Programa tiene como propósito contribuir al bienestar psicosocial de los y las adolescentes, apoyado en los principios de Equidad, Autonomía, Confidencialidad, Integralidad, Universalidad, Intersectorialidad, Participación, Flexibilidad Y Fortalecimiento Familiar.

El programa busca como objetivos

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

Las prestaciones que se realizan son:

- Consultas de morbilidad general
- Examen de Salud Preventivo
- Control de Salud Integral
- Consejerías en temas de Sexualidad, Tabaquismo, nutrición y Salud Mental



- Consulta por Morbilidad General
- Control y tratamiento de adolescentes con problemas crónicos de salud.
- Consultas de Salud Mental
- Control Nutricional
- Consultas con Matrona
- Control odontológico

## Salud sexual y reproductiva

El proceso de formulación de la Política en Salud Sexual y Salud Reproductiva ha sido un proceso de construcción colectiva (MINSAL, 2017). En el año 2012, se planteó una actualización del Programa de Salud de la Mujer, un Programa que incorpora una serie de actividades para contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su vida. El trabajo comenzó un proceso de complementariedad, ante la necesidad de avanzar en acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para todas las personas el cual tiene como objetivo general

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la salud sexual y salud reproductiva de las personas, en todas las etapas de su ciclo vital, integrando las distintas orientaciones sexuales e identidades de género.

Las actividades que se realizan en atención primaria se presentan en la siguiente tabla

Tabla 33: actividades programa salud sexual y reproductiva	
Área sexual	Área salud reproductiva
Consulta ginecológica	Control pre concepcional
Control ginecológico preventivo sin EMP	Control prenatal
Control ginecológico preventivo con EMP	Ecografía obstétrica de primer trimestre
Consejería para mujeres en edad de climaterio	Talleres de educación prenatal
Talleres educativos para mujeres en edad del climaterio	Control de salud madre y recién nacido/a en APS.
Control de salud integral del climaterio	Primer control de salud del recién nacido/a en APS.
Consulta por ITS	Control pre concepcional
Control por ITS	Consulta de morbilidad obstétrica
Control de salud sexual a trabajadoras(es) sexuales	Consulta nutricional para la mujer
Consejería en salud sexual.	Consulta nutricional en el periodo reproductivo.
Consulta de salud sexual	Consulta nutricional en etapa de climaterio
Control de salud sexual	Entrega de alimentación complementaria. Programa nacional de alimentación complementaria (PNAC)
Control por patología gineco-oncológico.	Consejería en salud reproductiva.
	Control de regulación de la fertilidad.
	Consulta de regulación de la fertilidad
	Consulta de anticoncepción de emergencia.
	Control posaborto
	Salud oral integral de la embarazada

## **Salud del adulto**

Está enfocado a personas, hombres y mujeres, entre 20 y 64 años de edad. Presenta un enfoque de promoción y prevención con exámenes preventivos como el EMPA y el PAP además de otras actividades que conllevan al bienestar de este rango etario puesto que es el ciclo de vida donde se encuentra la carga laboral más fuerte.

### Objetivos del programa

- Mejorar el nivel de salud de la población adulta y contribuir a su mantención a través de la adopción de estilos de vida saludable.
- Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades que se pueden prevenir a través del control de sus factores de riesgo.
- Satisfacer las necesidades de atención médica de la población adulta y procurar una atención resolutive.
- Mejorar la oportunidad del diagnóstico y asegurar el tratamiento de aquellas enfermedades no transmisibles controlables, como medio para reducir la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a sus complicaciones.
- Contribuir a rehabilitar al adulto en caso que lo requiera.

### Prestaciones:

- Control de enfermedades crónicas: como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia.
- EMPA
- Control con enfermera
- Consulta nutricional
- Control Matrona (PAP, examen físico de mamas)
- Educación grupal
- Visita domiciliaria
- Consulta Social
- Consulta médica de especialista/derivación según corresponda
- Consulta salud mental

## **Salud Adultos Mayores**

Este programa está enfocado a todas las personas, hombres y mujeres, de 65 o más años de edad.

Debido al irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances de la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño. Es así como el Programa del Adulto Mayor 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 una buena calidad de vida.

#### Objetivos del programa

- Mejorar o recuperar la autonomía de los Adultos Mayores.
- En consideración a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas, el propósito de los cuidados de salud es evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.
- Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables.
- Incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa y rehabilitación específica en la perspectiva de un envejecimiento activo.

Las prestaciones entregadas son:

- Control con enfermera
- Consulta nutricional
- Educación grupal
- Visita domiciliaria
- Consulta Social
- Programa de Vacunación Anti influenza.
- Programa de Alimentación Complementaria para Adultos Mayores.
- Ayudas técnicas para mejorar su funcionalidad, como sillas de rueda, burritos, bastones, colchones y cojines antiescaras.
- Entrega de audífonos y lentes
- EFAM
- Consulta salud mental
- Salud oral integral del adulto de 60 años

#### **Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud implementados por la red de Salud Local.**

Los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) tienen su origen en los años 90, en el marco de una definición del Ministerio de Salud orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria, en el transcurso de los años, se han ido incorporando como una estrategia fundamental para complementar las actividades de la Atención Primaria y asegurar su acceso, capacidad resolutoria y cobertura asistencial, para el año 2017 encontramos los siguientes y que a la fecha se mantienen en plena ejecución:

## Área Odontológica



### **Programa Sembrando Sonrisa**

Dirigido a Niños de 2 a 5 años, 11 meses 29 días que asisten a jardines infantiles de JUNJI, INTEGRAL y a establecimientos municipales y particulares subvencionados.

Este programa es de carácter promocional y preventivo. Permite proporcionar especial cuidado en la Educación de salud bucal, con estrategias como una adecuada técnica de cepillado. Permite la entrega cepillos, pasta de dientes, y considera la aplicación de flúor barniz como medida de prevención específica de caries, 2 veces al año

### **Programa Mas Sonrisas para Chile**

Está orientado a Mujeres de 15 años o más, y beneficiarias Fonasa A, B, C, D y Prais (Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud), con mayor prioridad quienes son beneficiarias de programas chile solidario o ingreso ético familiar, programas SERNAM o personal de educación parvularia de establecimientos JUNJI, INTEGRAL y municipal. Su acceso es a través de la inscripción en los centros de salud. Permite acceder a realizar acciones como obturaciones, exodoncias y destartraje, además incluye prótesis dental mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social.

### **Programa Atención Odontológica integral a estudiantes de cuartos año de Educación Media.**

Los alumnos y alumnas de cuarto año de Enseñanza Media de colegios municipales y particulares subvencionados, beneficiarios de Fonasa A, B, C, D y Prais. Este año, se Accedió los servicios del programa a los establecimientos educacionales a través de la Clínica Dental Móvil y que se encuentra en plena ejecución, las atenciones incluyen la realización de acciones de atención primaria, como obturaciones, Exodoncias y

Destartraje, obteniendo un alta odontológica integral a la fecha equivalen al 120% (REM octubre 2017) superando lo conveniado por el programa y apostando al compromiso de la gestión de asegurar el acceso a la población comunal. Contribuyendo de manera directa a una de las principales metas odontológicas 2011 - 2020 consistente en disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes a nivel oral.

#### **Programa Atención Odontológica integral a la población adulta.**

Programa enfocado a atención odontológica de morbilidad para la población mayor de 20 años en Atención Primaria, en horarios de extensión horaria, dentro de las acciones incluyen exodoncias, destartrajes y acciones recuperativas ya sea de amalgama o material estético.

#### **Programa Atención Odontológica en Adolescentes de 12 años**

Permite el acceso a adolescentes con 12 años beneficiarios Fonasa A, B, D, D y PRAIS, solicitando hora en su centro de salud. Está orientado a impulsar acciones promocionales, preventivas y recuperativas. Se les enseña a lavarse los dientes y se realizan obturaciones si se requieren, obteniendo un alta odontológica integral de atención primaria.

#### **Programa Atención Odontológica en menores de 20 años**

Permite el acceso a acceder a atención odontológica beneficiarios Fonasa A, B, D, D y Prais dando apoyo odontológico en CECOSF.

#### **Programa Ges de salud oral integral para niños y niñas de 6 años**

La atención odontológica incluye: examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental), prevención específica a través de la colocación de sellantes y la aplicación de flúor en barniz y la rehabilitación a través de obturaciones si así lo requiere.

#### **Programa Ges de urgencia odontológica ambulatoria**

Este GES mandata a realizar la atención se produce por demanda espontánea de aquellas patologías que requieren atención inmediata e impostergable.

#### **Programa Ges de salud oral integral de la embarazada**

Se incluye en esta atención odontológica: examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental), prevención específica, limitación del daño y acciones recuperativas odontológicas, incluye Prótesis uní o bimaxilar.

#### **Programa Ges atención odontológica integral adulto 60 años**

Cobertura que se brinda a pacientes de 60 años con el fin de disminuir el daño bucal y rehabilitar mediante prótesis removible si corresponde. Enfocado a la recuperación, pero

también a la mantención de acciones recuperativas previas y educación de higiene pertinente.

### **Programa hombres Escasos Recursos**

Programa odontológico que viene a reforzar y complementar la estrategia “Mas Sonrisas para Chile” beneficiando a usuarios de FONASA y/o PRAIS mayores de 20 años beneficiario de chile solidario y a otros pertenecientes a la lista de espera local.

### **Resolución en Endodoncia**

Mediante tratamientos de canales radiculares (Endodoncia) se permitió recuperar, función y estética del diente comprometido evitando la extracción inmediata del diente, por tanto, las expectativas del usuario hacia APS aumentan, basado en evitar la derivación a centros de referencia de salud y de igual forma descongestionar listas de espera.

### **Resolución en prótesis**

Permite recuperación de autoestima, reinserción social y funcional mediante prótesis uní o bimaxilar, ya sea acrílica o con base metálica. Este programa es desarrollado en jornadas extensivas de los centros correspondientes.

## **Área Salud Mental**



### **El Programa “Centro de Salud Mental Comunitario” (COSAM)**

Siendo otro dispositivo de salud comunal y correspondiente Atención secundaria, su financiamiento y la entrega de sus prestaciones valoradas está orientada a cubrir una canasta de actividades enmarcada en tres Programas:

### **Programa de Psiquiatría comunitaria Adulta**

Orientada a garantizar el Acceso GES de Trastorno Bipolar año, año 2; en Usuarios No ges Esquizofrenia y Psicosis no orgánica Ingresos a tratamiento antes del 01 de junio

2004); Días de Rehabilitación tipo II; Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento. Tratamiento Ambulatorio Nivel Especializado. Trastornos de Demencia y Trastornos Mentales orgánicos, tratamiento Ambulatorio Nivel Especializado. Violencia Intrafamiliar.

#### **Programa Psiquiatría Infante Juvenil**

Depresión Unipolar y Distimia en menores de 15 años, Tratamiento Ambulatorio nivel especializado. Trastornos Hipercinéticos Trat. Ambulatorio nivel especializado. Trastorno del Comportamiento Emocional de la Infancia y adolescencia, tratamiento nivel Especializado. Maltrato Infantil.

#### **Programa Alcohol y Drogas:**

Plan Ambulatorio Básico - Alcohol y drogas y Plan Ambulatorio Intensivo –Alcohol y drogas en Infante Adolescentes. A su vez este programa cuenta con cupos de convenio Senda-MINSAL que permite abarcar mayormente la población que requiera acceso al tratamiento de estos diagnósticos clínicos. Durante el año 2017 este programa se adjudicó Proyecto Ley de Alcoholes para ejecutar acciones promocionales y preventivas para completar el tratamiento de usuarios y asegurar cobertura de nuevos espacios comunitarios.

Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS.

**El Programa de acompañamiento psicosocial en la atención primaria de salud, año 2017**, tiene por objetivo, contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescente y jóvenes, de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario. A través de este programa se realiza contratación de recurso humano y se realiza en su mayoría en terreno, junto con las familias que han ingresado, cuya permanencia en el programa es mínimo 12 meses y el rol está centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo.

#### **Programa Derivación Intervención y referencia Alcohol, Tabaco y otras drogas, (DIR).**

Este Programa tiene por objetivo complementar las acciones en salud mental, considerando elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de Alcohol y otras drogas, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, desde los 10 años. Las actividades relacionadas a este programa es la aplicación de tamizaje que favorezca precisar un plan de intervención en el ámbito preventivo, promocional o curativo.

#### **Programa Ambulatorio Intensivo, Medio Libre.**

Este programa obedece a La **Ley de Responsabilidad Penal Juvenil**, vigente desde junio del 2007, que estableció la sanción accesoria de **tratamiento de drogas** y la posibilidad de que los jóvenes con medidas o sanciones, en medio libre o privativo de libertad, puedan acceder voluntariamente a tratamiento.

**El Programa Ambulatorio Intensivo Medio Libre (PAI Medio Libre)**, Año 2017, tiene por objetivo, otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a adolescentes y jóvenes con consumo problemático de alcohol y/o drogas y otros trastornos de salud mental, que se les haya impuesto una sanción o medida bajo la mencionada ley.

Consiste en un programa Terapéutico de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, orientado a Adolescentes con medida cautelar en medio libre, suspensión condicional del procedimiento o sanción en el sistema semi-cerrado o medio libre, con o sin sanción accesoria de drogas, que presentan abuso y/o dependencia a drogas de riesgo moderado o alto, compromiso biopsicosocial moderado o severo, con presencia o no de comorbilidad psiquiátrica que de existir debe estar compensada y familia o redes de apoyo con capacidad de contenerlo durante el tratamiento. Este Plan está considerado para adolescentes que acceden a la atención durante el día, para así continuar insertos en su hogar por la noche y los fines de semana.

## Área de Promocional y Preventiva



## El Programa de Promoción de la Salud

El Programa se ejecuta a través de los lineamientos de la Secretaría Regional Ministerial de Salud donde de acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, tienen una serie de funciones, orientadas Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población. En este aspecto, ha



realizado planificaciones trienales que aseguren el impacto de sus acciones, en el cual nuestra comuna se encuentra en plena ejecución.

Su objetivo es fortalecer el rol del Municipio como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y calidad de vida de la población en conjunto con la comunidad e intersector. Busca implementar entre otras medidas, la generación de políticas locales que promuevan la creación de entornos saludables para incentivar la práctica de actividad física y la alimentación saludable.

### **Programa Espacios Amigables**

El Programa Espacios Amigables para Adolescentes, tiene por objetivo, mejorar el acceso a la atención de salud integral con énfasis en el ámbito de la salud sexual reproductiva, para intervenir oportunamente factores y conductas de riesgo, fortalecer conductas protectoras y potenciar un desarrollo y crecimiento saludable. En la actualidad se desarrolla en dos centros de salud Cesfam Albertz y Cesfam Cerro Navia, en horario de extensión para la atención exclusiva de jóvenes entre 10 y 19 años.

### **Programa Vida Sana: Intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.**

El Programa Vida Sana año 2017, busca reducir los factores de riesgo que posibilitan el desarrollo no transmisible de enfermedades en la población, asociado a hábitos como mala alimentación y sedentarismo. Las Intervenciones se realizan en el ámbito clínico y grupal que contempla un rango etario de 2 a 64 años.

Las actividades se desarrollan en coordinación con los establecimientos educacionales, juntas de vecinos, corporación de deporte y programas de salud.

### **Programa “Reanimación Cardiopulmonar y Uso de Desfibrilador Externo Automático en Población Escolar” 2016 – 2017**

El Programa “Reanimación Cardiopulmonar y Uso de Desfibrilador Externo Automático en Población Escolar” se enmarca en la estrategia de Ministerio, Servicio, Municipios, Comunas y Comunidades, cuyo objetivo es implementar entrenamiento en reanimación cardiopulmonar que incluya el acceso público a la desfibrilación en la población escolar. Busca implementar entre otras medidas, la capacitación en RCP básica y uso de DEA a los estudiantes de III año de enseñanza media, Docentes y Asistentes de la educación de liceos municipales de comunas seleccionadas, así como equipar con un desfibrilador externo automático a los liceos: Liceo Bicentenario, Complejo Educacional Cerro Navia, Liceo A-85 Liceo Polivalente Héroes de la Concepción.

### **Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes. Curso MIM**

El Programa MAS AMA tiene como objetivo mantener y/o mejorar la condición funcional de la población de 60 años y más, además de capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional.

El Programa en un periodo de tiempo de 3 meses, contempla 24 sesiones mixtas ( 90 – 120 minutos de duración) las que se componen de una sesión del taller de estimulación de funciones motoras ( 45 – 60 minutos de duración) y una sesión del taller de estimulación de funciones cognitivas o del taller de autocuidado en salud y estilos de vida saludable ( 45 – 60 minutos de duración) . Como se describió anteriormente, en toda la sesión mixta participan ambos integrantes de la dupla profesional siendo uno el facilitador principal del taller y el otro un colaborador activo presente.

Cabe señalar que desde el año 2018, este programa se complementa a través del MIM, el cual consiste en una innovación docente que asume la facultad de medicina de la Universidad de Chile desde el año 2007, con el fin de desarrollar en los estudiantes habilidades para el trabajo cooperativo e interprofesional, potenciando el desarrollo de competencias vinculadas al compromiso social, inclusión, respeto por la diversidad y trabajo en equipo interprofesional con otras especialidades dentro del campo de la salud, en los diferentes CESFAM de la comuna. Entre las cuales destacan 7 carreras

- Enfermería
- Obstetricia
- Fonoaudiología
- Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Tecnología Medica
- Nutrición

Con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida a nuestros adultos mayores dentro de la comunidad

### **Programa Tomando Control de Su salud (TCS) Pacientes Expertos para el Auto-Cuidado de Múltiples Condiciones Crónicas**

Este Programa tiene como objetivo potenciar el rol del individuo como principal responsable del cuidado de su salud y proporcionarle conocimientos, habilidades, motivación y confianza, componentes necesarios para manejar los síntomas de la enfermedad, adquirir hábitos saludables y plantear metas para conseguir una mejor calidad de vida. El enfoque hace énfasis en facilitar y fomentar cambios de comportamiento en las personas que participan de la intervención a través de actividades interactivas que permiten desarrollar habilidades de autoeficacia y motivación interna para elaborar planes de acción.

### **Programa Apoyo Gestión de Brecha Multifactorial, CREO**

El Programa CREO tiene como finalidad desarrollar en los niños y niñas y jóvenes de entre 5 y 17 años de edad y sus familias, habilidades y competencias para la vida ciudadana y el ejercicio de una cultura democrática, mediante un programa integral de

formación ética que contribuya a la capacidad de juicio y la acción moral; todo lo anterior integrado a actividades deportivas, específicamente a través del fútbol.

## **Área Implementación del Modelo de Salud**



### **Programa Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)**

El Programa Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), si bien es un centro de salud que se garantizan varias de las actividades que se ejecutan en los Centros de Salud Familiar, su financiamiento se encuentra en calidad de Programa Anual, cuyo objetivo será lograr un acercamiento territorial de la salud y atención clínica, contribuyendo a mantener sana su población a cargo, ejerciendo el rol de copartícipe con la comunidad en el cuidado de la salud de las familias.

### **Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.**

El Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2016, tiene como objetivo consolidar el Modelo en Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención, apoyando con la entrega de recursos anuales, exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el programa ministerial.

### **Programa Especial de salud y Pueblos Indígenas, PESPI**

Desde el año 1996 el Ministerio de Salud mantiene un Programa Especial de Pueblos Indígenas que busca avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de los pueblos originarios de nuestro país y en las formas de abordarlas, en un marco de respeto y puesta en valor de los conocimientos y prácticas de salud que estos poseen. Desde entonces el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas – PESPI, se ha extendido en 25 Servicios de Salud, a lo largo de todo el país, cubriendo así demandas tanto de población que reside en sus territorios ancestrales, como aquella que se ha visto en la necesidad de migrar a centros urbanos y que siguen manteniendo sus pautas culturales respecto del cuidado de su salud.

Para el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), en el año 2000, surge un hito importante en 8 comunas de la Región Metropolitana. Tras meses de discusiones durante ese año, estos actores decidieron finalmente iniciar actividades a través de la ejecución de proyectos de salud intercultural liderados por 8 organizaciones indígenas (co-ejecutoras de estos programas), quienes con el tiempo fueron desarrollando diversos tipos de experiencias, en el caso de la comuna de Cerro Navia, se enfoca en atención de salud, con agentes de medicina mapuche, donde se implementa un espacio de atención de salud Mapuche.

En la comuna de Cerro Navia se implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en el año 2000, coordinado por la Asociación Indígena “Consejo Mapuche KIÑEWKULEAIN TAIÑ RAKIDUAM”, Co-ejecutado con la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Cerro Navia, a través de la Dirección de Salud y el SSMOCC. Desde entonces, la organización co-ejecutora del Programa, cuenta con un espacio implementado, donde funciona la Casa de Salud Mapuche “EPU MAPU LAWEN”, con autonomía propia.

Dentro de este existen agentes de salud Mapuche que trabajan de manera coordinada con los Equipos de Salud APS:

### **Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas**

El Programa busca fortalecer el acceso de la medicina Mapuche en la comuna, a través de un enfoque Intercultural, promoviendo acciones de transversalización entre el sistema médico y el modelo intercultural. La incorporación de Facilitadoras/es Interculturales en los Cesfam, facilitan el acceso y promueven el sistema de salud Mapuche, a través de orientación, consejerías, charlas y/o talleres de cosmovisión e historia Mapuche, herbolaria y telar Mapuche. Como se observa en el cuadro siguiente, durante el año 2018 se ha aumentado la atención a través de este programa en más de un 350%.

Tabla N° 35 Cobertura participación por actividad	Año 2017	Año 2018
<b>Total de personas participantes año 2018</b>	<b>3697</b>	<b>13298</b>
➤ Orientaciones usuarios servicio salud	2054	6300
➤ Consejerías realizadas	709	5443
➤ Telleres de cosmovisión funcionarios y usuarios servicio de Salud		
➤ Talleres de Capacitación: taller de telar - Jornadas de: sensibilización PESPI- Participación- Ley de Derechos y Deberes del Usuario, Consejo Técnico	372	638
➤ Formación intercultural y crianza mapuche	27	345
➤ Personas atendidas Casa de salud Mapuche	535	572
• Prestaciones realizadas Casa de salud Mapuche	535	582
• Preparación de hierbas Casa de Salud Mapuche Its.	1154,5	1228

### **Programa “Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes”**

Este Programa es piloto en la comuna y en el área occidente, obedece a asegurar el Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes, definiendo estrategias que permitan implementar dentro del modelo de atención, superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afectan a la población migrante, en especial a aquellas con situación documentaria no regulada. En este aspecto, se ha coordinado las acciones con cada centro de salud en conjunto con la Oficina de Inclusión de carácter comunal, invitando a instituciones y/u organizaciones que desarrollan un trabajo en estas áreas.

Los cuatro CESFAM y CECOSF a la fecha cuentan con Facilitadores Lingüísticos para asegurar el acceso a la población de origen haitiano que presente dificultades idiomáticas que impidan el acceso a la salud, para ello se han incorporado guías clínicas traducidas para facilitar el trabajo con esta población.

Además, complementando el trabajo que ha iniciado desde el año 2016 el Cesfam Lo Amor, obtiene durante el año 2017 un reconocimiento en las acciones emprendidas por sus funcionarios y ha otorgado financiamiento enmarcada como Proyecto Buena Práctica en la Atención APS.

## Área de Tratamiento Integral



### **Programa de Rehabilitación integral en la red de salud, RBC**

El Programa de Rehabilitación Integral tiene como objetivo aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de APS, desarrollando estrategias de rehabilitación integradas bajo un enfoque biopsicosocial y familiar, asumiendo progresivamente la atención de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva en un contexto comunitario y articuladas intersectorialmente.

### **Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial en la Redes Asistenciales (Chile Crece Contigo)**

El programa tiene como finalidad fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta que ingresen al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente, a través de la red asistencial de los servicios de salud del país, mediante prestaciones de calidad y complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, control de salud infantil y en periodos de hospitalización, generando las condiciones básicas en el entorno psicoemocional y físico en que se desenvuelven niños y niñas de manera que se favorezca su desarrollo armónico e integral, conforme a la evolución en su ciclo de vida.

## Área Resolutiva

### **Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud.**

El Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud, tiene por objetivo mejorar la capacidad resolutiva de la atención primaria de salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

Este programa cuenta con Prestaciones de especialidad ambulatoria, que permite el acceso oportuno y disminuya listas y tiempos de espera, obteniendo un impacto sanitario importante tales como:

- 600 consultas médicas Oftalmológicas en UAPO
- 2200 consultas Tecnólogo médico Oftalmológico
- 5.789 consultas de Teleoftalmología
- Despacho de lentes
- 85 consultas de Otorrino, entrega de audífonos, audiometrías, impedanciometría y octavo par.
- 250 procedimientos de endoscopias digestiva alta.
- 200 consultas de teledermatología
- Médico gestor de la demanda (revisión y gestión de interconsultas)

En términos de procedimientos clínicos contamos con Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Dirigido a resolver 500 procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad al año.

### **Programa Imágenes Diagnosticas en Atención Primaria**

Este programa tiene por objetivo, mejorar, mediante el apoyo de procedimientos de imagenología la capacidad resolutive de la atención primaria de salud en el diagnóstico clínico, potenciado la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico.

En él se otorgan prestaciones de detección precoz, apoyo diagnóstico con mamografía y ecotomografía mamaria, contribuyendo a la reducción de morbimortalidad por cáncer de mama. El programa contempla 1.500 mamografías anuales y 274 ecotomografías mamarias.

Por otra parte, este apoyo diagnóstico, nos permite cubrir con examen de radiografía de caderas, la detección oportuna a niños y niñas que presentan displasia de caderas, para ello, el programa contempla 830 servicios de Radiografías de Cadera

Finalmente, las prestaciones en apoyo diagnóstico, en examen que permita detectar en forma oportuna patología biliar y eventual cáncer de vesícula contamos con 1890 Ecotomografías abdominales dispuesta para toda población perteneciente a FONASA y PRAIS, inscrita en los CESFAM de la comuna.

### **Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico**

En el nivel primario de atención para la resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad, NAC, tiene por objetivo contribuir a mejorar la Resolutividad diagnóstica de NAC y enfermedades respiratorias. Ofrece 1210 radiografías de tórax para el diagnóstico de NAC y enfermedades respiratorias crónicas, mejorando la capacidad diagnóstica diferencial crónicas en los centros de APS.

### **Fondo de farmacia para Enfermedades Crónicas No transmisibles en APS, FOFAR**

Este programa permite el acceso a la población a medicamentos definidos en el arsenal básico de servicios de salud, para enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovasculares Hipertensión arterial, diabetes Mellitus 2 y dislipidemia y de insumo avanzada de heridas de personas con pie diabético.

Permite la contratación de un Químico Farmacéutico y 4 TENS de farmacia que permita la gestión farmacéutica de mermas y dispositivos médicos.

### **Área de Reforzamiento Campaña de Invierno**

Este Programa permite contribuir a la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico. Permite el refuerzo transitorio de equipos de salud en horas de atención para morbilidad, consultas espontáneas por cuadros respiratorios y dispositivos de urgencia en APS; así como del refuerzo de insumos y medicamentos según el plan de trabajo comprometido.

### **IRA en SAPU**

Permite entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a personas menores de 20 años, que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, asegurando pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas. Esto garantiza la atención de Kinesiterapia respiratoria, KTR, en los SAPUS de la comuna.

### **Programa Refuerzo SAPU Campaña de Invierno**

Orientado a Mejorar las condiciones de gestión y funcionamiento de los establecimientos de Atención primaria de Salud, con énfasis en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, como refuerzo a los montos asignados como Campaña de Invierno, a su vez, impulsa desarrollar estrategias innovadoras en atención de salud, que permita enfrentar sanitariamente las dificultades de la temporada invernal.

### **Programa de Apoyo e Inmunización de Influenza y Neumococo en el Nivel Primario de Atención.**

Este programa permite apoyar con recurso la ejecución del plan de estrategia de Inmunización para prevenir mortalidad y mortalidad grave en subgrupos de la población, definidos por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infecciones por virus influenza y neumococo.



## 4.2 Caracterización de la Demanda

Sobre la caracterización de la demanda de la red de salud local, se puede establecer, según datos de IRIS al mes de diciembre de 2018, que la comuna cuenta con 149.573 personas inscritas activas. Según estos datos se identifica una brecha entre la población inscrita reconocida por FONASA y aquella registrada en los sistemas correspondiente a un 19%, lo que implica una demanda mayor a la formal.

Centro	N° personas
Cerro Navia [CGU]	39485
Dr. Albertz [CESFAM]	44317
Dr. Steeger [CGU]	45017
Lo Amor [CESFAM]	20717
Los Lagos [CECOF]	37
<b>Total general</b>	<b>149.573</b>

Fuente: Informe Iris Dic 2018(Inscritos Activos)

Figura 20. Inscritos activos por rango de edad

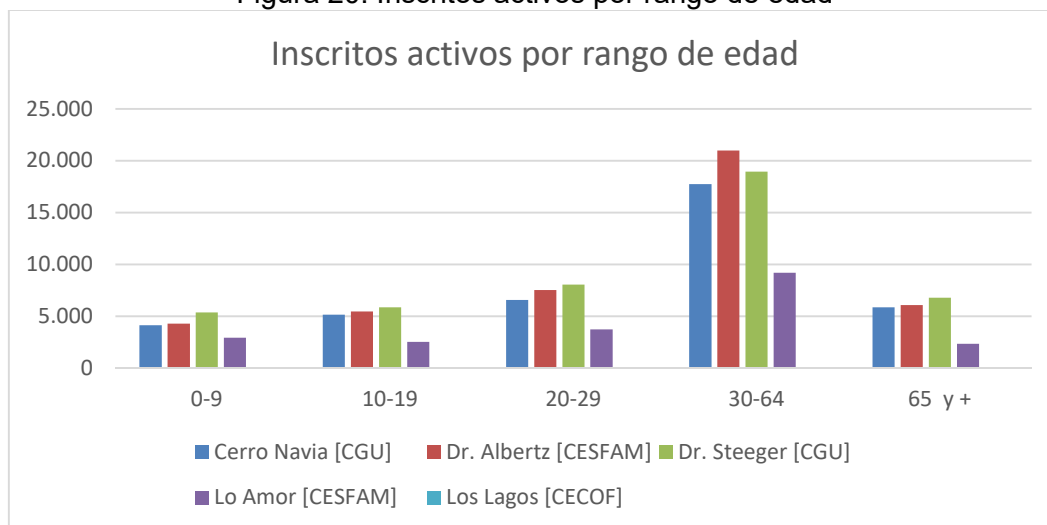


Tabla N° 37: Inscritos activos por centro de salud y por rango de edad

	Cerro Navia [CGU]	Dr. Albertz [CESFAM]	Dr. Steeger [CGU]	Lo Amor [CESFAM]	Los Lagos [CECOF]	Total general
0-9	4.146	4.284	5.360	2.932	8	16.730
10-19	5.149	5.455	5.851	2.538	6	18.999
20-29	6.584	7.521	8.065	3.732	3	25.905
30-64	17.757	20.981	18.953	9.184	15	66.890
65 y +	5.849	6.076	6.788	2.331	5	21.049
<b>Total</b>	<b>39.485</b>	<b>44.317</b>	<b>45.017</b>	<b>20.717</b>	<b>37</b>	<b>149.573</b>

Figura 21. Atención por centros

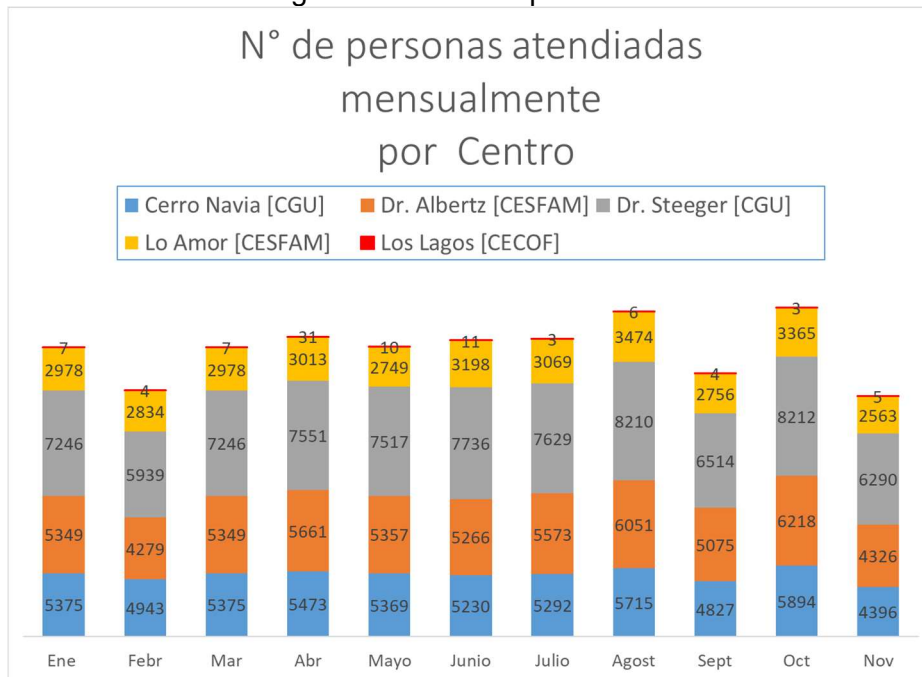
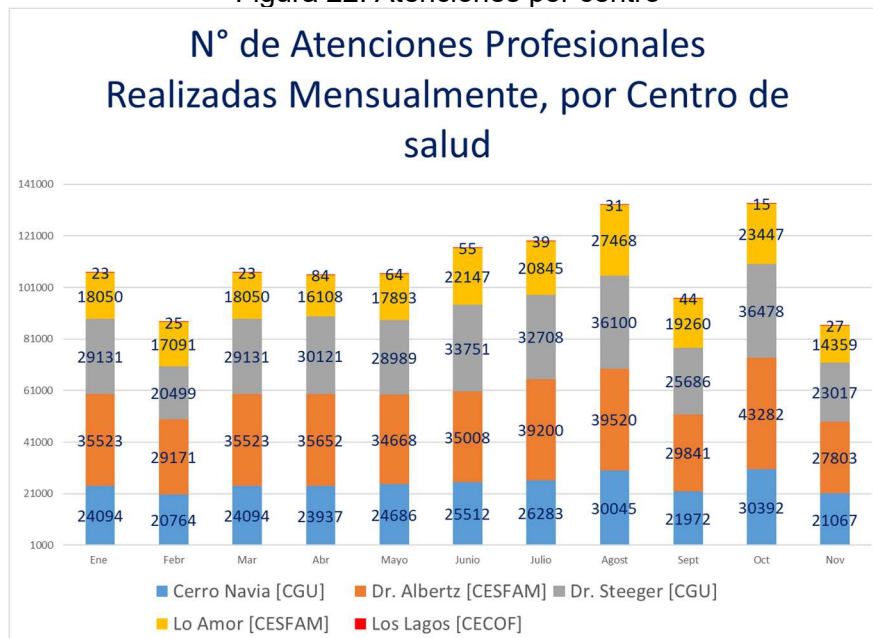


Figura 22. Atenciones por centro



## 5. Diagnóstico Participativo

### Metodología

Se realizaron diagnósticos participativos en los 4 Centros de Salud de Atención Primaria, convocando a un total de 114 vecinos y vecinas y en una segunda instancia a 70 funcionarios y funcionarias en total.

Los Diagnósticos Participativos de los centros de salud familiar, se dividieron en dos instancias, una jornada con usuarios (as) y otra con funcionarios (as) de los centros de APS y COSAM, para poder conocer las propuestas de todos los actores relevantes para la salud municipal.

En cada jornada se trabajó en grupos de 6-8 personas que discutieron con metodologías participativas sobre las problemáticas de la comuna que afectan el bienestar de los vecinos y vecinas, se analiza las prioridades de los problemas y las propuestas de la comunidad para dar respuesta a dichas problemáticas.

En el análisis del trabajo de las mesas se revisa los puntos de acuerdo y desacuerdo entre vecinos y vecinas y funcionarios(as).

Además, se realizaron tres instancias de encuentros temáticos, considerando los colectivos que por sus características requerían de un abordaje específico. Se realizó un encuentro con jóvenes estudiantes de la comuna, con personas migrantes de origen haitiano y con personas pertenecientes a pueblos indígenas.

**Jóvenes:** Se realizaron dos sesiones con 55 jóvenes dirigentes de centros de estudiantes. En los encuentros se trabajó identificando los problemas de salud y que afectan el bienestar de los jóvenes.

**Migrantes Haitianos:** Se trabajó en el CESFAM Lo Amor con un grupo de personas haitianas, se trabajó con mujeres y hombres por separado, mediante la metodología de diálogo ciudadano. Se conversó en torno al acceso a salud, nivel de conocimiento sobre los programas de atención primaria y aspectos a mejorar de los centros de salud. En esta instancia participaron 4 facilitadores lingüísticos y los integrantes del equipo intersectorial municipal que compone la Mesa Migrantes.

**Pueblos Indígenas:** Se realizó una jornada exclusiva para comunidad perteneciente a pueblos indígenas, usuarios/as del programa PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas), con la misma metodología participativa se discutió sobre las problemáticas de la comuna que afectan el bienestar de los vecinos y vecinas desde la cosmovisión indígena y propuestas para abordarlas.

## **Caracterización del grupo participante**

En total, en los 4 centros de salud participaron 114 personas. De las cuales 27,2% corresponden a hombres y 72,8% a mujeres. La edad promedio de este grupo de personas fue de 57,2 años, existiendo mayor proporción de personas adultas mayores.

En general participaron vecinos y vecinas pertenecientes a las unidades vecinales del sector de cada CESFAM, personas con mayor vinculación a los CESFAM por participación en programas, talleres y/o consejos consultivos, dirigentes de organizaciones territoriales o clubes de personas mayores, fueron los de mayor representación. En menor medida participaron jóvenes y adultos jóvenes, esto se puede explicar por la complejidad de participar en tiempos y horarios de convocatoria, como también por el perfil histórico de participación en la comuna, caracterizado por importante presencia de personas mayores, dirigentes e integrantes de organizaciones comunitarias.

En el caso de los(as) Funcionarios(as) de los centros de salud, participaron en total 70 personas, de estas 57 (81,4%) corresponde a mujeres, y 13 (18,6%) a hombres. En general participaron funcionarios de todas las categorías, sin embargo las voces más presentes fueron de profesionales (categorías A y B).

En los encuentros temáticos realizados, participaron jóvenes, dirigentes de centros de alumnos de las escuelas y liceos de Cerro Navia, de estos 35 son mujeres y 24 son hombres; su rango de edad fue de 12 a 18 años.

En cuanto al encuentro indígena, participaron en total 22 personas, mayormente mujeres, quienes se manifestaron pertinencia a las etnias Mapuches, Aymara y Selkman. El promedio de edad de este grupo fue de 42,6 años, con un rango entre los 23 y 64 años, siendo un grupo bastante heterogéneo en edad.

En el diálogo ciudadano con personas haitianas, participaron hombres y mujeres, en edad adulta, residente en la comuna de Cerro Navia y perteneciente a la Fundación Manos a la Obra.

## **Principales Resultados de Diagnóstico Participativos por CESFAM**

Desde la visión de los(as) vecinos(as) los problemas de la comuna están por una parte centradas en la atención de salud, con problemas de infraestructura y mantenimiento de aseo de baños y espacios comunes (CESFAM Albertz), falta acceso a horas médicas,

falta de medicamentos e insumos en los centros de salud, déficit de recurso humano en los CESFAM y deficiente atención y diagnóstico en SAPU. En cuanto a los problemas de salud se menciona la obesidad infantil, enfermedades crónicas y problemas de salud mental; como adicciones y depresión.

En relación al espacio público, como factor determinante del bienestar de las personas, se mencionan los problemas de contaminación, presencia de basurales en los espacios públicos, inseguridad por delincuencia y narcotráfico, presencia de perros callejeros, falta de áreas verdes y mantención de éstas.

Otro problema de relevancia comunal es la presencia de personas en situación de calle (mencionado en CESFAM Steeger y CESFAM Lo Amor) y las condiciones de hacinamiento (CESFAM Lo Amor).

Otro ámbito relevante para el acceso al sistema de salud tiene relación con la falta de información de la oferta programática y falta de transporte público para acceder al CESFAM (Cerro Navia-Cecof Los Lagos)

Desde la visión de los(as) funcionarios(as) participantes, los problemas que afectan a la comuna tienen alta coincidencia con la visión de los vecinos(as); también identifican temáticas de contaminación, presencia de basurales, hacinamiento e inseguridad por delincuencia y narcotráfico, estos dos últimos mencionados principalmente en los diagnósticos de Cesfam Lo Amor, y Cesfam Cerro Navia/Cecof Los Lagos.

Se identifican algunos problemas en relación a la atención de salud, como problemas de infraestructura (CESFAM Albertz), falta insumos y recursos, problemas de acceso oportuno a atención y situaciones de malos tratos entre usuarios y funcionarios.

Falta capacidad en los equipos para desarrollar actividades de promoción de salud en terreno. En cuanto a la dinámica interna del CESFAM se menciona en uno de ellos conflictos en torno al rol gremial, lo que dificulta la orgánica del CESFAM. Por otro lado se menciona que los equipos profesionales tiene una falta de conocimiento y visión de salud comunitaria y desconocimiento del territorio y de la comunidad.

En términos de la población con que se trabaja, se mencionan problemas educacionales como es la baja escolaridad y la alta deserción escolar, además de trabajar con familias en situación de disfunción familiar, abandono de Adulto Mayor, y poca adherencia a tratamientos. En CESFAM Cerro Navia y Cecof Los Lagos se menciona la poca participación de la comunidad.

En cuanto a problemas de salud más presentes, se mencionan las enfermedades crónicas, obesidad y malos hábitos alimenticios de la comunidad y trastornos de salud mental.

Los problemas identificados por cada CESFAM se resumen en el siguiente esquema:

**Figura 23. Principales problemáticas que afectan el bienestar por CESFAM.**



Fuente: Elaboración propia.

Los problemas identificados por los grupos específicos se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 38. Problemas identificados en los encuentros por temas.**

Pueblos indígenas	Jóvenes	Migrantes
<p>La comunidad participante reconoce como problemas asociados al territorio de la comuna, el consumo y tráfico de drogas, delincuencia, presencia de microbasurales y perros vagos.</p> <p>Reconoce además la falta de registro de la población mapuche, junto con falta de reconocimiento y validación de la medicina mapuche.</p> <p>La comunidad señala la necesidad de capacitar y sensibilizar a los funcionarios sobre la medicina mapuche.</p> <p>Los funcionarios participantes,</p>	<p>Consumo de alcohol y drogas.</p> <p>Falta de información sobre sexualidad</p> <p>Problemas de salud mental (violencia física, psicológica, bullying, depresión)</p> <p>Violencia Intrafamiliar</p> <p>Falta de enfermería en las escuelas.</p> <p>Desamparo familiar</p> <p>Presencia de Obesidad en toda la comunidad educativa</p>	<p>Este diagnóstico se centró en la relación de las personas haitianas con los centros de salud, identificándose los siguientes desafíos:</p> <p>Mejorar la atención en SAPU; con mejor trato y explicar adecuadamente las indicaciones y con asistencia de un facilitador lingüístico (Hombres)</p> <p>Falta de información de la forma de inscripción y acceso a salud y de la</p>

<p>relacionados al programa PESPI y participación, señalan como problemática la falta de pesquisa y reconocimiento de la pertinencia étnica; no hay registro en los CESFAM por lo que no se informa a las personas del derecho de acceder a una medicina con pertinencia cultural. También señalan que falta mayor interculturalidad, a través de transversalización del programa PESPI en todos los programas del ciclo vital. En términos de gestión se identifica faltas de hora de coordinación entre las encargadas de CESFAM.</p>		<p>oferta programática. También se menciona la falta de facilitador lingüístico en servicios de urgencia (SAPU) (mujeres)</p>
---	--	---

Fuente: Elaboración propia.

### Propuestas de resolución de problemas detectados por CESFAM

En los encuentros por CESFAM, tanto la comunidad como los profesionales establecieron propuestas para resolver las problemáticas identificadas, estas se muestran por CESFAM en la siguiente tabla:

Tabla 39: propuestas comunitarias y propuestas de funcionarios por centro de salud.

	Propuestas comunitarias	Propuestas funcionarios (as)
<p>CESFAM LO AMOR</p>	<p>Trabajo intersectorial para control de microbasurales, reciclaje y educación. Educación sobre promoción y prevención en temas de drogadicción y contaminación. Acceso a control de salud para personas en situación de calle. Catastro de adultos mayores en situación de abandono. Operativos de salud a nivel territorial.</p>	<p>Para enfrentar drogadicción, derivar a la red de atención, incentivar el deporte, y realizar acciones preventivas. Microbasurales, creación de punto de reciclaje. Personas en situación de calle; detección oportuna, cogestión y trabajo conjunto con intersector.</p>

<p>CESFAM ALBERTZ</p>	<p>Mayor recurso humano; médicos, profesionales, auxiliares.          Actividades de promoción de estilos de vida saludable          Mejor administración          Más recursos en medicamentos y folletos informativos          Claridad en los protocolos          Mejor trato de los funcionarios          Realizar educación de higiene y buenas costumbres          Disponer un diario mural por sector con información          Aumentar especialistas.</p>	<p><b>Entrega de horas:</b>          Priorizar horas médicas (triage), Descentralización del SOME, que la entrega de horas de morbilidad sea entregada en cada sector después de un triage.  <b>Trabajo de promoción y prevención:</b>          Educar a la población usuaria, realización de talleres y trabajo en la comunidad. Generar más ferias de servicios en nuestra comunidad. Aumentar la pesquisa de factores de riesgo para trabajar en prevención de enfermedades. Planificar plan de contingencia por la falta de médicos.          Turnos y contratos de horarios diferidos, extensión horaria para enfermos crónicos.          Capacitación en Insulina.          Exigir hacer visible la atención al usuario. Generar un protocolo de buen trato</p> <p><b>Organizacional:</b>          Tener mensualmente los materiales e insumos para realizar aseo en el Cefam.          Participación en los convenios antiguos y nuevos.          Buscar recursos externos como proyectos, ONG, etc.          Realizar protocolo que incluya sanción y calificación con respaldo de las autoridades.          Que exista la dotación completa de funcionarios.          Mesas de trabajo en donde se aúnen criterios con dirección, jefes de sector y encargados de programa.</p>
---------------------------	---	--



		<p>Que exista mayor integralidad y no solo con lineamientos del servicio de salud.</p> <p>Delimitar funciones y límites a las distintas asociaciones y dirigentes gremiales, que exista claridad en su quehacer para que no interfieran en la toma de decisiones técnicas.</p> <p>Que se realice una intervención externa en clima laboral en los funcionarios del Cesfam.</p>
CESFAM STEEGER	<p>Difusión de los programas de salud mental</p> <p>Más recursos para salud mental; mejorar el déficit de horas y de especialistas.</p> <p>Contaminación Ambiental: Charlas preventivas en colegios y jardines, establecer redes con Ministerio del Medio Ambiente</p> <p>Basurales: retiro sistematizado de basura.</p> <p>Obesidad infantil: instalar kioscos saludables en las escuelas y centros de salud, talleres de alimentación saludable, promover actividad física y más áreas verdes.</p> <p>Abordaje personas en situación de calle: coordinación con el municipio.</p>	<p>Contribuir a reducir la contaminación ambiental a través de talleres desarrollados por la comisión mixta, educación de la población, trabajar con unidades vecinales, intervención con empresas externas, hacer un huerto.</p> <p>Realizar un programa educativo de promoción y prevención con los usuarios y sus familias, cobertura de más profesionales para la demanda real de la comuna, recreación deportiva a nivel comunal, campaña de consumo de agua.</p> <p>Fortalecer la relación con el intersector, aumentar la promoción y capacitación del equipo de salud mental.</p> <p>Realizar proyecto para aumentar espacio físico, mejoría en gestión de agendas, aumento de horas de prevención, incluir profesor de educación física, aumentar horas de programa vida sana para</p>

		<p>programa infantil, educación a profesores, padres y niños.</p> <p>Horarios de extensión de salud mental, capacitación a funcionarios en tema de salud mental, intervenciones con terapias complementarias, mejorar coordinación con red de derivación, postular a fondo de buenas prácticas.</p>
CESFAM CERRO NAVIA / CECOF LOS LAGOS	Mejorar la participación social en salud, ser parte de los procesos a partir de estos resultados	Mejorar la vinculación con la comunidad, ejecución de acciones de promoción, prevención, educación y atención en el territorio, especialmente en las problemáticas observadas. Estrategias de intervención anticipatoria a nivel territorial.
PESPI	<p>Cumplimiento de la normativa registrando en los centros de salud la pertenencia indígena de las personas.</p> <p>Preguntando ¿usted pertenece a algún pueblo indígena? Nombrar los 9 pueblos reconocidos.</p>	<p>Identificar a la población indígena en los centros de salud.</p> <p>Dar la indicación a los encargados de SOME y a los administrativos.</p> <p>Actualizar datos a usuarios ya inscritos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

### **Convergencia de propuestas de funcionarios y usuarios del sistema local de salud**

¿Cuáles son los puntos de acuerdo entre funcionarios y vecinos y vecinas del sector?

En los 4 centros de salud, hay cierta coincidencia en cuanto a los problemas que identifican las vecinas y vecinos del sector y los funcionarios, esto da cuenta de una realidad compartida ya sea de la visión del territorio como de la visión de la atención en salud.

La coincidencia en enfoque de análisis de problemas y propuesta, también da cuenta del carácter del trabajo realizado en cada Centro, pues algunos de ellos tienen una perspectiva más comunitaria que se refleja tanto en funcionarios como en la comunidad,

principalmente en las propuestas relacionadas con mayor participación de los vecinos y vecinas, con trabajo en el territorio y con énfasis en la promoción y prevención en salud, como es el caso del CESFAM Cerro Navia y el CECOF Los Lagos.

Por su parte usuarios y funcionarios del CESFAM Albertz dan cuenta de una situación precaria en infraestructura del CESFAM, mantenimiento del aseo en los espacios comunes, además se reconocen necesidades no satisfechas en cuanto a acceso a horas de atención, por recurso humano y financiero insuficiente. La visión de la comunidad, al ver insatisfechas sus demandas de atención, centran sus propuestas en estos elementos, por su parte los(as) funcionarios avanzan a un análisis mayor, identificando falta de trabajo comunitario y problemas organizacionales.

En el ámbito de la salud con pertinencia cultural indígena, tanto las personas usuarias del programa como las funcionarias vinculadas coinciden en que el registro es un elemento central para primero que todo identificar a las persona pertenecientes a pueblos indígenas y así “visibilizar y respetar al usuario que se reconoce perteneciente a uno de los nueve pueblos”, esto entendido como primer paso para que las atenciones sean con enfoque intercultural en los CESFAM y las personas sean informadas sobre la posibilidad de acceder a la atención en salud mapuche.

Los problemas que afectan al bienestar de las personas en Cerro Navia son de carácter multidimensional, involucran determinantes sociales de tipo estructural e intermedios, por tanto su abordaje requiere del trabajo intersectorial, así lo definen también las propuestas comunitarias, por tanto los trabajos en comisiones, mesas u otros dispositivos intersectoriales y comunitarios deben ser potenciadas en el trabajo de salud municipal, junto con mejorar el acceso y la atención que realizan los centros de salud.

### **Actualización de diagnóstico para complementar el plan de Acción 2019**

El día 13 de noviembre del 2018 se realizó un encuentro con tomadores de decisión de la red comunal de salud, los participantes fueron: Directores de Cesfam, Directora de Cosam, Jefes de sector, Referentes comunales de programas y Ciclo Vital, Encargados de dispositivos comunales, central de ambulancia, laboratorio, farmacia, entre otros.

En la instancia descrita se logró establecer los siguientes desafíos:

**“Buscamos ser una red comunal de salud con mejor comunicación entre nosotros y con la comunidad”**. Para ello, se espera mejorar comunicación desde la sensibilización, capacitación y medios tecnológicos. Para esto, se requiere mejorar el uso de las herramientas disponibles, así, entrenar y capacitar, por ejemplo, en el uso del correo institucional y sus aplicaciones disponibles. Esto implica la formación de capital humano, con tal de homogeneizar la implementación de las nuevas tecnologías.

- a) **Comunicación interna:** Desde el contacto con funcionarios y funcionarias municipales, se requiere que se tome una perspectiva de mejora de los centros en conjunto. A su vez, se explica la importancia de comunicación para todos los funcionarios, tanto profesionales, como administrativos y auxiliares, para el logro de sus actividades.
- b) **Comunicación externa:** Desde el contacto con la comunidad, se requiere mejorar valores como la cercanía y el desarrollo de estrategias comunicacionales llamativas. De esta manera, se podrá informar, involucrar y desarrollar prestaciones a vecinos y vecinas de la comuna, para que conozcan las realidades internas de los centros y de la red comunal de salud. Además, se busca que con estas estrategias se pueda abarcar a las personas que no cubren los programas de salud.
- c) **Trabajo intersectorial.** Se plantean la necesidad de mejorar coordinación de todas las áreas municipales o regionales que tienen un rol sobre los Determinantes Sociales de la Salud, tales como micro basurales, vivienda, otros. A su vez, se comprende la necesidad de reducir la exposición diferencial que generan los dispositivos de salud, por lo que se propone el desplazamiento de equipos de salud en la comunidad (plazas, juntas de vecinos, otros).

**“Buscamos mejorar la articulación de la red comunal con la red integrada del servicio de salud”.** Para ello, se requieren distintas condiciones:

- **Regularización de horas indirectas:** Incluir en la planificación las horas indirectas utilizadas en elementos administrativos (No basta con la dotación al 30 de septiembre de cada año). La idea es reponer las horas indirectas como efectivas o directas que debemos dar en el CESFAM. Esto tiene una brecha grande que son recursos económicos. Dicha situación afecta la calidad de atención a usuarios(as) ya que tanto el recurso humano como el uso del presupuesto se direcciona hacia lo urgente.
- **Mejora del sistema de gestión de horas clínicas.** Se propone desarrollar sistemas de horas por internet, teléfono, movilidad de agendas y disponibilidad de horas para lo que la gente realmente necesita. La frustración de la gente al tener que ir y volver para pedir es algo importante a resolver. Se puede implementar sistemas de confirmación de citas. A su vez, se requiere involucrar un proceso de mejora continua, incluyendo la evaluación de la satisfacción usuaria.
- **Desarrollo de un análisis de brechas por rango etario y género de los programas de salud.** Se requiere aclarar la población que no está cubierta por los programas existentes, para desarrollar estrategias compensatorias y ampliar el acceso a salud.

- Se requiere establecer un mejor sistema de integración con la red de salud. Dada la apertura del nuevo Hospital Félix Bulnes.

**“Mejorar infraestructura física y digital”**. Se requiere que los centros sean espacios de ejemplo y referentes para la salud de la comuna:

- Mejorar el aseo interno y gestión de residuos de los centros de salud (Reduciendo, reciclando y reutilizando).
- Postulación a reposición de centros más antiguos (Albertz y Cerro Navia) y COSAM. Para mejorar las brechas de espacio físico, y de accesibilidad para PeSD (por ej. baños).
- Lograr espacios que sean óptimos para todos y todas, que sean acordes a un CESFAM. Es decir, que estrategias de educación en salud o bibliotecas en las salas de espera puedan aportar al desarrollo de la comunidad.
- Inversión con foco en la calidad asistencial. Se requiere estandarizar calidad de todos los centros, es urgente cumplir con los protocolos para la acreditación.

**“Mejorar las condiciones laborales”**. Avanzar en política de salud laboral que responda a las necesidades de funcionarios(as). Debe involucrar la educación al usuario sobre “Buen trato” y ambiente laboral seguro. No se ha logrado trabajar el tema del buen trato de usuarios(as) hacia los funcionarios. La cultura del buen trato debe primar en la relación funcionario(a)-Usuario(a), bilateralmente.

**Los objetivos estratégicos propuestos para el año 2019 son los siguiente:**

1. Lograr la normalización de los protocolos necesarios para la acreditación en salud.
2. Optimizar la comunicación y coordinación de la red de salud comunal, la comunidad y el intersector, que tenga como foco la mejora de la gestión y la atención a usuarios(as).
3. Desarrollar una política de Salud y calidad de vida laboral para el desarrollo de buen trato a funcionarios y desempeño de sus funciones en ambientes seguros y agradables.
4. Fortalecer los equipos de salud para aumentar la cobertura de atención primaria con enfoque de derechos y que responda a los determinantes sociales de la comuna.

**Evaluación plan 2018**

**1.-Aumentar la población inscrita y validada por FONASA y fortalecer nuestros registros estadísticos**

Meta: 1 Aumento de población inscrita y validada al corte del 31 de agosto del 2018

Meta: 2 Actualización de registros usuarios en fichas electrónicas

Nivel de logro:

- 100% Población Per Cápita Validada año 2019 122,274
- 100% limpieza de bases, trabajo continuo, aumento percapita
- 80% fichas cerradas al 31.10.18
- 10% solo en ámbitos relacionados con lista de espera de programas de resolutivead..

## 2.-Salud en el territorio y articulación intersectorial

Meta 1: Intervenciones de salud en el 100% de las Unidades Vecinales de Cerro Navia

Nivel de logro: A la fecha se puede dar cuenta de un logro de un 70% de la meta sobre actividades de implementación de Ferias de servicios, Operativos de salud, Operativos odontológicos y Implementación de programas ministeriales.

Registro fotográfico de actividades implementadas



### **3.-Fortalecer el convenio con la Universidad de Chile**

Meta 1: Implementación de centro piloto de iniciativas en CESFAM Steeger, es necesario clarificar que esta meta fue modificada, ya que se amplió la acción a todos los centros de salud. Obteniendo los siguientes logros.

Nivel de logro:

- Diplomado de participación social: 3 becas.
- Diplomado en gestión de calidad asistencial: 3 Becas.
- Diplomado Salud Familiar: 3 Becas
- Curso de humanización en el trato y calidad de la atención: 10 Becas.
- Diplomado en humanización y trato: 5 Becas.
- 18 funcionarios en programa con 15 sesiones de desarrollo organizacional en Cesfam Lo Amor

### **III. Plan de acción comunal 2019**

#### **1. Problemas de Salud Prioritarios**

Situación comunal respecto la estrategia nacional de salud

Objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020

La generación del Plan de Salud debe contemplar la interacción de las Estrategias Nacionales de Salud 2011-2020, las Orientaciones para la Planificación y Programación, Normas Técnicas originadas en el MINSAL y especialmente la incorporación de elementos de contexto local enfatizando productos propios desde los diagnósticos comunales realizados en base a la participación de la ciudadanía.

En el sector salud se impulsó una gran reforma en la década anterior, cuyo primer eje fue la definición de objetivos sanitarios. En la presente década, precisamente en julio del año 2010, el Ministerio de Salud dio inicio a la planificación de las acciones del sector durante la década 2011-2020.

La estrategia de Salud se encuentra conformado en un primer nivel por cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

La elaboración de la Estrategia de Salud contó en primer lugar con los Planes Estratégicos a Plazo Medio de la OMS (2008-2013) y OPS (2008-2012). También se consideró la evaluación final del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, así como igualmente el resultado de los foros ciudadanos realizados durante 2009. A lo anterior es posible sumar una gran cantidad de otros documentos donde destacan el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008), los Reportes Mundiales de Salud de la Organización Mundial de Salud, documentos relacionados a planificación de países de la región y del hemisferio norte; al igual que una gran cantidad de documentos y estudios desarrollados por el Ministerio de Salud: Encuestas Nacionales de Salud, Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, Estrategia Nacional sobre Alcohol 2010-2020, Diagnósticos Regionales, Encuesta de Satisfacción Usuaría, Insumos para un Plan de Fortalecimiento del Sector de Salud, entre muchos otros.



Los cuatro objetivos sanitarios a su vez contienen 9 Objetivos estratégicos (OE):



Dos de estos contemplan resultados de salud asociados a enfermedades transmisibles y a crónicas no transmisibles, OE 1 y OE 2. Otros dos Objetivos Estratégicos, plantean metas de salud intermedias, ya sea como factores de riesgos o propias de etapas del ciclo vital donde se presentan vulnerabilidades específicas, OE 3 y OE 4. Existen dos Objetivos Estratégicos, uno relacionado a las inequidades en la distribución poblacional de los resultados de salud y otro relacionado a medio ambiente e inocuidad de alimentos, OE 5 y OE 6. Además, tres OE que no reflejan directamente un impacto sanitario, pero que están estrechamente ligados al logro de los restantes Objetivos Estratégicos: el fortalecimiento del sector salud, la calidad de la atención que incluye satisfacción usuaria, y la preparación para emergencias, desastres y epidemias. OE 7, OE 8 y OE 9.

A su vez, de los 9 OE se elaboraron 50 Metas Sanitarias propuestas para 2020, con 513 indicadores de los cuales se determinaron 64 indicadores de impacto monitorizables anualmente, para su cumplimiento se siguen 6 líneas de acción.

El trabajo intersectorial es de gran relevancia para el logro de los Objetivos, 2 de las 6 líneas de acción estratégica se relacionan con el trabajo intersectorial: una de ellas lo hace mediante la formulación de recomendaciones de Políticas Públicas destinadas al intersector; y la otra lo hace a través del fortalecimiento de la Salud Pública a nivel Comunal.

Una tercera línea de acción estratégica, corresponde a la elaboración de Orientaciones Técnicas bajo estándares definidos de calidad. La cuarta línea de acción estratégica, se relaciona con la vigilancia del cumplimiento de estándares de calidad definidos para el área asistencial. Una quinta línea corresponde a la elaboración de Programas de Comunicación Social. Y finalmente la última línea de acción contempla al Consejo

Nacional de Investigación en Salud (CONIS), el cual tiene como tarea identificar los temas prioritarios de investigación sanitaria a nivel nacional.

### Objetivos estratégicos y la salud en Cerro Navia

Para analizar los objetivos en la comuna, vale mencionar que los OE 5, 6, 7, 8 y 9 tienen un componente de estrategias que se implementan en el intersector o corresponden a ítem de gestión administración. En los objetivos 1, 2, 3 y 4 destacan acciones de salud de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud. Estas acciones se llevan a cabo considerando que en la comuna de Cerro Navia se trabaja siempre manteniendo énfasis asociados al Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, integralidad de las acciones y perspectiva de ciclo vital.

### Objetivos Estratégicos con acciones de salud

Dentro de los objetivos la preocupación por las enfermedades transmisibles mantiene su vigencia. El objetivo uno se orienta hacia el control y eliminación enfermedades transmisibles, así como también considera tres importantes ítems: el VIH, la TBC y las enfermedades respiratorias agudas.

**Tabla 40: objetivos estratégicos sobre las enfermedades transmisibles**

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2,0 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7 por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10,4 por 100.000	7,6 por 100.000

\* Enfermedades transmisibles seleccionadas: \* Casos de Rabia por virus canino (casos humanos y casos animales); Malaria (casos autóctonos); Fiebre amarilla y Dengue (casos autóctonos en Chile Continental); Cólera (casos autóctonos); Poliomielitis (casos por virus salvaje); Difteria (casos autóctonos); Tétanos neonatal (casos); Sarampión (casos autóctonos); Rubéola Congénita: (casos).

El aumento de la expectativa de vida y la decreciente tasa de natalidad han modificado la estructura poblacional de Chile, llevándola hacia una transición epidemiológica

avanzada, en donde la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, están dadas principalmente por enfermedades crónicas abordadas en el objetivo número dos.

**Tabla 41. Objetivos estratégicos enfermedades crónicas no transmisibles**

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados (3)	Línea de base 2012	-3,3%	-10,0%
2.8	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad	26,0 puntos	25,1 puntos	23,4 puntos

(1) Personas hipertensas con presiones arteriales menores a 140/90 mm/hg

(2) Personas diabéticas con hemoglobina glicosilada A1c menor a 7%

(3) Esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastornos ansiosos, trastornos hiperkinéticos de la actividad y de la atención, trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia, trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000

(4) Sin caries, obturaciones o dientes perdidos por caries

(5) Índice COPD

(6) Velocidad y/o conducta

Los seis factores de riesgo abordados por el objetivo estratégico número tres representan más del 60% de la mortalidad y al menos 50% de la carga de morbilidad en el mundo entero.

**Tabla 42: objetivos estratégicos sobre factores de riesgo**

	<b>Tema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Meta</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>
3.1	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalenciaproyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%

(1) No fumar, IMC <25, actividad física regular, al menos 5 porciones de frutas y verduras, consumo de OH sin riesgo, PA <120/80 mm Hg, Col total < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl.

(2) Puntaje instrumento AUDIT mayor a 7.

(3) Población bajo control, DEIS.

(4) Actividad física o deporte, fuera del trabajo, por 30 minutos al menos 3 veces por semana.

(5) Marihuana, pasta base y cocaína.

El enfoque de ciclo vital pone en relieve la perspectiva temporal y social de la salud de las personas, y es utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores físicos y sociales que se presentan durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez. Estos factores pueden influir en la probabilidad de contraer enfermedades, principalmente crónicas, y afectar el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida. Las metas esperadas en este objetivo se enfocan a disminuir mortalidad y mejorar calidad de vida.

**Tabla 43: Objetivos estratégicos sobre ciclo vital**

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000
4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000
4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Línea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos

Al igual que otras patologías crónicas, la pesquisa de casos nuevos fue incluida en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), también parte del GES. Por otra parte, el Ministerio de Salud está impulsando distintas estrategias dirigidas a promover un estilo de vida más saludable en la población general y en poblaciones específicas con mayor riesgo (obesas, pre-hipertensas o pre-diabéticas) para lo cual se ha utilizado como base de intervención a la Atención Primaria.

En los centros de salud de la comuna de Cerro Navia se totaliza un total de 15038 usuarios bajo control a junio del 2017. Esta población accede a las distintas prestaciones del PSCV con los distintos profesionales capacitados anualmente. La aplicación de EMPA por los funcionarios de salud de la comuna alcanza más de 7500 exámenes preventivos durante el año 2016.

### **Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada**

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética, además de pie diabético. El enfoque está en desarrollar diferentes estrategias relacionadas con mejorar la pesquisa y control de las personas con diabetes. La diabetes se encuentra incluida dentro del GES, garantizando el diagnóstico y tratamiento de por vida.

En Cerro Navia, el número de usuarios en control durante el año 2016 contabilizado alcanzó los 6793. Esta población bajo control aumenta entre otras causas por los malos hábitos alimenticios condicionados por determinantes sociales propios de la comuna. Todos los usuarios se ven intervenidos en el PSCV por equipos de salud multidisciplinarios, con seguimiento por medio de exámenes como hemoglobina glicosilada en la búsqueda de estabilizar al usuario diabético.

### **Reducir la progresión de enfermedad renal crónica**

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública, caracterizado por un aumento explosivo en su incidencia y prevalencia, mal pronóstico y elevados costos de tratamiento. Dentro de las causas de inicio de HDC, la primera corresponde a la nefropatía diabética, alcanzando el 35,2% de todos los casos incidentes. La principal estrategia utilizada para prevenir la ERC ha sido promover el control adecuado de las personas de alto riesgo, principalmente diabéticas e hipertensas, ambas condiciones incluidas en el GES Asociado a esta estrategia, se ha implementado un instrumento de detección y un sistema de registro de la prevalencia de ERC en pacientes bajo control por otras patologías crónicas.

Considerando el impacto negativo de esta patología en los centros de salud de la comuna se lleva un registro al año 2016 de 1294 usuarios menores de 65 años con distintos grados de severidad 3499 mayores de 65 años a los cuales se les realiza atenciones de salud integrales.

### **Reducir la tasa de mortalidad por cáncer**

En el mundo, así como en Chile, el envejecimiento poblacional se acompaña de un aumento de la probabilidad de desarrollar cáncer. Estimaciones señalan que la mortalidad por esta patología se duplicará en la siguiente década, superando como primera causa a las enfermedades cardiovasculares.

Se han desarrollado distintas estrategias, entre las que destaca la implementación del GES. En el ámbito de los tumores malignos, todos los cánceres de la población infantil, se encuentran incorporados en GES, así como en población adulta también están incorporados los cánceres de mayor prevalencia.

A nivel local la mortalidad por todos los tipos de tumores es la segunda causa de defunciones con el 26%. El GES garantiza intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, considerando en este último, los cuidados paliativos para el cáncer avanzado. En los CESFAM de la comuna se realiza el screening con PAP cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años; la derivación precoz mediante ecografía abdominal a colecistectomía en personas de 35 a 49 años que tengan colelitiasis comprobada; tamizaje con mamografía del grupo de mujeres entre 50 a 54 años de edad, cada 3 años; la detección y tratamiento del *Helicobacter pylori* en personas sintomáticas mayores de 40 años con endoscopia digestiva alta, test de ureasa positivo y la consecuente sospecha de cáncer gástrico.

### **Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica**

En el contexto de las patologías crónicas, destacan como problema prioritario de salud las enfermedades respiratorias crónicas. En Cerro Navia existe un programa de control de los adultos portadores de enfermedades respiratorias crónicas a nivel de los centros de Atención Primaria al igual que en todo el país. Las estrategias contemplan aumentar la detección precoz, cobertura de la atención y fortalecer la prevención secundaria. El Programa ERA (enfermedad respiratoria del adulto) incluye acceso garantizado a diagnóstico y tratamiento estandarizado de estos pacientes. La cobertura del programa ha presentado un aumento progresivo a nivel nacional contando a junio 2017 con 2790 usuarios bajo control. Además en cada centro de la comuna se cuenta con espirómetros para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades bronquiales obstructivas, instrumento que requiere personal de salud capacitado. A través de las salas ERA también se articulan los programas de oxígeno ambulatorio, destinados a niños y pacientes EPOC con insuficiencia respiratoria, de Asistencia Ventilatoria no Invasiva para niños (AVNI) y adultos (AVNIA).

### **Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en los más vulnerables**

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema por su alta prevalencia, por su impacto en los individuos y en la sociedad, y por el alto costo de su tratamiento. Las principales causas de pérdida de dientes son las caries dentales y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la primera de ellas, especialmente en la población joven. Las estrategias en esta área se

enfocan en: refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar; reforzamiento del componente de Salud Bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; y disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica. Las acciones locales en la comuna de Cerro Navia son medidas entre otras formas por medio de IAAPS (indicadores de atención primaria de salud) y metas sanitarias. A modo de ejemplo el año 2016 se dieron 1319 altas odontológicas en niños de 6 años y 1184 altas odontológicas en niños de 12 años.

### **La Demanda Oculta**

En este tipo de demanda corresponde a la no explicitada por no estar identificada, debido a la falta de respuesta, en el caso de Cerro Navia se han identificado 3 en los procesos de diagnósticos de salud:

- Atención de salud en domicilio de usuarios que viven en situación de discapacidad, dependencia leve y/o movilidad reducida
- Solicitud de traslado para sus controles de salud desde el domicilio atención primaria, secundaria o terciaria.
- Demanda de todo tipo de exámenes no cubierto por la canasta básica de prestaciones, GES o niveles secundarios o terciarios de salud

## **2. Plan Comunal de Salud 2019**

Para el año 2019, se proyectan 4 ejes estratégicos, según las orientaciones del Minsal y en coherencia con las debilidades detectadas a través del diagnóstico y lineamientos de la propuesta programática 2016-2020:

1. Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.
2. Instalar el enfoque de equidad y salud en todas las políticas.
3. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
4. Fortalecer la institucionalidad del sector salud

Igualmente se intenta dar respuesta a los problemas identificados por los usuarios y funcionarios realizados en coherencia con los lineamientos de la propuesta programática 2016 -2020 del Alcalde, Sr Mauro Tamayo Rozas:



Reconociendo la relevancia de la salud en todas las políticas, es dable destacar que el plan de salud comunal, considera como un eje fundamental el trabajo intersectorial, en sus amplias materias, a continuación, algunos ejemplos:

- En cuanto al trabajo de promoción y prevención orientado a niños y niñas, se trabajar con los jardines infantiles de la comuna y escuelas, con los cuales mantenemos un constante dialogo y trabajo participativo en las comisiones mixtas de cada uno de los Cesfam que sesionan una vez al mes.
- En el ámbito de salud con jóvenes, existe una relación con los liceos, coordinando talleres educativos, ferias de promoción, realización de historia clínica del adolescente en sus recintos educacionales y coordinando las oportunas atenciones en el marco del Programa espacios amigables y Cesfam en general.
- En los ámbitos de salud del adulto, se realiza un trabajo coordinado con la dirección de desarrollo comunitario a través de sus distintos departamentos; Derechos humanos e inclusión, participación y organizaciones comunitarias, desarrollo económico local y servicios sociales, visualizando un entramado que proporcione mayor soporte a nuestros vecinos a través de políticas de desarrollo local inclusivo.  
Sumado a esto, en específico en mujeres adultas se coordinan variados temas con la oficina de mujeres y equidad de género, facilitando las derivaciones, coordinando los cupos de atenciones odontológicas, fortaleciendo las derivaciones a exámenes preventivos, entre otros.
- En ámbitos de salud de la población adulta mayor, se planifico un trabajo con la oficina de personas mayores, la cual aborda distintas áreas de apoyo tales como asesorías jurídicas, asistencia social, apoyos domiciliarios, a través de las cuales la vinculación debiera ser transversal para llegar a esta población tan vulnerable.

Además de esta propuesta de trabajo intersectorial institucional, también hemos proyectado una importante línea de trabajo comunitario y social involucrando a líderes sociales, grupos organizados de jóvenes, centros de estudiantes, organizaciones funcionales, organizaciones territoriales juntas de vecinos.

Ejes Estratégicos	Objetivos	Metas	Actividades
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable	Aumentar la prevalencia de actividad física en adolescentes y adultos en población de 15 a 40	Alcanzar el 2% de cobertura instancias	Talleres deportivos de trabajo intersectorial con Corporación del deporte
		Alcanzar el 2% de cobertura instancias	Talleres promocionales y preventivos de la actividad física
	Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital	Aumentar en un 5% el porcentaje de la población que participa de talleres de actividad física, cognitiva o de autocuidado de 60 años y más	Talleres territoriales orientados a adultos mayores
			Sensibilización y difusión en clubes de adulto mayor
Capacitaciones con enfoque de educación popular en el territorio			
Instalar el enfoque de equidad y salud en todas las políticas	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Aumentar en 5% el porcentaje de población derivado a atención a Casa de Salud Intercultural.	Capacitaciones a equipos de red de salud municipal
			Extender atenciones al periodo anual completo
Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas	Aumentar los establecimientos de salud con situación sanitaria regularizada	Aumentar a 60% la proporción de establecimientos con su situación sanitaria regularizada.	Diagnóstico y plan de trabajo para regularizar situación
	Disminuir la insatisfacción usuaria	Disminuir en un 10% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de nuestra red.	Encuesta de percepción usuaria y plan de trabajo para disminuir brechas
Fortalecer la institucionalidad del sector salud	Fortalecer competencias adecuadas en los equipos de salud	Aumentar en 20% proporción de dotación con capacitación vigente sobre competencias en salud familiar, trabajo comunitario, violencia de género y satisfacción usuaria.	Ejecutar plan de capacitación acorde a las necesidades
	Fortalecer la investigación en salud	Aumento en el desarrollo de proyectos de extensión e investigación en la comuna de Cerro Navia.	Proyectos de Investigación adjudicados
			Actividades de difusión de proyectos realizadas
	Mejorar los sistemas internos de información en salud	Aumentar a un 50% la implementación de perfiles por estamento profesional y rol.	Establecer perfiles por estamento profesional y rol
			Implementar portal Misalud
			Implementar sistema integrado de atención usuaria en todos los Cefam
	Mejorar las condiciones laborales a adecuadas	Todos los centros de salud cuentan con un Plan de Seguridad y salud en el trabajo.	Realizar Diagnostico y planificación General de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo
			Reuniones periódicas del Comité Paritario de Higiene y Seguridad
	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrados de los directivos y comunidad	Implementar al menos el 70% de las actividades programadas en cada centro	Desarrollar y ejecutar programa de salud ocupacional
Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia y mecanismos de alineación de directivos, articulación de procesos de planificación y ejecución		Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia y mecanismos de alineación de directivos, articulación de procesos de planificación y ejecución	Constituir consejos consultivos conforme a lo señalado en la ley N°
			Acompañamiento y monitoreo en planificación y ejecución local
Reuniones mensuales con equipo directivo			

Otros 4 proyectos que están en etapa de diseño y que apuntar a apoyar la optimización de la gestión de la demanda asistencial, garantizar el acceso y la participación, son los siguientes:

1.- Óptica popular: En el marco de fortalecer la Red de Salud Cerro Navia, se evidencia una brecha de acceso en la oportunidad de diagnóstico y acceso a la adquisición de lentes ópticos, tanto en población adulto, adulto mayor e infantil en la comuna de Cerro Navia. En este marco se gestiona con el objetivo general de Entregar a los residentes de la comuna y como residentes se entienden las personas que viven, trabajan o estudian en la comuna de Cerro Navia, el diagnóstico, receta óptica y los elementos ópticos terapéuticos necesarios para mejorar los vicios de refracción que padece la población, mediante una atención accesible, oportuna e integral. A través de la habilitación de una óptica popular, ubicada en Calle Salvador Gutiérrez esquina Huelén, adosado a dependencias del Cesfam Dr. Stegger.

2.- Farmacia Popular: Se desarrollará una política local orientada a mejorar el acceso a medicamentos mediante un precio justo que considera una disminución significativa del precio de estos productos sanitarios, estará dirigida a los residentes de la comuna y como residentes se entienden las personas que viven, trabajan o estudian en la comuna de Cerro Navia.

3.-Implementación de Unidad de gestión usuaria y participación ciudadana: Instancia que se orienta a fortalecer el trabajo conjunto de la red de salud con el intersector y la comunidad, garantizando el cumplimiento de participación vinculante a través de diversos canales, tales como: consejo consultivo enmarcado en el Programa de Promoción, comisiones mixtas enmarcadas en Participación, comité de gestión usuaria de apoyo a las Oficinas de información, reclamos y sugerencias (OIRS), y vinculación con los Servicios de orientación médica y estadística (SOME)

4.-Matriz de Cuidado por Ciclo Vital de la Red APS Municipal  
Cada uno de los Centros trabajó en la proyección y planificación 2019, considerando la información sanitaria de su población a cargo, el cumplimiento de sus actividades, la experiencia técnica de los equipos locales y su conocimiento de la realidad local de su población y recursos que proyecta implementar.

## Presupuesto proyectado y RRHH

Tabla N° 44: Presupuesto estimado Salud 2018	
Programas SSMOCC- Per cápita Base, otros programas, otros transferencias SS	\$14.111.646.000
Aporte Municipal	\$615.820.000
<b>Total</b>	<b>\$14.727.466.000</b>

Según resolución exente 3204 de noviembre de 2018. Se aprobó una dotación de 532 funcionarios con un número de 23.353 horas semanales, adicionalmente los programas asociados a la estrategia de salud local y nacional, permitirán incorporar recursos humanos que apoye la gestión y el logro de los objetivos planteados.

### Plan anual de capacitación (PAC)

Las entidades administradoras de salud son autónomas para determinar la forma de ponderar la experiencia, la capacitación y el mérito para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, según los criterios objetivos que al efecto se fijen en el reglamento municipal respectivo. Para efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programadas.

El programa de Capacitación Comunal tiene por objetivo contribuir a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de Atención Primaria de Salud para la implementación de los objetivos y desafíos de la Atención Primaria de Salud, en el marco de los objetivos sanitarios de la década y del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Los objetivos específicos a los que responde el Plan de Capacitación dicen relación con:

- Desarrollar en los funcionarios conocimientos y habilidades específicas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Generar algunas instancias de aprendizajes específicos al área de trabajo de cada funcionario para el mejoramiento en la calidad de los servicios entregados.
- Entregar herramientas teórico – prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.

Los lineamientos estratégicos y ámbitos en los que se ha desarrollado el presente plan son los siguientes:

- 1.- Fortalecer el modelo de atención en salud junto con los valores y principios que lo sustentan.
- 2.- Fortalecer el funcionamiento del sistema de garantías explícitas en salud (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.
- 3.- Mejorar la calidad de la atención trato usuario.
- 4.- Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes.
- 5.- Acceso a tecnologías de Información y Comunicaciones

**PLAN DE CAPACITACIÓN AÑO 2019 CORPORACIÓN MUNICIPAL CERRO NAVIA**

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NÚMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORÍA							N° HRS	FINANCIAMIENTO				ORG. EJEC.	Encargado	Fecha
			A	B	C	D	E	F	TOTAL		ITEM CAPAC	FOND. MUNIC:	OTROS FONDOS	TOTAL PRES.			
1. LE N°1 Modelo de Atención de Salud	Camino hacia la inclusión	Comprender el fenómeno migratorio desde una perspectiva multidimensional.  Facilitar la reflexión sobre los propios prejuicios, estereotipos y actitudes interiorizados en relación con el género, las orientaciones sexuales diversas y las diferentes identidades; concienciar acerca de las peculiaridades relativas a la realidad.	6	12	10	4	9	6	47	40	200.000	1.600.000	0	1.800.000	Oficina de Inclusión	CATALINA CANTILLANA / MARCIA CERDA	ABRIL / AGOSTO
	Promoción de Derechos en Niños y Niñas a través de la crianza respetuosa durante el primer año de vida.	Entregar a los asistentes herramientas necesarias para el desarrollo de estrategias locales que apunten a promover la promoción de los derechos de los niños y niñas a través de una crianza respetuosa.	4	9	8	0	4	0	25	40	200.000	0	1.600.000	1.800.000	Universidad de Chile	ALMA SOTO / MARCIA CERDA	ENERO
	Abordaje de Consejerías, desde el Enfoque de Salud Familiar	Conocer conceptos necesarios para el desarrollo de consejerías y entrevistas motivacionales abordadas desde la aplicación de Auit Crafft y Assist.	4	13	8	0	0	0	25	40	1.000.000	0	0	1.000.000			
	"IAAS"	Desarrollar competencias específicas para que puedas ejercer en el área de control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud. Actualizar tus conocimientos en el área de Gestión de Calidad y Gestión de Riesgo.	0	0	34	0	0	0	34	40	0	0	2.500.000	2.500.000	DIRECCION DE SALUD / INSTITUTOS AIEP - ENAC	MARCIA CERDA	SEPTIEMBRE - OCTUBRE

Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al Desarrollo Infantil	•Entregar nociones actualizadas de desarrollo infantil temprano normativo y de sus principales desviaciones, así como actualización en estimulación e intervenciones para el desarrollo infantil. Definir estándares de atención para los equipos en la atención a niños(as) con déficit, rezago y riesgo biopsicosocial en el desarrollo integral. Definir estándares de atención para los equipos en la atención a niños(as) para la promoción del desarrollo integral, fomentando el trabajo en red intra e intersectorial.	5	25	0	0	0	0	30	40	0	0	2.500.000	2.500.000	Chile Crece APS	ALMA SOTO / MARCIA CERDA	MAYO
Abordaje de la Discapacidad: Una mirada inclusiva	Comprender y aplicar los aspectos conceptuales vinculados al enfoque de derechos humanos en discapacidad, así como generar recomendaciones críticas a diferentes prácticas en el marco del desarrollo profesional al interior de la red asistencial, a fin de promover la generación de servicios que contribuyan a una efectiva inclusión social de personas en situación de discapacidad, considerando su ciclo vital y el modelo de salud familiar	5	12	13	4	6	4	44	40	200.000	1.600.000	0	1.800.000	Oficina de Inclusión	CATALINA CANTILLANA / MARCIA CERDA	MAYO / SEPTIEMBRE
Calidad, principios básicos	Conocer las herramientas básicas necesarias para colaborar en forma activa en la gestión del proceso de Acreditación de la Institución. Identificar y conocer la normativa y marco legal de la acreditación de prestadores de salud.	4	8	8	2	6	2	30	40	1.000.000	0	0	1.000.000	DIRECCION DE SALUD	MARCIA CERDA / POR DEFINIR	MAYO

	Participación Social	Promover en los participantes una actitud proactiva y de liderazgo para potenciar acciones en participación ciudadana, aplicables en niveles locales, basadas en modelos conceptuales y metodológicos vigentes.	4	8	8	2	6	2	30	40	200.000	800.000	0	1.000.000	DIDECO	ENCARGADO DIDECO / MARCIA CERDA	JUNIO
	Actualización en Salud Mental	Actualizar a los equipos de salud mental de APS en problemas prevalentes de la población infantojuvenil y adulta, con un enfoque desde el Modelo de Salud Familiar- Proponer líneas de manejo en común de estas patologías para los profesionales de APS a nivel comunal.	15	30	5	0	0	0	50	40	200.000	800.000	0	1.000.000	Equipo de Salud Mental Comunal	INDRID SOTO / MARCIA CERDA	JULIO
	Salud Intercultural y Pueblos Indígenas	Funcionarios con conocimientos básicos en la Cosmovisión Mapuche, Sistema de Salud Indígena y su Marco Jurídico.	4	15	9	2	8	2	40	40	50.000	0	1.500.000	1.550.000	Agrupación EPU MAPU LAWEN/Consejo Mapuche "Kiñewkule ain rakiduum	CLAUDIA QUINTANILLA / MARCIA CERDA	AGOSTO
<b>2. LE N°4</b> <b>Trato usuario</b>	Herramientas de Calidad y Humanización del Trato en APS	Funcionarios conozcan elementos centrales de una atención de calidad, identifiquen aspectos claves del trato directo al usuario, ejerciten técnicas de comunicación efectiva, y desarrollen habilidades y actitudes que permitan mejorar la atención. Reconozcan la importancia de la evaluación de satisfacción usuaria centrada en la Ley de Derechos y Deberes en salud.	6	18	16	6	6	12	64	40	0	0	10.000.000	10.000.000	DIRECCION DE SALUD/UNIVERSIDAD DE CHILE	MARCIA CERDA	MARZO
<b>3. LE N°9</b> <b>Contingencias , emergencias y catástrofes</b>	Manejo en situaciones de Emergencias y desastres	Los participantes adquieran conocimientos técnicos y prácticos necesarios para enfrentar distintos tipos de Emergencias, ya sean éstos desastres de la naturaleza o provocados por el Hombre.	4	9	12	4	6	16	51	40	2.000.000	0	0	2.000.000	DIRECCION DE SALUD	HUGO AREVALO / MARCIA CERDA	MAYO / SEPTIEMBRE



	RCP Básico	Actualizar conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada - Actualizar conocimientos en manejo de arritmias- Conocer protocolo de intervención en el manejo de la vía aérea en patología médica y trauma - Conocer manejo del paciente poli traumatizado - Conocer el manejo del síndrome coronario agudo.	4	10	12	4	6	16	52	40	2.000.000	0	0	2.000.000	DIRECCION DE SALUD	HUGO AREVALO / MARCIA CERDA	ABRIL / AGOSTO
4. LE N°6 Tecnologías de Información y Comunicaciones	Excel Básico	entregar a los asistentes los conocimientos y habilidades necesarias para manejar y aplicar las herramientas de MS Excel a Nivel Básico	3	2	4	2	4	0	15	40	1.000.000	0	0	1.000.000	DIRECCION DE SALUD	CLAUDIO SOLIS / MARCIA CERDA	ABRIL
	Excel Intermedio	Comprenderá y aplicar conceptos de computación intermedios en el manejo de MS-Excel orientado a resolver problemáticas propias de práctica del día a día en el mundo de la economía y los negocios enfocado en la creación de reportes para la toma de decisiones.	4	2	4	2	3	0	15	40	1.000.000	0	0	1.000.000	DIRECCION DE SALUD	CLAUDIO SOLIS / MARCIA CERDA	MAYO
	Manejo de Herramientas Tecnológicas	Familiarizar a los/as participantes en el manejo de herramientas informáticas aplicadas al ámbito de la salud. Incorporar el uso de la informática aplicada a la salud en el campo asistencial, de gestión y educativo. Promover el uso de herramientas informáticas para la producción de materiales vinculados a las ciencias de la salud.	4	4	4	3	3	0	18	40	1.000.000	0	0	1.000.000	DIRECCION DE SALUD	CLAUDIO SOLIS / MARCIA CERDA	JUNIO
<b>Totales</b>			76	177	155	35	67	60	570		10.050.000	4.800.000	16.600.000	32.950.000			



